

✓ O QUE SUSTENTA A SELEÇÃO

- › Requisito que descreve a função, redigido antes de haver candidato.
- › Pontuação registrada critério a critério, e não apenas a nota final.
- › Impedimento declarado e tratado antes da primeira avaliação.
- › Dossiê completo do certame arquivado, porque é ele que responde a questionamento.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Acrescentar ou flexibilizar requisito depois de conhecidos os inscritos.
- › Convocar fora da ordem de classificação sem motivo escrito.
- › Deixar a definição do critério de desempate para o momento do empate.
- › Tratar a urgência de cobertura como dispensa do procedimento objetivo.

POP-RH-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Formalização da necessidade pela coordenação da área, com a justificativa.
- › Peça de divulgação do certame, com a data da publicação.
- › Inscrições recebidas e indeferimentos com o respectivo motivo.
- › Declarações de impedimento dos avaliadores e ata da banca.
- › Planilha de pontuação por critério e resultado publicado.
- › Dossiê do processo seletivo, arquivado na gestão de pessoas.

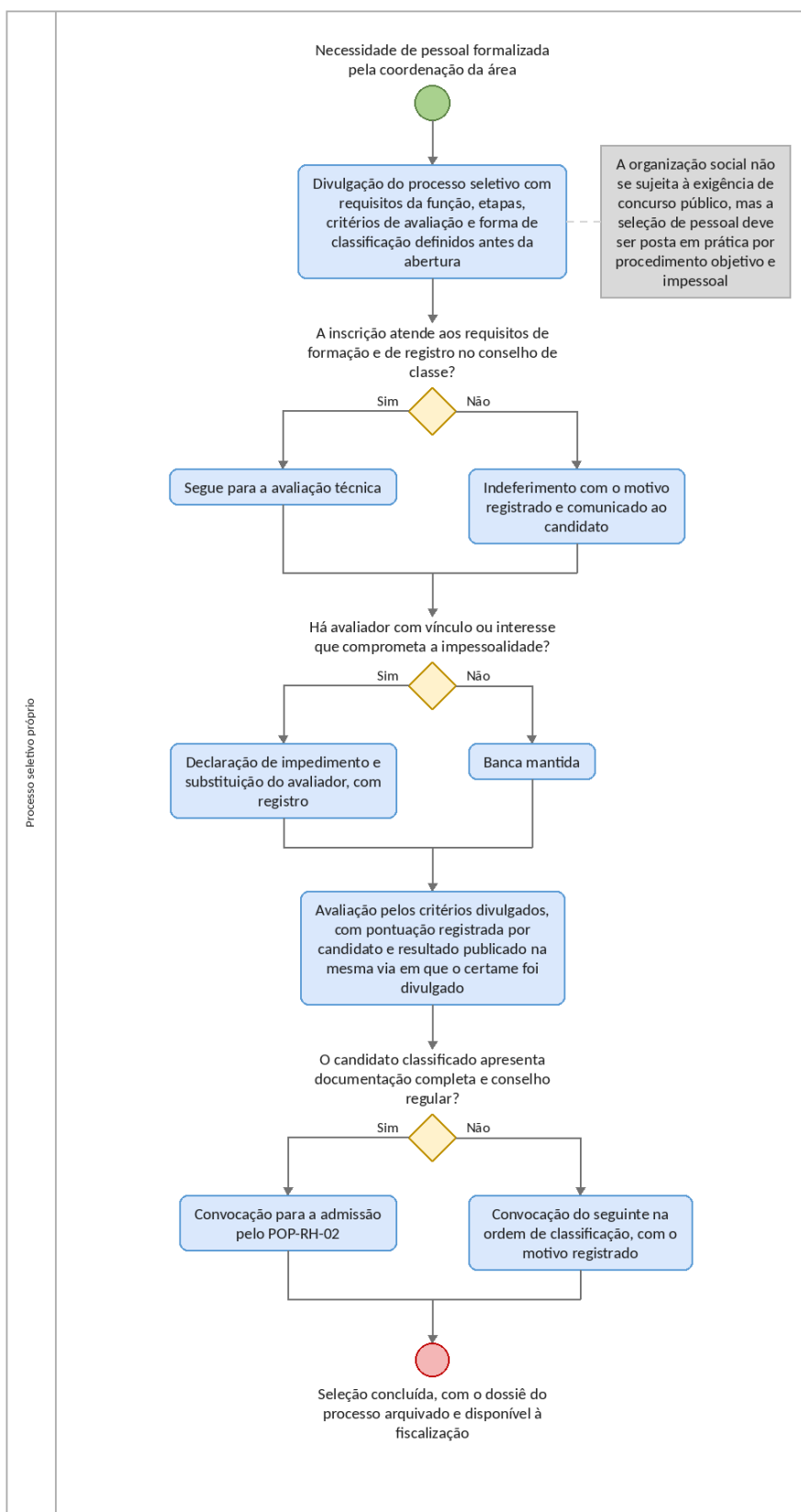
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Não é concurso público	É processo seletivo próprio, com procedimento objetivo e impessoal, na forma do instrumento.
Critério antes do candidato	Requisito criado depois da divulgação contamina o certame.
Impedimento se declara	E se trata antes da avaliação, nunca depois do resultado.
Pontuação por critério	A nota final sozinha não demonstra objetividade.
O dossiê é a defesa	É ele que responde a questionamento meses depois.

POP-RH-01.5 Fluxograma

O fluxograma da seleção tem três bifurcações que mudam o percurso: o atendimento aos requisitos de formação e de conselho, que decide entre avaliar e indeferir com motivo; a existência de impedimento na banca, que substitui o avaliador antes de qualquer nota; e a apresentação da documentação pelo classificado, que decide entre convocar para a admissão e seguir a ordem de classificação.

POP-RH-01 — Recrutamento e seleção com impessoalidade e publicidade



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 9.18, 12.4.5 e 12.4.30; ANEXO VII, item C.2.6, I.

POP-RH-02. Admissão, documentação e registro no conselho de classe

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-02.1 Quando usar

- › Na convocação de candidato classificado no processo seletivo.
- › Antes de o colaborador ser incluído em qualquer escala de trabalho.
- › Na alteração de função que traga requisito de titulação diverso do da admissão.

POP-RH-02.2 Fundamento

Item 12.4.9 do termo de referência: todos os profissionais contratados deverão comprovar capacidade técnica, formação adequada às funções exercidas e regularidade junto aos respectivos conselhos de classe. Item 12.4.7, quanto ao registro ativo e regular dos profissionais médicos; item 12.4.8, quanto à titulação compatível de responsável técnico, coordenadores de serviço, diaristas e plantonistas; item 12.4.6, quanto ao cadastramento de todos os profissionais atuantes no cadastro nacional; item 12.12.24, quanto aos itens condicionantes do credenciamento e da habilitação — carga horária, código de ocupação e demais requisitos; item 12.4.20, quanto à relação nominal encaminhada mensalmente. Seções 9.6 e 9.4 do protocolo.

! SEM ESTES ELEMENTOS A ADMISSÃO NA FUNÇÃO NÃO SE COMPLETA

- › Comprovação de formação adequada à função a ser exercida.
- › Registro no conselho de classe ativo e regular, conferido na fonte do próprio conselho e não apenas pela carteira apresentada.
- › Titulação exigida pela função, quando se tratar de responsável técnico, coordenação de serviço, diarista ou plantonista.
- › Exame médico admissional realizado antes do início das atividades.

! SEM ESTES ELEMENTOS A ADMISSÃO NA FUNÇÃO NÃO SE COMPLETA

- › Inclusão no cadastro nacional do estabelecimento com código de ocupação e carga horária correspondentes ao que efetivamente se contratou.
- › Registro de conselho com validade vencida durante o vínculo tem o mesmo efeito de registro ausente: acompanhar a validade é parte da rotina, e não evento da admissão.

POP-RH-02.3 Sequência de execução

1. Convocar o candidato classificado e relacionar a documentação exigida pela função.
2. Conferir a formação apresentada contra o requisito divulgado no processo seletivo.
3. Conferir o registro no conselho de classe na fonte do próprio conselho, registrando a data da consulta e a validade encontrada.
4. Conferir a titulação específica, quando a função a exigir, e juntar a comprovação ao dossiê funcional.
5. Encaminhar ao exame médico admissional, conforme o risco da função e o inventário de riscos da unidade.
6. Formalizar o contrato de trabalho e proceder à anotação na carteira de trabalho e previdência social.
7. Entregar os equipamentos de proteção individual da função, com registro do recebimento.
8. Incluir o colaborador no cadastro nacional do estabelecimento, com código de ocupação e carga horária, e no sistema de controle de frequência.
9. Incluir o colaborador na relação nominal dos profissionais alocados, encaminhada mensalmente com as respectivas formações e titulações.
10. Encaminhar ao POP-RH-03 antes da primeira entrada em escala.

Elemento	Onde se confere	Efeito da ausência
Formação adequada à função	Diploma ou certificado, contra o requisito divulgado	Admissão na função não se completa
Registro no conselho de classe	Sítio do próprio conselho, com data da consulta	Atuação irregular e exposição da unidade
Titulação específica da função	Certificado de residência, pós-graduação ou comprovação de experiência	Descumprimento do item 12.4.8
Exame médico admissional	Atestado de saúde ocupacional	Descumprimento do programa de controle médico
Cadastro nacional com ocupação e carga horária	Cadastro do estabelecimento	Rejeição de conta por ocupação incompatível
Relação nominal do mês	Relação encaminhada à comissão de acompanhamento	Comprovação mensal incompleta

Tabela POP-RH-02.1 — Documentação da admissão, sua fonte de conferência e o efeito da ausência.

✓ O QUE PROTEGE A ADMISSÃO
› Conferir o conselho na fonte, e anotar a data da consulta e a validade encontrada.
› Juntar a comprovação de titulação antes da entrada em escala, e não depois.
› Refletir a admissão no cadastro do estabelecimento na mesma competência.
› Manter o dossiê funcional completo, porque é ele que responde à fiscalização.

✗ O QUE NÃO FAZER
› Iniciar atividade antes da conferência do registro no conselho de classe.
› Aceitar cópia de carteira profissional como única prova de regularidade.
› Adiar a inclusão no cadastro do estabelecimento para o mês seguinte.
› Lançar código de ocupação ou carga horária diferentes do que se contratou.

POP-RH-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

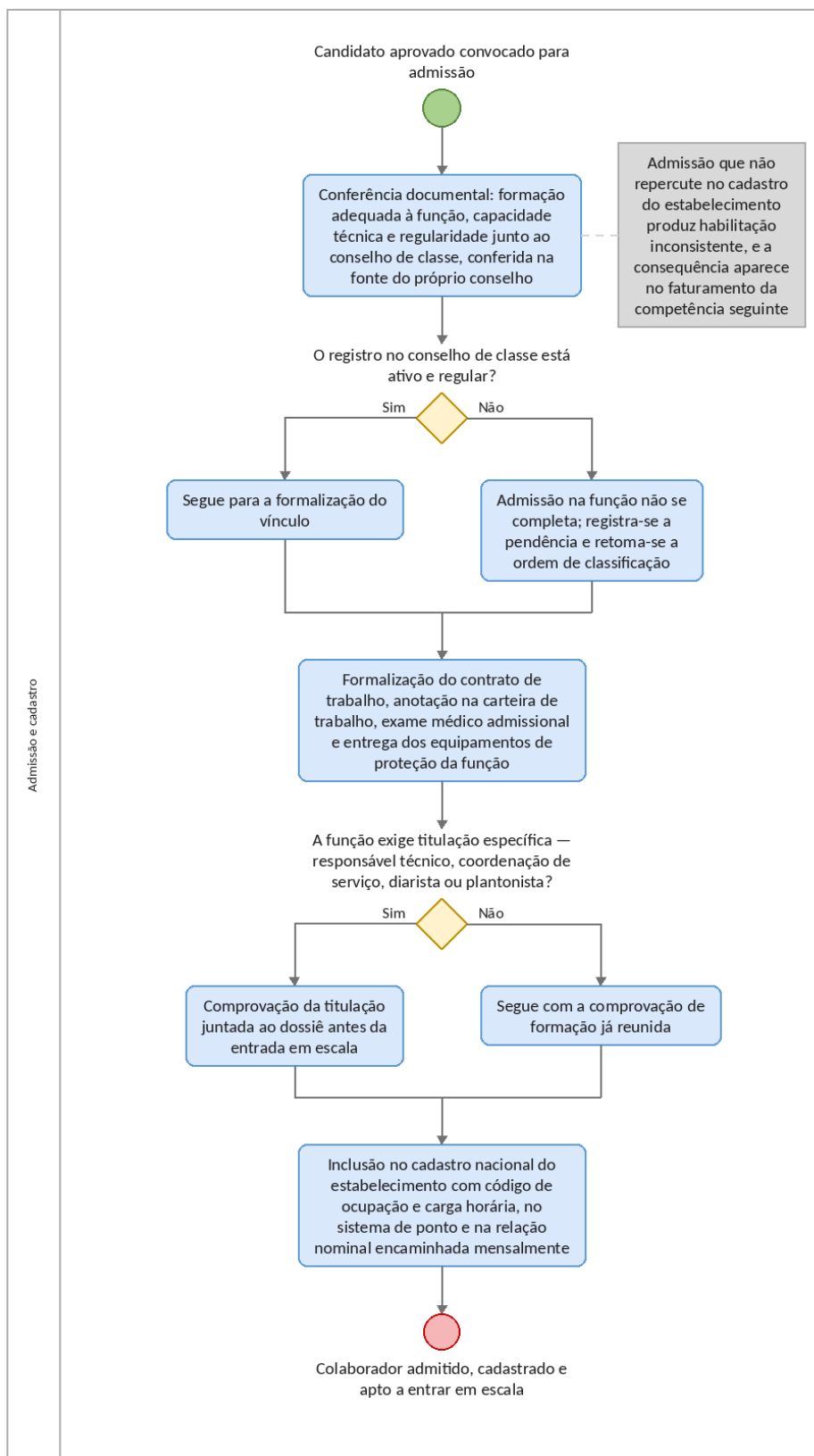
- › Dossiê funcional com documentação pessoal, formação e titulação.
- › Comprovante da consulta ao conselho de classe, com data e validade.
- › Contrato de trabalho e anotação na carteira de trabalho.
- › Atestado de saúde ocupacional admissional.
- › Recibo de entrega dos equipamentos de proteção individual.
- › Registro da inclusão no cadastro nacional e no sistema de frequência.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Três comprovações	Capacidade técnica, formação adequada e regularidade no conselho.
Conferir na fonte	O conselho é a fonte; a carteira apresentada é apenas o indício.
Titulação por função	Responsável técnico, coordenação, diarista e plantonista têm exigência própria.
Cadastro na competência	Admissão não refletida no cadastro vira rejeição no faturamento.
Validade se acompanha	Registro vencido durante o vínculo equivale a registro ausente.

POP-RH-02.5 Fluxograma

O fluxograma da admissão mostra as duas travas que antecedem a entrada em escala: a regularidade do registro no conselho de classe, sem a qual a admissão na função não se completa, e a exigência de titulação específica, que acrescenta comprovação ao dossiê antes de o colaborador assumir posto.

POP-RH-02 — Admissão, documentação e registro no conselho de classe



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.4.6, 12.4.7, 12.4.9, 12.4.20 e 12.12.24.

POP-RH-03. Integração institucional e adesão aos princípios do SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-03.1 Quando usar

- › Para todo colaborador admitido, antes da primeira entrada em escala.
- › Na mudança de área de lotação que altere substancialmente a rotina e os riscos do posto.
- › No fechamento mensal do indicador de integração.

POP-RH-03.2 Fundamento

Item 12.4.14 do termo de referência: a contratada deverá promover a adesão formal de todos os colaboradores aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, especialmente os da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Item 12.4.18, quanto à educação permanente nos termos da política nacional e ao plano anual apresentado no mês de janeiro. Quadro 15, indicador 22, que mede os profissionais que realizaram integração no mês sobre os novos admitidos no mês. Seções 9.7 e 9.4 do protocolo.

! A INTEGRAÇÃO É CONDIÇÃO DE ENTRADA, NÃO FORMALIDADE POSTERIOR

- › O indicador contratual mede os profissionais que realizaram integração no mês sobre os novos admitidos no mês: integração feita depois não recompõe a competência.
- › A adesão aos princípios do sistema público é formal por exigência expressa do instrumento: ela se prova por termo assinado e arquivado, não por presença em lista.
- › Quando o calendário da turma não alcançar o colaborador antes do primeiro plantão, realiza-se o módulo essencial de segurança e rotina, com o restante agendado e registrado.
- › Integração e educação permanente são coisas distintas: a primeira habilita a entrada, a segunda acompanha o vínculo inteiro.

POP-RH-03.3 Sequência de execução

1. Identificar os colaboradores admitidos na competência e programar a integração antes da primeira escala de cada um.
2. Confirmar o conteúdo da integração: identidade institucional, princípios e diretrizes do sistema público, segurança do paciente, controle de infecção, riscos do posto e rotinas administrativas de escala, ponto e comunicação.
3. Realizar a integração e registrar a presença de cada participante.
4. Colher a assinatura do termo de adesão formal aos princípios e diretrizes do sistema público e arquivá-lo no dossiê funcional.
5. Quando o calendário não alcançar o colaborador antes do primeiro plantão, realizar o módulo essencial e agendar o restante, registrando a pendência e acompanhando-a.
6. Encaminhar o colaborador ao plano de educação permanente conforme a categoria profissional e a área de lotação.
7. Apurar o indicador de integração do mês pela fórmula contratual.
8. Devolver à coordenação da área a relação dos que ingressaram sem integração completa, para regularização.

✓ O QUE FAZ A INTEGRAÇÃO CONTAR

- › Programar a turma a partir da data de admissão, e não do calendário fixo.
- › Termo de adesão assinado e arquivado, porque é ele que prova a adesão formal.
- › Registro de presença individual, que é o numerador do indicador.
- › Módulo essencial antes do primeiro plantão quando a turma não alcançar o colaborador.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Deixar o colaborador assumir posto sem qualquer módulo de integração.
- › Substituir o termo de adesão por lista de presença.
- › Contar no indicador quem participou em competência diferente da admissão.
- › Tratar a integração como evento da gestão de pessoas apenas, sem a coordenação da área.

POP-RH-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

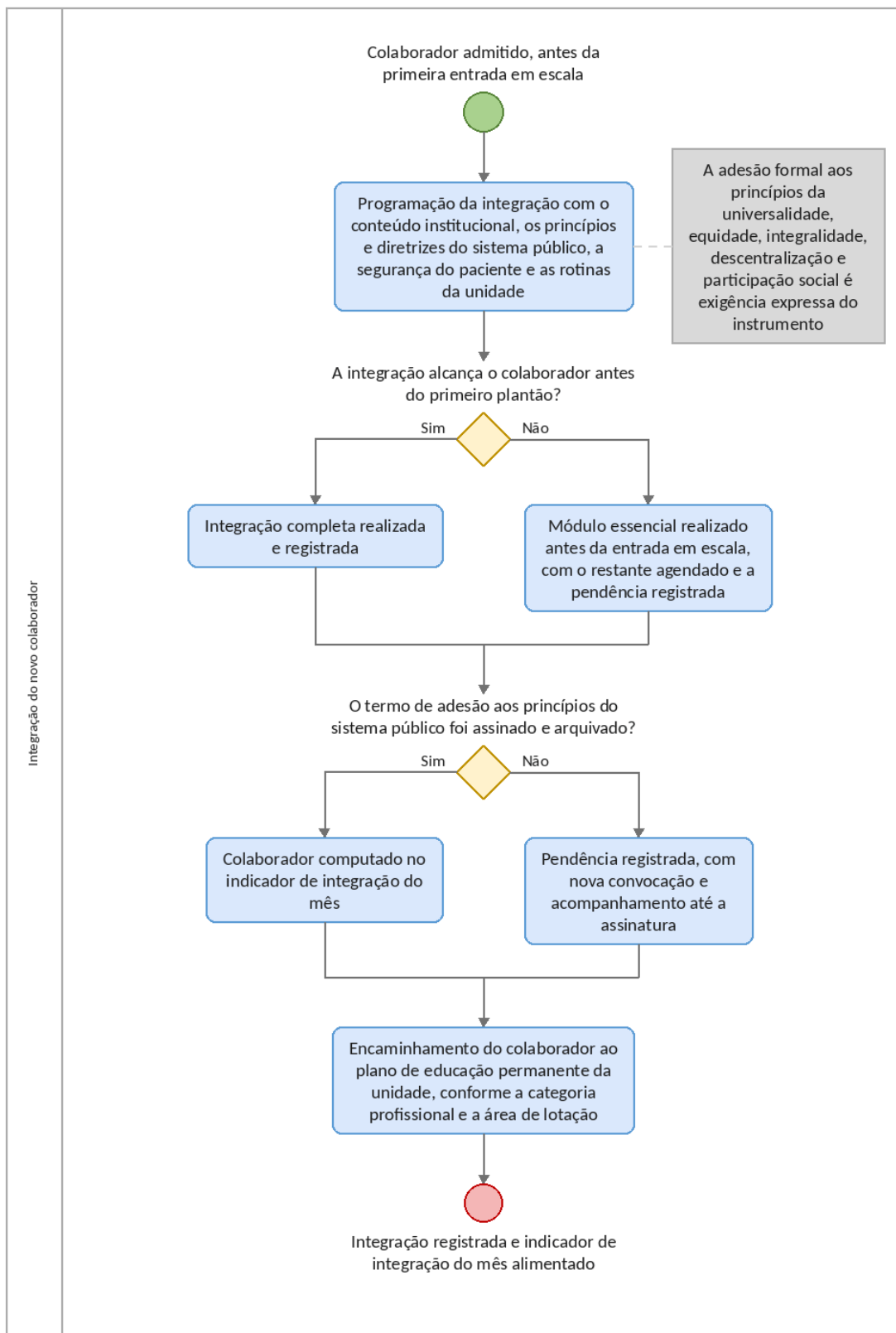
- › Lista de presença da integração, por turma e por participante.
- › Termo de adesão formal aos princípios do sistema público, no dossiê funcional.
- › Registro da pendência e do reagendamento, quando houver.
- › Apuração mensal do indicador de integração, com numerador e denominador identificados.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Antes do primeiro plantão	A integração habilita a entrada em escala.
Adesão é formal	Termo assinado e arquivado, por exigência expressa do instrumento.
O indicador é mensal	Integração feita depois não recompõe a competência.
Cinco princípios	Universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social.
Não confundir com educação permanente	Uma habilita a entrada; a outra acompanha o vínculo.

POP-RH-03.5 Fluxograma

O fluxograma da integração tem duas decisões: se ela alcança o colaborador antes do primeiro plantão, que separa a integração completa do módulo essencial com pendência registrada, e a assinatura do termo de adesão, que é o que permite computar o colaborador no indicador de integração do mês.

POP-RH-03 — Integração institucional e adesão aos princípios do SUS



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.4.14 e 12.4.18; Quadro 15, indicador 22.

POP-RH-04. Elaboração, afiação e envio das escalas no prazo

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-04.1 Quando usar

- › Na montagem da escala de cada mês de referência.
- › Sempre que houver alteração da escala já enviada, para que a versão afiação e a executada reflitam o que ocorreu.
- › No fechamento do mês, para consolidar a escala executada que integra a comprovação mensal.

POP-RH-04.2 Fundamento

Item 12.4.10 do termo de referência: a contratada deverá encaminhar mensalmente à secretaria, até o primeiro dia do mês de referência, as escalas completas de todos os profissionais da unidade, contendo nomes, cargos, serviços e horários de plantão, devendo tais escalas também ser afiadas em local visível ao público. Item 12.35.1, que exige a apresentação das escalas executadas no mês, assinadas pela direção médica, em formato portátil e em planilha, conforme modelo aprovado pela Comissão de Fiscalização. Seções 9.8 e 9.9 do protocolo.

! SÃO DUAS ESCALAS, E ELAS NÃO SE SUBSTITUEM

- › A escala prevista é enviada até o primeiro dia do mês de referência, com nomes, cargos, serviços e horários de plantão, e é afiação em local visível ao público.
- › A escala executada é consolidada ao fim do mês, assinada pela direção médica, em formato portátil e em planilha, e integra a comprovação mensal.
- › Enviar apenas uma delas deixa a exigência pela metade: a prevista não prova o que ocorreu, e a executada não cumpre o prazo do primeiro dia.

! SÃO DUAS ESCALAS, E ELAS NÃO SE SUBSTITUEM

- › Toda substituição feita no curso do mês aparece na escala executada, com a identificação de quem cobriu o posto.
- › A escala é nominal porque o instrumento a exige nominal; é o único documento deste protocolo em que os nomes constam por determinação da fonte.

POP-RH-04.3 Sequência de execução

1. Solicitar às coordenações das áreas a previsão de escala do mês de referência, no modelo consolidado pela gestão de pessoas.
2. Conferir se a previsão traz, para cada profissional, nome, cargo, serviço e horário de plantão.
3. Confrontar a previsão com a relação nominal dos profissionais alocados e com o cadastro do estabelecimento.
4. Identificar posto sem profissional designado e acionar o POP-RH-05 antes do envio.
5. Consolidar a escala completa de todos os profissionais da unidade.
6. Encaminhar a escala à secretaria até o primeiro dia do mês de referência e guardar o comprovante do envio.
7. Afixar a escala em local visível ao público e registrar a data da afixação.
8. Registrar, no curso do mês, toda alteração e substituição ocorrida, com o motivo.
9. Ao fim do mês, consolidar a escala executada, colher a assinatura da direção médica e gerar as versões em formato portátil e em planilha.
10. Juntar a escala executada ao conjunto documental da comprovação mensal.

Escala	Conteúdo	Circulação
Prevista	Todos os profissionais da unidade, com nome, cargo, serviço e horário de plantão	Enviada à secretaria até o primeiro dia do mês de referência e afixada em local visível ao público
Executada	O que efetivamente ocorreu, com as substituições e as coberturas identificadas	Assinada pela direção médica e apresentada em formato portátil e em planilha, no modelo aprovado pela Comissão de Fiscalização

Tabela POP-RH-04.1 — As duas escalas, o que cada uma comprova e quando circula.

✓ O QUE FAZ A ESCALA CUMPRIR A EXIGÊNCIA

- › Fechar a previsão com folga de calendário, para que o envio ocorra no prazo do instrumento.
- › Confrontar a escala com a relação nominal e com o cadastro antes de enviar.
- › Registrar a substituição no momento em que ela ocorre, e não na reconstituição do fim do mês.
- › Guardar o comprovante do envio e a data da afixação.

✕ O QUE NÃO FAZER

- › Enviar escala parcial, de uma parte dos serviços apenas.
- › Deixar posto sem designação para resolver no início do mês.
- › Reconstituir as substituições de memória no fechamento.
- › Tratar a escala afixada e a escala enviada como documentos independentes.

POP-RH-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Escala prevista do mês, com o comprovante do envio à secretaria.
- › Registro da data da afixação em local visível ao público.
- › Registro das alterações e substituições ocorridas no mês, com o motivo.
- › Escala executada assinada pela direção médica, em formato portátil e em planilha.

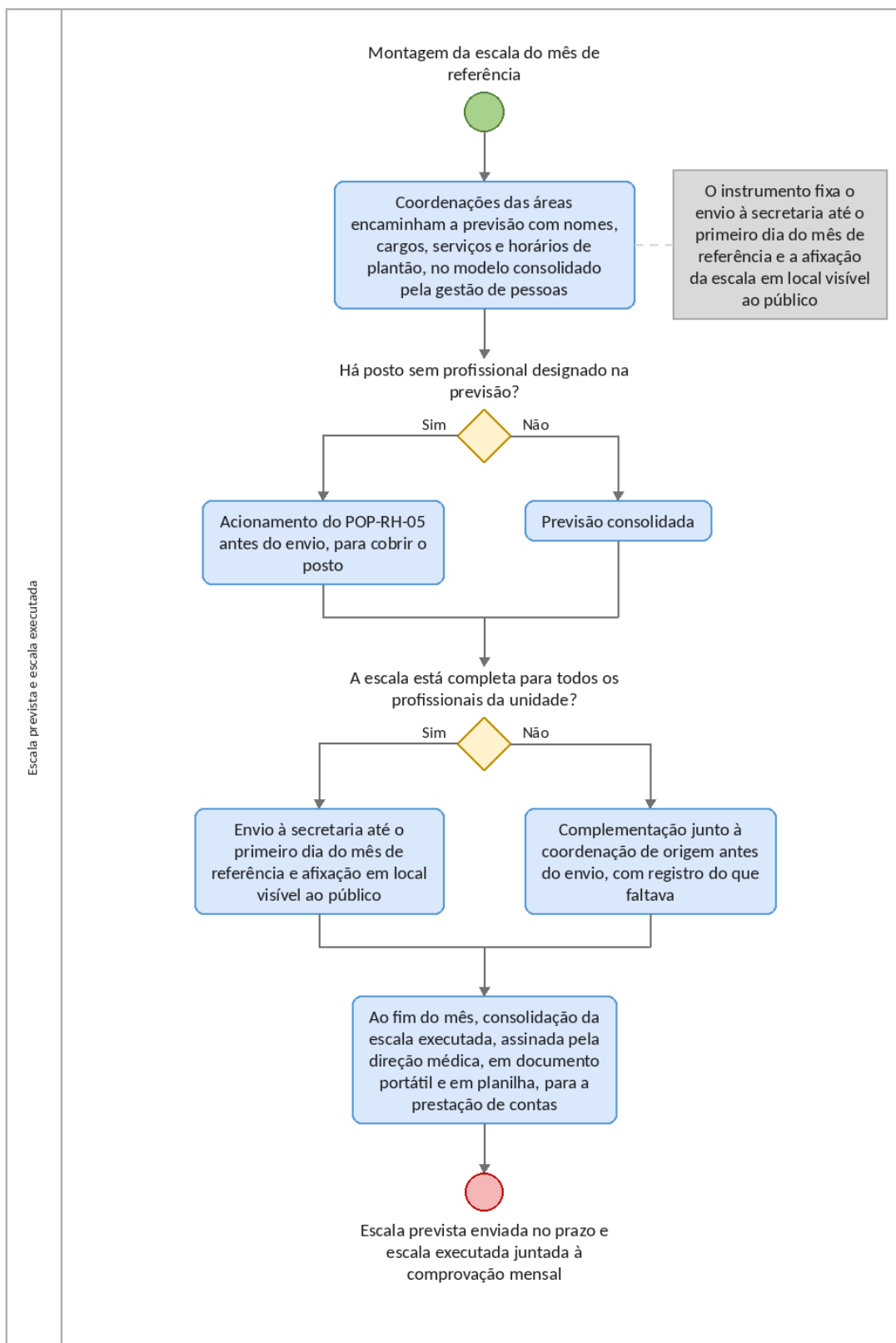
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Primeiro dia do mês	O prazo do envio da escala prevista é do instrumento.
Todos os profissionais	A exigência é de escala completa, e não de escala por serviço.
Afixação é obrigação	Em local visível ao público, com a data registrada.
Executada assinada	Pela direção médica, em formato portátil e em planilha.
Substituição se registra na hora	É o que permite a escala executada ser fiel.

POP-RH-04.5 Fluxograma

O fluxograma da escala tem duas travas antes do envio: a existência de posto sem profissional designado, que aciona a cobertura, e a completude da escala para todos os profissionais da unidade, que é a condição do envio no prazo do instrumento. Ele mostra também a segunda escala, a executada, que só se fecha ao fim do mês.

POP-RH-04 — Elaboração, afixação e envio das escalas no prazo



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.4.10 e 12.35.1.

POP-RH-05. Cobertura de ausência, sobreaviso e contingência de escala

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-05.1 Quando usar

- › Em toda ausência identificada em posto de escala, programada ou não.
- › Na comunicação de férias, licença, afastamento ou desligamento que deixe posto descoberto.
- › Quando a ausência se repete no mesmo posto ou com o mesmo colaborador.

POP-RH-05.2 Fundamento

Item 12.4.11 do termo de referência: a contratada deverá assegurar o cumprimento integral das escalas de trabalho, mantendo plano de contingência e profissionais de sobreaviso para cobertura de ausências decorrentes de faltas, férias, licenças ou desligamentos. Seções 9.9 e 9.8 do protocolo.

! A COBERTURA TEM TRÊS HORIZONTES DIFERENTES

- › Ausência programada — férias, licença prevista, desligamento com aviso — resolve-se dentro da própria escala do mês, antes do envio.
- › Ausência comunicada com pouca antecedência aciona o profissional de sobreaviso da mesma qualificação.
- › Ausência não comunicada aciona o plano de contingência da área, com comunicação à coordenação e à direção técnica.
- › Tratar os três horizontes com o mesmo instrumento é o que transforma ausência previsível em urgência.
- › Substituição sem registro na escala executada é cobertura que existiu e que a comprovação mensal não mostra.

POP-RH-05.3 Sequência de execução

1. Receber a comunicação da ausência, registrando a data, a hora e o motivo declarado.
2. Classificar a ausência como programada ou não programada.
3. Sendo programada, promover a substituição dentro da própria escala do mês, antes do envio.
4. Não sendo programada, verificar a disponibilidade de profissional de sobreaviso com a qualificação exigida pelo posto.
5. Acionar o sobreaviso e registrar a hora do chamado, o aceite e o início da cobertura.
6. Não havendo sobreaviso disponível no momento, acionar o plano de contingência da área e comunicar a coordenação e a direção técnica.
7. Registrar a substituição na escala executada, com a identificação de quem cobriu o posto.
8. Verificar se a ausência é reiterada no mesmo posto ou pelo mesmo colaborador.
9. Sendo reiterada, encaminhar ao POP-RH-13 para análise de causa com a coordenação da área.
10. Encaminhar ao POP-RH-01 a reposição, quando a ausência decorrer de desligamento.

Horizonte	Instrumento	Registro
Programada — férias, licença prevista, desligamento com aviso	Substituição planejada na própria escala do mês	Escala prevista já contempla o substituto
Comunicada com pouca antecedência	Acionamento do profissional de sobreaviso da mesma qualificação	Hora do chamado, aceite e início da cobertura
Não comunicada	Acionamento do plano de contingência da área	Comunicação à coordenação e à direção técnica, com a ocorrência descrita
Reiterada no posto ou no colaborador	Análise de causa pelo POP-RH-13	Encaminhamento registrado, com devolutiva à coordenação

Tabela POP-RH-05.1 — Horizonte da ausência, instrumento de cobertura e registro correspondente.

✓ O QUE MANTÉM O POSTO COBERTO
› Antecipar a ausência programada na montagem da escala, e não na véspera.
› Manter a relação de sobreaviso atualizada por qualificação, e não apenas por área.
› Registrar a hora do acionamento no momento em que ele ocorre.
› Levar a ausência reiterada para análise de causa, em vez de repetir a cobertura.

✗ O QUE NÃO FAZER
› Cobrir posto com profissional de qualificação diversa da exigida.

✕ O QUE NÃO FAZER

- › Acionar a contingência sem antes verificar o sobreaviso disponível.
- › Deixar a substituição sem registro na escala executada.
- › Tratar ausência reiterada como sequência de casos isolados.

POP-RH-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Comunicação da ausência, com data, hora e motivo declarado.
- › Registro do acionamento do sobreaviso, com hora do chamado e aceite.
- › Registro do acionamento do plano de contingência, quando houver.
- › Substituição lançada na escala executada, com identificação de quem cobriu.
- › Encaminhamento à análise de causa, quando a ausência for reiterada.

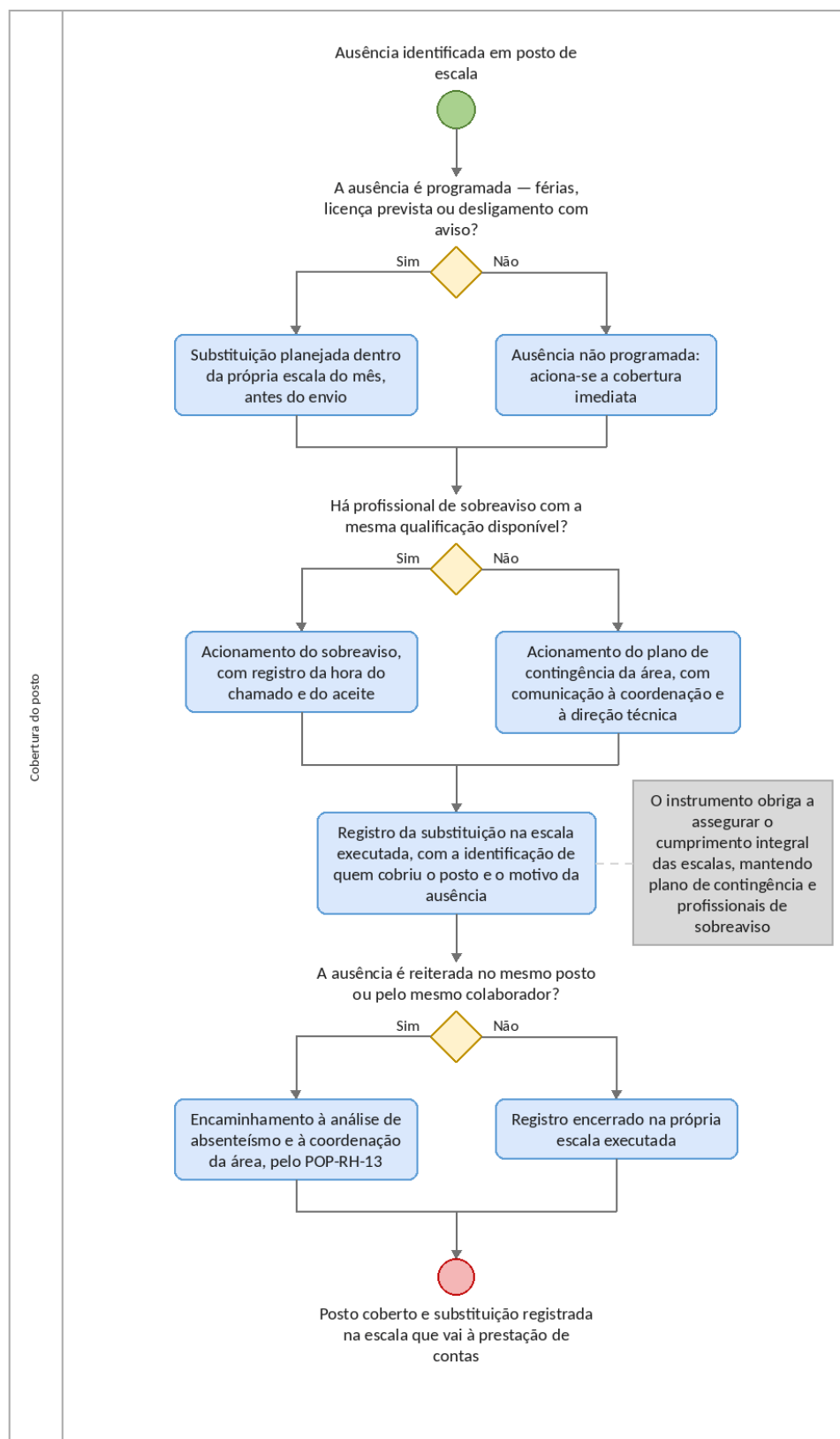
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Três horizontes	Programada, comunicada com pouca antecedência e não comunicada.
Sobreaviso por qualificação	O posto exige qualificação, não apenas presença.
Registro na hora	Hora do chamado e do aceite anotadas no momento.
Escala executada	É onde a cobertura aparece para a comprovação mensal.
Reiteração é causa	Ausência que se repete vira análise, não nova cobertura.

POP-RH-05.5 Fluxograma

O fluxograma da cobertura separa o que se planeja do que se improvisa. A primeira decisão distingue a ausência programada da não programada; a segunda define entre o sobreaviso e o plano de contingência; e a terceira, ao fim, encaminha a ausência reiterada para a análise de causa, em vez de tratá-la como caso isolado.

POP-RH-05 — Cobertura de ausência, sobreaviso e contingência de escala



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.4.11.

POP-RH-06. Controle de ponto, jornada e horas extras

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-06.1 Quando usar

- › No fechamento de cada período de apuração da frequência.
- › Sempre que houver marcação ausente, incompleta ou incompatível com a escala.
- › Antes do fechamento da folha da competência.

POP-RH-06.2 Fundamento

Item 12.4.19 do termo de referência: implantação de sistema de controle biométrico de frequência no prazo máximo de trinta dias contados do início da execução contratual, com registro e acompanhamento da jornada de trabalho de todos os profissionais lotados na unidade, independentemente do vínculo jurídico mantido, com aferição regular e alimentação do sistema informatizado de gestão. Item 12.35.1, quanto ao envio mensal dos registros de frequência à Comissão de Fiscalização e à sua guarda para fins de fiscalização. Item 3.27, alínea a, do edital, quanto ao comprovante de pagamento de salários, incluídas as horas extras devidas e as demais verbas que, pela habitualidade, devam integrar os salários. Seções 9.10 e 9.12 do protocolo.

! O QUE A APURAÇÃO DA FREQUÊNCIA NÃO PODE DEIXAR PASSAR

- › O registro alcança todos os profissionais lotados na unidade, independentemente do vínculo jurídico mantido — a exigência do instrumento é expressa quanto a isso.
- › Marcação ausente ou incompatível com a escala tratada só no fechamento vira ajuste sem lastro; a justificativa é escrita e vem da coordenação da área.
- › Jornada realizada além da prevista tem natureza a apurar, e a verba que a remunera integra a comprovação de pagamento exigida no edital quando percebida com habitualidade.
- › Os registros de frequência são encaminhados mensalmente à Comissão de Fiscalização e permanecem arquivados e disponíveis aos órgãos de controle.

POP-RH-06.3 Sequência de execução

1. Extrair do sistema biométrico os registros do período de apuração.
2. Confrontar os registros com a escala executada do mesmo período.
3. Identificar marcação ausente, incompleta ou incompatível com o posto e o horário previstos.
4. Encaminhar a inconsistência à coordenação da área e colher a justificativa escrita antes do fechamento da apuração.
5. Identificar a jornada realizada além da prevista na escala e apurar a sua natureza.
6. Apurar os adicionais devidos conforme a natureza da jornada e o laudo técnico aplicável ao posto.
7. Consolidar o espelho de frequência do período e submetê-lo à conferência da coordenação.
8. Encaminhar o resultado ao POP-RH-08 para lançamento na folha da competência.
9. Encaminhar os registros de frequência à Comissão de Fiscalização e arquivar os espelhos do período.
10. Registrar as inconsistências tratadas e as suas causas, para leitura periódica com as coordenações.

Inconsistência	Causa típica	Tratamento
Marcação de entrada ou de saída ausente	Falha do registro ou do equipamento no momento	Justificativa escrita da coordenação, com o horário conferido na escala executada
Marcação incompatível com o posto previsto	Troca de posto não registrada na escala	Correção da escala executada e registro do motivo da troca
Jornada além da prevista	Cobertura de ausência ou prorrogação da atividade	Apuração da natureza e encaminhamento à folha
Ausência sem comunicação prévia	Falta não avisada	Registro da ocorrência, acionamento do POP-RH-05 e leitura pelo POP-RH-13

Tabela POP-RH-06.1 — Inconsistências de frequência, causa típica e tratamento.

✓ O QUE SUSTENTA A APURAÇÃO

- › Confrontar sempre com a escala executada, e não apenas com a escala prevista.
- › Colher a justificativa escrita da coordenação antes do fechamento.
- › Apurar a natureza da jornada excedente antes de lançá-la na folha.
- › Arquivar o espelho do período, porque é ele que responde à fiscalização.

✗ O QUE NÃO FAZER

✕ O QUE NÃO FAZER

- › Ajustar marcação sem justificativa escrita da coordenação da área.
- › Fechar a apuração com inconsistência pendente para resolver na folha.
- › Deixar de registrar a jornada excedente por não haver posto previsto para ela.
- › Tratar o registro de frequência como documento interno, sem envio e sem guarda.

POP-RH-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Espelho de frequência do período, por colaborador.
- › Justificativas escritas das inconsistências, com a coordenação identificada por função.
- › Apuração da jornada excedente e da sua natureza.
- › Comprovante do envio dos registros de frequência à Comissão de Fiscalização.
- › Série das inconsistências por área, para leitura periódica.

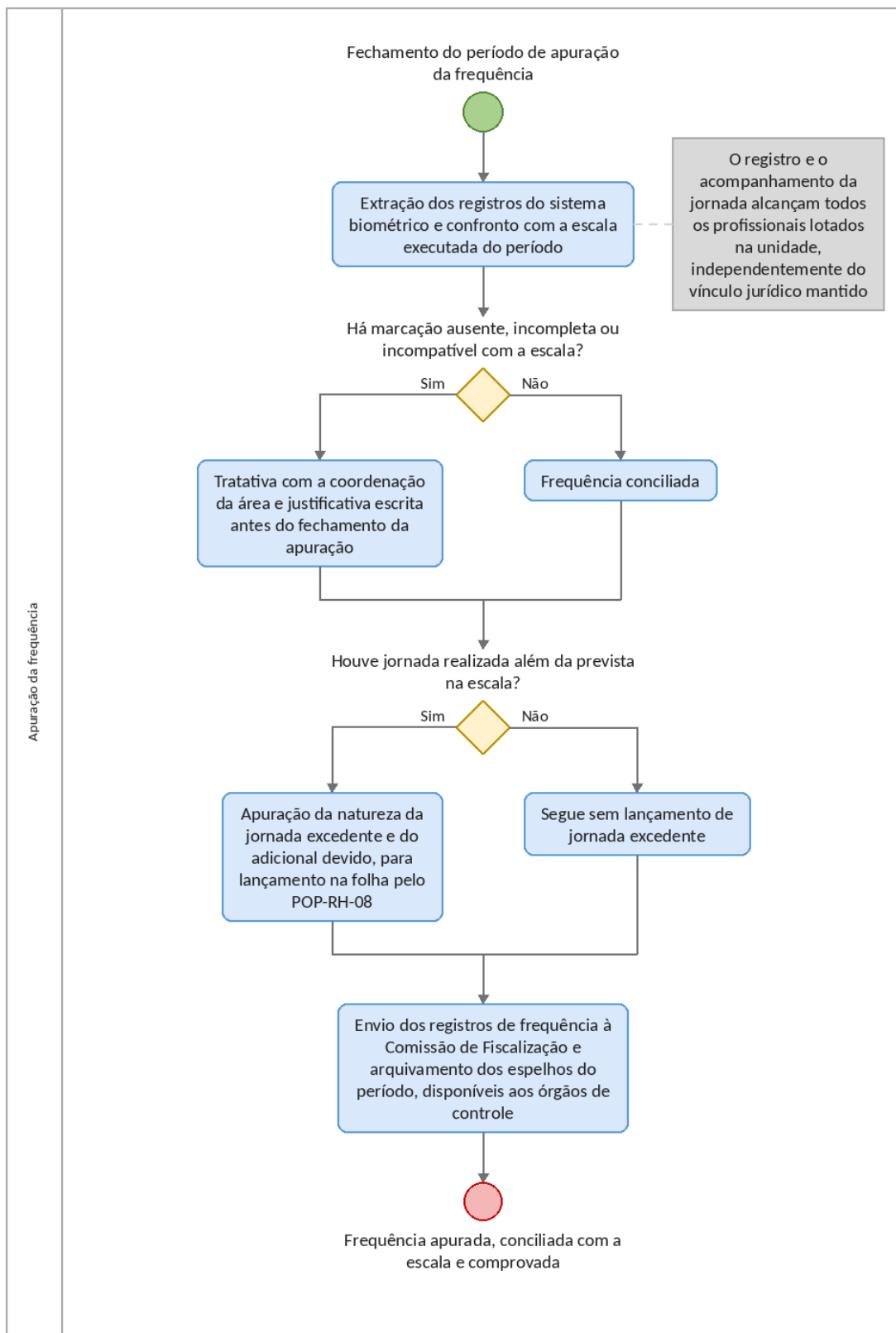
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Todos os vínculos	O registro alcança todos os profissionais lotados na unidade.
Confronto com a executada	A escala executada é o parâmetro, porque é o que ocorreu.
Justificativa antes	A inconsistência se trata antes do fechamento, por escrito.
Habitualidade integral	Verba percebida com habitualidade integral o salário e a comprovação.
Envio e guarda	Registros encaminhados mensalmente e arquivados para o controle.

POP-RH-06.5 Fluxograma

O fluxograma do ponto tem duas decisões que mudam o desfecho da apuração: a existência de marcação ausente ou incompatível com a escala, que exige tratativa e justificativa escrita antes do fechamento, e a ocorrência de jornada além da prevista, que é o que abre o lançamento na folha.

POP-RH-06 — Controle de ponto, jornada e horas extras



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.4.19 e 12.35.1; Edital 001/SEMUS/2026, item 3.27, a.

POP-RH-07. Contratação por RPA — hipóteses e vedações

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-07.1 Quando usar

- › Diante de demanda de atividade específica, eventual ou de natureza não contínua.
- › Antes de qualquer formalização de recibo de pagamento a autônomo.
- › Na renovação ou repetição de contratação autônoma já realizada.

POP-RH-07.2 Fundamento

Item 12.4.13 do termo de referência: a organização social poderá utilizar a contratação de profissionais por meio de recibo de pagamento a autônomo de forma excepcional e complementar, restrita a atividades específicas, eventuais ou de natureza não contínua, especialmente para atendimento de demandas pontuais ou especializadas, ficando vedada a contratação por essa via para funções de direção, coordenação, chefia e gestão administrativa. Item 3.27.1 do edital e item 12.3.3 do termo de referência, quanto à vedação de contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Item 12.35.1, quanto à relação de profissionais com os valores recebidos, encaminhada com as notas fiscais. Seções 9.11 e 9.19 do protocolo.

✕ AS VEDAÇÕES SÃO EXPRESSAS E ANTECEDEM QUALQUER JUSTIFICATIVA

- › É vedada a contratação por recibo de pagamento a autônomo para funções de direção, coordenação, chefia e gestão administrativa.
- › É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra, especialmente nas atividades assistenciais e médicas.
- › A hipótese é excepcional e complementar: demanda contínua e posto permanente de escala descaracterizam a excepcionalidade e pedem processo seletivo.

✕ AS VEDAÇÕES SÃO EXPRESSAS E ANTECEDEM QUALQUER JUSTIFICATIVA

- › Contratação repetida com o mesmo objeto e a mesma periodicidade deixa de ser eventual, ainda que cada recibo, isoladamente, pareça pontual.
- › A justificativa escrita antecede a contratação; justificativa produzida depois não demonstra a excepcionalidade, apenas a documenta.

POP-RH-07.3 Sequência de execução

1. Receber a demanda com a descrição da atividade, o produto esperado e o período.
2. Verificar se a função é de direção, coordenação, chefia ou gestão administrativa; sendo, recusar a via e encaminhar ao POP-RH-01.
3. Verificar se a demanda corresponde a posto permanente de escala ou a atividade contínua; correspondendo, recusar a via e abrir posto e seleção.
4. Verificar o histórico de contratações com o mesmo objeto, para afastar a repetição que descaracteriza a eventualidade.
5. Elaborar a justificativa escrita da excepcionalidade e da complementaridade, com objeto, período e produto delimitados.
6. Conferir o registro no conselho de classe do profissional, quando a atividade o exigir.
7. Formalizar o recibo de pagamento a autônomo, com a identificação do profissional e do objeto.
8. Incluir o profissional na relação encaminhada com as notas fiscais, com o valor recebido individualizado.
9. Arquivar a justificativa, o recibo e a comprovação do pagamento no dossiê da contratação.
10. Encaminhar à leitura periódica o volume e a recorrência das contratações autônomas por área.

Situação	Cabimento	Encaminhamento
Atividade específica, eventual ou de natureza não contínua	Cabe, de forma excepcional e complementar	Justificativa escrita antes da contratação
Demanda pontual ou especializada	Cabe, com objeto e período delimitados	Recibo formalizado e valor individualizado na relação
Função de direção, coordenação, chefia ou gestão administrativa	Vedada expressamente	Processo seletivo pelo POP-RH-01
Posto permanente de escala ou atividade contínua	A excepcionalidade não se configura	Abertura de posto e seleção
Cooperativa fornecedora de mão de obra	Vedada expressamente	Contratação por outra via, na forma do protocolo de contratos

Tabela POP-RH-07.1 — O que cabe e o que não cabe na contratação autônoma.

✓ O QUE MANTÉM A CONTRATAÇÃO REGULAR
› Testar a vedação de função antes de qualquer análise de mérito.
› Delimitar objeto, período e produto no próprio instrumento.
› Justificar por escrito antes de contratar.
› Individualizar o valor recebido na relação que acompanha as notas fiscais.

✗ O QUE NÃO FAZER
› Cobrir posto de escala contínua por contratação autônoma.
› Repetir a contratação do mesmo objeto até que ela se torne, de fato, permanente.
› Contratar chefia, coordenação ou gestão administrativa por essa via.
› Formalizar o recibo sem conferir a regularidade profissional exigida pela atividade.

POP-RH-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

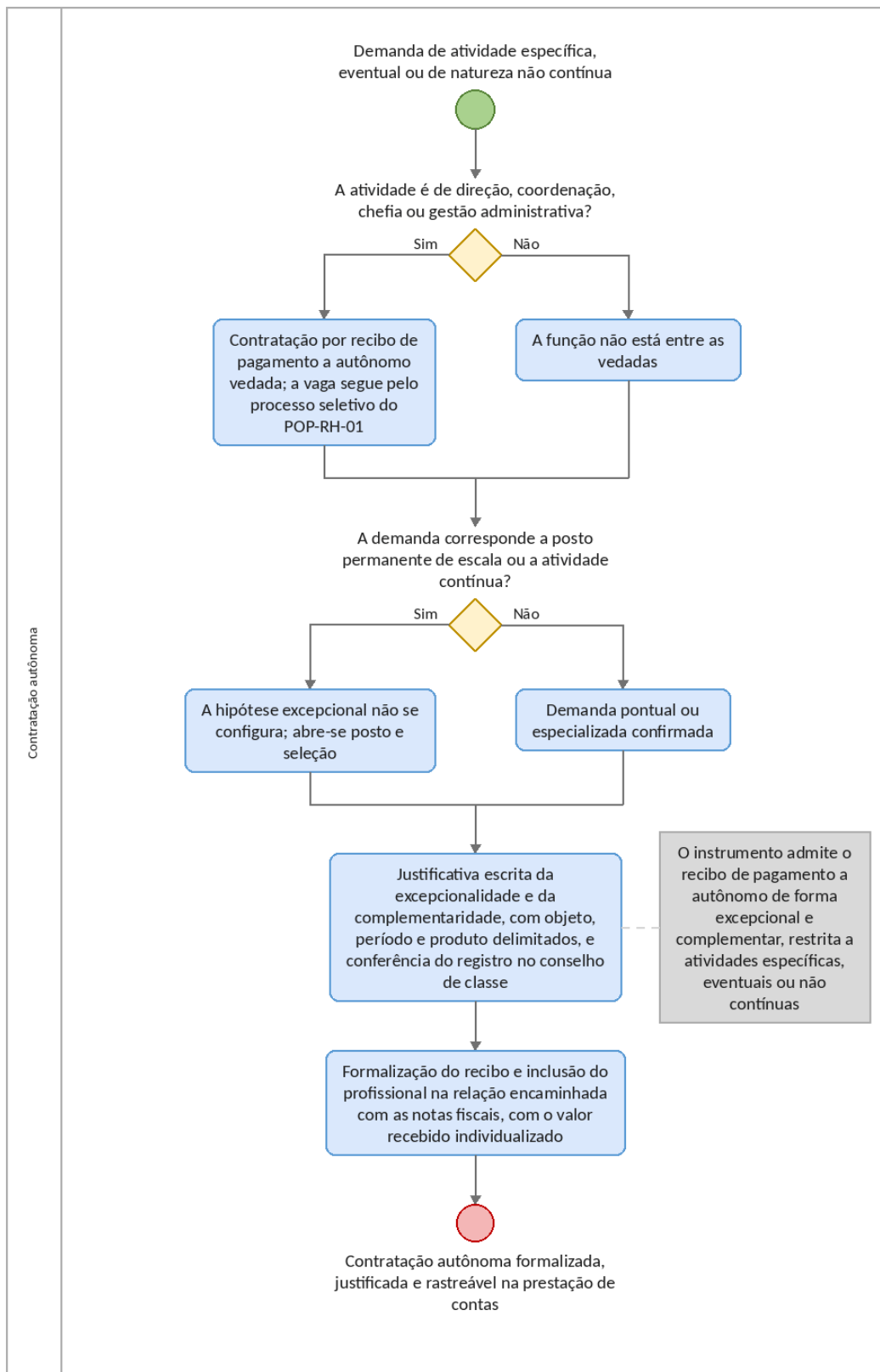
- › Justificativa escrita da excepcionalidade e da complementaridade.
- › Recibo de pagamento a autônomo, com objeto e período.
- › Comprovação do registro no conselho de classe, quando exigível.
- › Relação de profissionais com os valores recebidos, encaminhada com as notas fiscais.
- › Série das contratações autônomas por área e por objeto.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Quatro funções vedadas	Direção, coordenação, chefia e gestão administrativa.
Excepcional e complementar	É a redação do instrumento, e é o teste a aplicar.
Contínuo não é eventual	Posto permanente pede seleção, não recibo.
Justificativa antes	Produzida depois, ela documenta sem demonstrar.
Valor individualizado	A rastreabilidade dos recursos públicos é a finalidade declarada.

POP-RH-07.5 Fluxograma

O fluxograma da contratação autônoma é feito de duas vedações antes de qualquer formalização: a função de direção, coordenação, chefia ou gestão administrativa, que a veda de plano, e a natureza contínua da demanda, que descaracteriza a excepcionalidade. Só depois delas o percurso chega à justificativa escrita.

POP-RH-07 — Contratação por RPA: hipóteses excepcionais e vedações



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.4.13; Edital 001/SEMUS/2026, item 3.27.1.

POP-RH-08. Folha de pagamento, encargos e comprovação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-08
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-08.1 Quando usar

- › No encerramento de cada competência da folha.
- › Na montagem do conjunto documental da prestação de contas mensal.
- › Sempre que houver rescisão, verba variável ou adicional a apurar na competência.

POP-RH-08.2 Fundamento

Item 12.4.4 do termo de referência: o pagamento dos profissionais contratados sob regime celetista deverá ser realizado até o quinto dia útil do mês subsequente. Item 12.26.1, alínea c, quanto ao demonstrativo de folha de pagamento na prestação de contas mensal apresentada até o décimo dia do mês subsequente; item 12.26.5, quanto à folha de pagamento de salários, às apólices de seguro contra acidentes e acidentes de trabalho e aos comprovantes de quitação das obrigações trabalhistas e previdenciárias. Item 6.15, inciso V, do edital, quanto à relação analítica da folha e dos encargos; item 3.27, alíneas a a d, quanto aos comprovantes disponibilizados permanentemente para auditoria. Seções 9.12 e 9.20 do protocolo.

! A FOLHA SE FECHA CONTRA TRÊS FONTES, NÃO CONTRA UMA

- › A frequência apurada, que diz quem trabalhou e quanto.
- › A escala executada, que diz onde cada um esteve e quem cobriu posto.
- › A relação nominal dos profissionais alocados no mês, que é a mesma encaminhada à comissão de acompanhamento.
- › Divergência entre as três é apurada antes do fechamento, porque depois ela reaparece como inconsistência na prestação de contas.

! A FOLHA SE FECHA CONTRA TRÊS FONTES, NÃO CONTRA UMA

› A relação analítica exigida pelo edital traz função, setor de lotação, carga horária, competência, valores pagos, encargos, benefícios, retenções e comprovantes de recolhimento: montá-la ao longo da competência custa menos do que reconstituí-la no fim.

POP-RH-08.3 Sequência de execução

1. Receber do POP-RH-06 a frequência apurada e conciliada com a escala executada.
2. Conferir a folha contra a frequência, a escala executada e a relação nominal do mês.
3. Apurar as verbas variáveis da competência: jornada excedente, adicionais e demais parcelas devidas.
4. Apurar as rescisões da competência, conforme o POP-RH-10.
5. Investigar e corrigir divergência encontrada, registrando a causa antes do fechamento.
6. Processar a folha e efetuar o pagamento aos empregados celetistas até o quinto dia útil do mês subsequente.
7. Recolher os encargos e obter os comprovantes de fundo de garantia, previdência e imposto de renda retido.
8. Montar a relação analítica da folha e dos encargos no conteúdo exigido pelo edital.
9. Reunir os comprovantes de pagamento de salários, de vale-transporte e de auxílio-alimentação, e as anotações em carteira de trabalho.
10. Encaminhar o conjunto com a prestação de contas mensal e arquivar a via da unidade.
11. Conferir a validade das certidões de regularidade e providenciar a reapresentação das vencidas.

Bloco	O que contém
Identificação	Profissional vinculado à execução do objeto, função e setor de lotação
Vínculo e competência	Carga horária e competência de referência
Remuneração	Valores pagos, benefícios e demais parcelas da competência
Encargos e retenções	Encargos sociais, retenções legais e a base de cada um
Comprovação do recolhimento	Fundo de garantia, previdência, imposto de renda retido e demais obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais pertinentes

Tabela POP-RH-08.1 — O conteúdo da relação analítica da folha exigida na prestação de contas.

✓ O QUE SUSTENTA A COMPROVAÇÃO

› Conciliar contra as três fontes antes de processar a folha.

✓ O QUE SUSTENTA A COMPROVAÇÃO

- › Montar a relação analítica ao longo da competência, e não no fechamento.
- › Guardar o comprovante de cada recolhimento junto ao demonstrativo da competência.
- › Acompanhar a validade das certidões, para reapresentá-las antes de vencerem.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Fechar a folha com divergência pendente contra a frequência ou a escala.
- › Encaminhar demonstrativo sem os comprovantes de recolhimento correspondentes.
- › Deixar a relação analítica para reconstituir no dia do envio.
- › Tratar a comprovação como tarefa do setor financeiro apenas.

POP-RH-08.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Demonstrativo de folha de pagamento da competência.
- › Relação analítica da folha e dos encargos, no conteúdo exigido pelo edital.
- › Comprovantes de recolhimento de fundo de garantia, previdência e imposto retido.
- › Comprovantes de pagamento de salários, vale-transporte e auxílio-alimentação.
- › Registro das divergências apuradas na conciliação e do seu tratamento.
- › Certidões de regularidade vigentes, com o controle de validade.

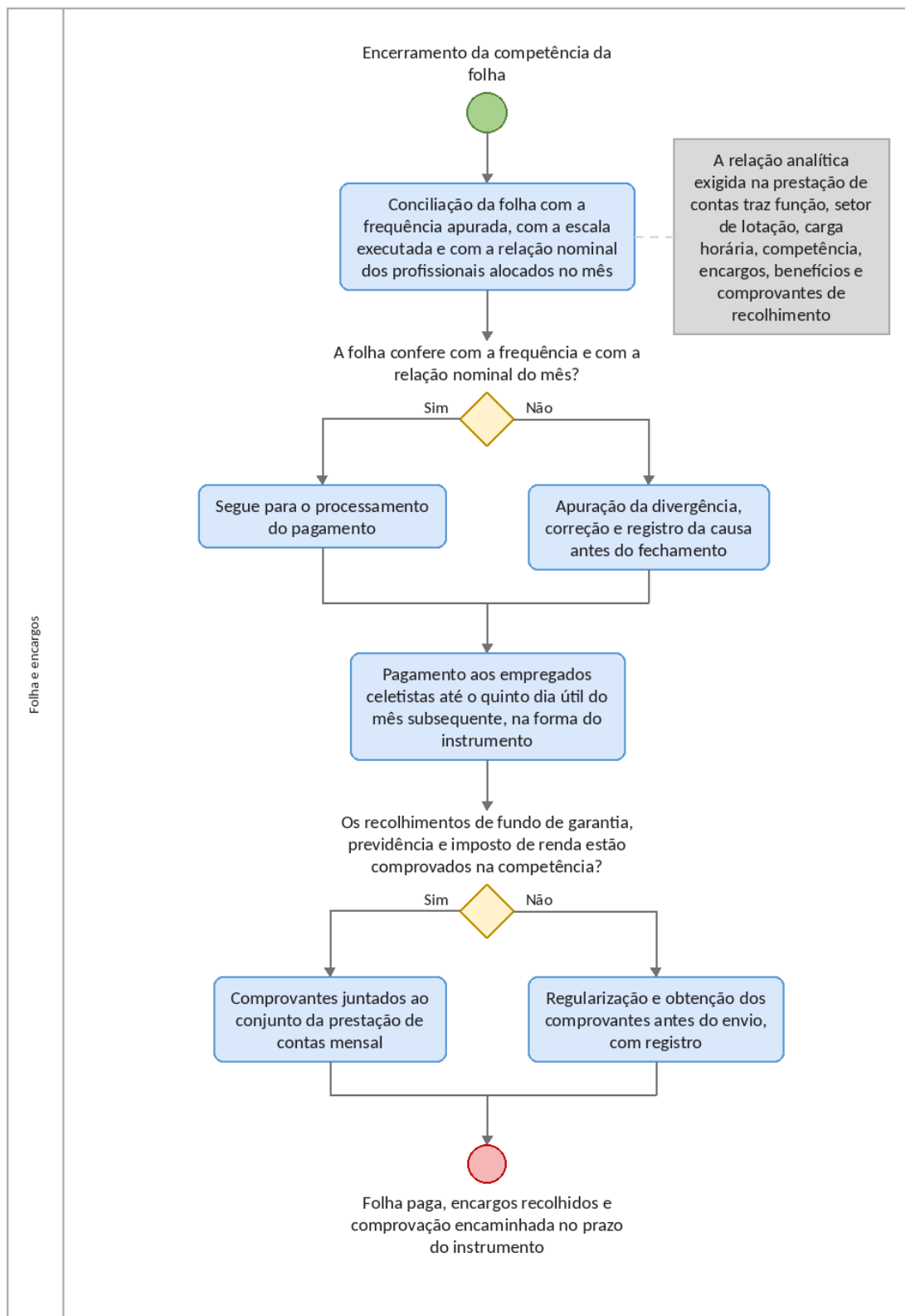
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Quinto dia útil	Prazo do instrumento para o pagamento dos empregados celetistas.
Três fontes	Frequência, escala executada e relação nominal do mês.
Analítica por profissional	Função, setor, carga horária, competência, encargos e comprovantes.
Comprovante junto	Demonstrativo sem comprovante não encerra a prestação de contas.
Certidão vence	A reapresentação é obrigação do instrumento e se antecipa.

POP-RH-08.5 Fluxograma

O fluxograma da folha tem duas conferências que retêm o percurso: a conciliação entre folha, frequência e relação nominal do mês, e a comprovação dos recolhimentos na competência. A primeira protege o valor pago; a segunda protege a prestação de contas, e é a que o instrumento examina.

POP-RH-08 — Folha de pagamento, encargos e comprovação



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.4.4, 12.26.1 e 12.26.5; Edital 001/SEMUS/2026, item 6.15, V.

POP-RH-09. Avaliação periódica de desempenho

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-09
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-09.1 Quando usar

- › Na abertura de cada ciclo do programa periódico de avaliação de desempenho.
- › Na consolidação semestral dos resultados para os relatórios de prestação de contas.
- › Quando o resultado apontar lacuna de competência que peça plano de desenvolvimento.

POP-RH-09.2 Fundamento

Item 12.4.17 do termo de referência: a contratada deverá instituir programa periódico de avaliação de desempenho dos colaboradores, apresentando seus resultados semestralmente nos relatórios de prestação de contas. Item 12.4.15, quanto às ações de valorização que abrangem desenvolvimento profissional, integração, capacitação, promoção e melhoria contínua das condições de trabalho. ANEXO VII, item C.2.6, inciso II, quanto às dimensões de gestão de desempenho e gestão do trabalho da política de recursos humanos. Seções 9.13 e 9.17 do protocolo.

! AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NÃO É INSTRUMENTO DISCIPLINAR

- › A avaliação mede desempenho no exercício da função e alimenta desenvolvimento; a apuração de conduta corre em procedimento próprio, com contraditório, pelo POP-RH-11.
- › Usar a avaliação como sanção contamina os dois instrumentos: a avaliação perde a franqueza e a apuração perde o rito.
- › Os critérios são divulgados por função antes do início do período avaliado; critério conhecido só no momento da nota não orienta comportamento algum.
- › O resultado é devolvido ao avaliado. Avaliação sem devolutiva produz registro e não produz melhoria.
- › Os resultados consolidados são apresentados semestralmente nos relatórios de prestação de contas, na forma do instrumento.

POP-RH-09.3 Sequência de execução

1. Abrir o ciclo e divulgar os critérios por função, com as evidências que sustentarão cada um.
2. Identificar os colaboradores elegíveis ao ciclo conforme o vínculo no período avaliado.
3. Registrar a não elegibilidade, quando houver, e manter o colaborador para o ciclo seguinte.
4. Realizar a avaliação pela chefia imediata, com evidências registradas por critério.
5. Colher a autoavaliação, quando o instrumento adotado pelo serviço a previr.
6. Consolidar o resultado individual e devolvê-lo ao avaliado, registrando a devolutiva.
7. Havendo lacuna de competência, elaborar plano de desenvolvimento e encaminhar a pauta à educação permanente.
8. Havendo indício de conduta que exija apuração, encaminhar ao POP-RH-11, que corre em procedimento próprio.
9. Consolidar os resultados do ciclo por área e por função.
10. Reunir os resultados para apresentação semestral nos relatórios de prestação de contas.

✓ O QUE FAZ A AVALIAÇÃO FUNCIONAR

- › Critérios divulgados por função antes do início do período avaliado.
- › Evidência registrada por critério, e não apenas a nota.
- › Devolutiva ao avaliado, com registro de que ela ocorreu.
- › Pauta de desenvolvimento encaminhada à educação permanente.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Converter a avaliação em medida disciplinar.
- › Avaliar por critério não divulgado antes do período.
- › Consolidar o ciclo sem devolver o resultado ao avaliado.
- › Deixar a lacuna identificada sem plano e sem pauta de capacitação.

POP-RH-09.4 Registro gerado e onde é arquivado

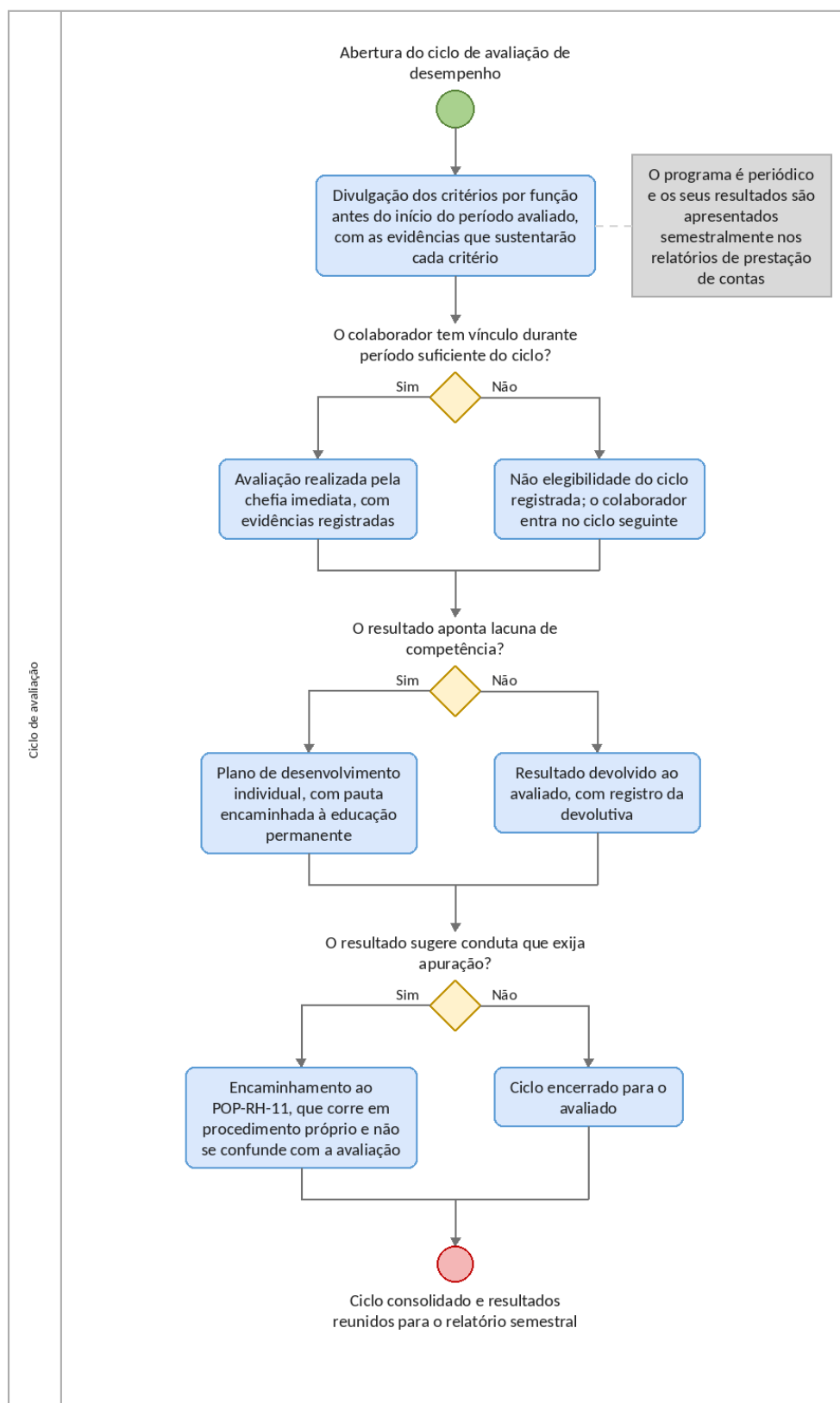
- › Critérios divulgados, com a data da divulgação.
- › Formulários de avaliação preenchidos, com as evidências por critério.
- › Registro da devolutiva ao avaliado.
- › Planos de desenvolvimento decorrentes do ciclo.
- › Consolidação por área e por função, para o relatório semestral.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Programa periódico	A periodicidade é a do programa instituído, na forma do instrumento.
Semestral na prestação de contas	Os resultados são apresentados nos relatórios.
Critério antes do período	Critério conhecido depois não orienta comportamento.
Devolutiva sempre	Sem devolutiva há registro, e não melhoria.
Separada da disciplina	Conduta se apura com contraditório, em procedimento próprio.

POP-RH-09.5 Fluxograma

O fluxograma da avaliação mostra três decisões: a elegibilidade do colaborador no ciclo, a existência de lacuna de competência, que abre o plano de desenvolvimento, e o encaminhamento à apuração disciplinar, que corre em procedimento próprio e não se confunde com a avaliação de desempenho.

POP-RH-09 — Avaliação periódica de desempenho



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.4.15 e 12.4.17; ANEXO VII, item C.2.6, II.

POP-RH-10. Desligamento, rescisão e quitação de verbas

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-10
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-10.1 Quando usar

- › Em todo desligamento, por iniciativa do colaborador ou da instituição.
- › No término de contrato por prazo determinado, quando houver.
- › Sempre que o desligamento deixar posto descoberto na escala vigente.

POP-RH-10.2 Fundamento

Consolidação das Leis do Trabalho, quanto às formalidades e aos prazos da rescisão do contrato de trabalho, uma vez que o regime dos colaboradores é celetista, na forma do item 12.4.4 do termo de referência. Item 12.4.6 e item 12.12.24, quanto à manutenção do cadastro nacional e dos itens condicionantes do credenciamento e da habilitação; item 12.26.5, quanto aos comprovantes de quitação das obrigações trabalhistas e previdenciárias relativas aos empregados que prestam ou prestaram serviços. Seções 9.14 e 9.19 do protocolo.

! O DESLIGAMENTO TEM TRÊS EFEITOS QUE COSTUMAM SER ESQUECIDOS

- › O efeito na escala: o posto pode ficar descoberto no mesmo dia, e a cobertura corre pelo POP-RH-05 enquanto a reposição corre pelo POP-RH-01.
- › O efeito cadastral: profissional desligado que permanece no cadastro do estabelecimento produz habilitação inconsistente, e a consequência aparece como rejeição de conta na competência seguinte.
- › O efeito comprobatório: os comprovantes de quitação das obrigações alcançam também os empregados que prestaram serviços, e não apenas os ativos.
- › O item 28 do termo de referência trata da sucessão trabalhista e do fundo de reserva ao término do contrato de gestão; ele não disciplina a rescisão individual, que segue a legislação trabalhista.
- › Acesso a sistema assistencial não revogado no desligamento é risco de proteção de dados além de risco de registro indevido.

POP-RH-10.3 Sequência de execução

1. Receber a formalização do desligamento e registrar a data de efeito.
2. Comunicar simultaneamente o setor de pessoal, a coordenação da área e a gestão da escala.
3. Verificar se o posto ficará descoberto na escala vigente e acionar o POP-RH-05 para a cobertura e o POP-RH-01 para a reposição.
4. Encaminhar ao exame médico demissional.
5. Recolher crachá, equipamentos de proteção, materiais e chaves, com registro da devolução.
6. Revogar os perfis de acesso aos sistemas assistenciais e administrativos na data de efeito.
7. Apurar verbas variáveis, aviso e saldo de jornada da competência.
8. Calcular a rescisão e efetuar a quitação das verbas no prazo legal.
9. Dar baixa no cadastro nacional do estabelecimento e no sistema de controle de frequência.
10. Arquivar o termo de rescisão, os comprovantes de quitação e a documentação do desligamento.
11. Registrar o motivo do desligamento para a leitura da rotatividade pelo POP-RH-13.

Desdobramento	Responsável por função	Registro
Cobertura do posto na escala vigente	Coordenação da área, com a gestão da escala	Escala executada com a substituição identificada
Reposição do posto	Gestão de pessoas	Abertura de processo seletivo
Exame demissional e devolução de itens	Saúde ocupacional e gestão de pessoas	Atestado de saúde ocupacional e recibo de devolução
Revogação de acessos	Área de tecnologia, mediante comunicação da gestão de pessoas	Registro da revogação com data e hora
Quitação das verbas	Setor de pessoal, com o financeiro	Termo de rescisão e comprovantes
Baixa cadastral	Responsável pelo cadastro do estabelecimento	Registro da baixa, com a data de efeito

Tabela POP-RH-10.1 — Os desdobramentos do desligamento, o responsável por função e o registro.

✓ O QUE ENCERRA O VÍNCULO COM SEGURANÇA

- › Comunicar escala, cadastro e acessos na mesma data de efeito.
- › Registrar a devolução de crachá, equipamentos e materiais.
- › Quitar as verbas no prazo legal e arquivar os comprovantes.
- › Registrar o motivo do desligamento, porque é ele que explica a rotatividade.

✕ O QUE NÃO FAZER

- › Deixar a baixa cadastral para a competência seguinte.
- › Manter perfil de acesso ativo depois da data de efeito.
- › Encerrar o vínculo sem apurar as parcelas variáveis da competência.
- › Tratar o desligamento como evento do setor de pessoal apenas.

POP-RH-10.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Formalização do desligamento, com a data de efeito.
- › Atestado de saúde ocupacional demissional.
- › Recibos de devolução de crachá, equipamentos e materiais.
- › Registro da revogação dos acessos, com data e hora.
- › Termo de rescisão e comprovantes de quitação das verbas.
- › Registro da baixa no cadastro nacional e no sistema de frequência.
- › Motivo do desligamento, para a série de rotatividade.

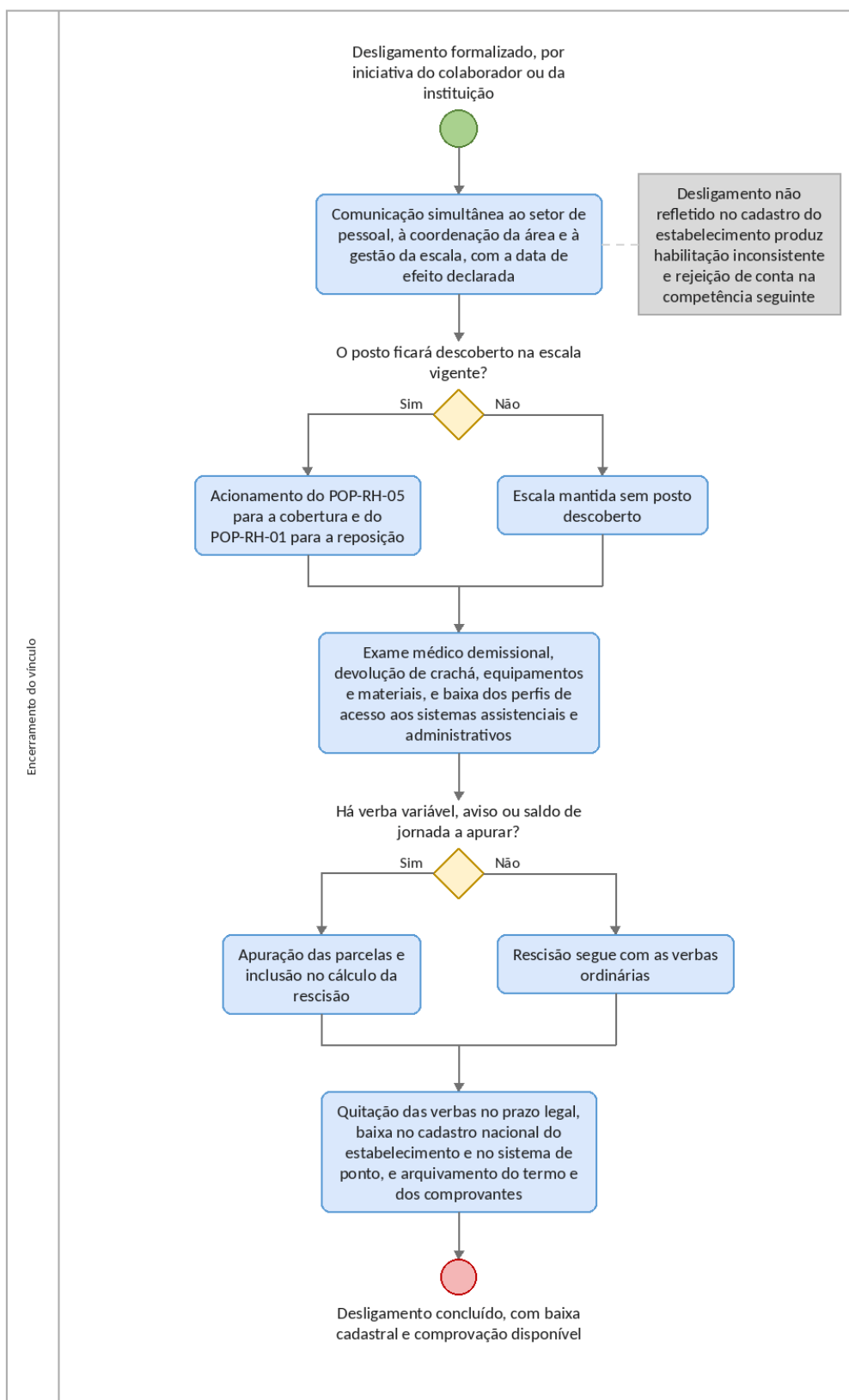
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Três efeitos	Escala, cadastro e comprovação — os três correm no mesmo dia.
Baixa na competência	Desligado que permanece no cadastro vira rejeição de conta.
Acesso se revoga	Na data de efeito, com registro.
Comprovação alcança quem saiu	As obrigações dos que prestaram serviços também se comprovam.
Motivo alimenta a série	É o que transforma rotatividade em causa tratável.

POP-RH-10.5 Fluxograma

O fluxograma do desligamento mostra a decisão que ninguém lembra na hora: se o posto ficará descoberto na escala vigente, que aciona ao mesmo tempo a cobertura e a reposição. A segunda decisão trata das parcelas variáveis a apurar, e o tronco encerra na baixa cadastral, que é onde o desligamento repercute no faturamento.

POP-RH-10 — Desligamento, rescisão e quitação de verbas



Referência: Consolidação das Leis do Trabalho; Termo de Referência HGNI, itens 12.4.6, 12.12.24 e 12.26.5.

POP-RH-11. Apuração disciplinar e sindicância

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-11
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-11.1 Quando usar

- › Diante de fato comunicado por qualquer via, inclusive o canal de recebimento de denúncia.
- › Quando a chefia imediata reportar conduta que possa ensejar responsabilização.
- › Quando a avaliação de desempenho apontar indício de conduta que exija apuração própria.

POP-RH-11.2 Fundamento

ANEXO VII, item C.2.5, que exige canais institucionais de comunicação com mecanismo para recebimento de denúncias, inclusive de forma anônima, e mecanismos efetivos de controle, monitoramento e responsabilização. Item 12.35.17 do termo de referência, quanto ao programa de integridade nos termos da Lei Estadual n.º 7.753/2017, consistente em mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades, com aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta. Seções 9.15 e 9.21 do protocolo.

! O QUE TORNA A APURAÇÃO SUSTENTÁVEL

- › Delimitação escrita do fato, do período e das funções envolvidas, antes de qualquer oitiva.
- › Ciência ao envolvido e prazo de defesa, porque o próprio instrumento convocatório adota o contraditório e a ampla defesa como método.
- › Decisão fundamentada, tanto para instaurar quanto para arquivar: arquivamento sem motivação escrita não encerra nada, apenas interrompe.
- › Preservação da identidade de quem comunicou, quando o canal admite a comunicação anônima.
- › Separação entre a via administrativa e a via ético-profissional: o fato assistencial vai à comissão de ética competente, sem prejuízo da apuração administrativa.

POP-RH-11.3 Sequência de execução

1. Receber a comunicação do fato e registrar a data, a via e o conteúdo relatado.
2. Verificar se o fato tem conteúdo assistencial ou ético-profissional e, havendo, encaminhar à comissão de ética competente, sem prejuízo da apuração administrativa.
3. Elaborar o juízo de admissibilidade por escrito, delimitando o fato, o período e as funções envolvidas.
4. Não havendo elementos, arquivar com decisão motivada e registrar.
5. Havendo elementos, instaurar a apuração e dar ciência ao envolvido, com prazo de defesa.
6. Instruir: colher oitivas, reunir documentos e analisar a defesa apresentada.
7. Elaborar relatório conclusivo, indicando os elementos que sustentam a conclusão.
8. Decidir de forma fundamentada e, confirmando-se a conduta, aplicar medida proporcional.
9. Registrar a decisão no dossiê funcional e comunicá-la ao envolvido.
10. Encaminhar à instância de integridade os achados que revelem falha de processo, e não apenas conduta individual.

✓ O QUE SUSTENTA A DECISÃO

- › Delimitar o fato por escrito antes de ouvir quem quer que seja.
- › Assegurar ciência e prazo de defesa, sempre.
- › Fundamentar tanto a instauração quanto o arquivamento.
- › Separar a responsabilização individual da correção do processo que a permitiu.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Aplicar medida antes de assegurar o contraditório.
- › Arquivar sem decisão motivada e sem registro.
- › Expor a identidade de quem comunicou quando o canal admite o anonimato.
- › Nomear pessoas em documento de rotina: a apuração corre em peça própria e reservada.

POP-RH-11.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Comunicação recebida, com data, via e conteúdo relatado.
- › Juízo de admissibilidade escrito, com a delimitação do fato.
- › Termo de ciência ao envolvido e defesa apresentada.
- › Oitivas, documentos reunidos e relatório conclusivo.
- › Decisão fundamentada, registrada no dossiê funcional.

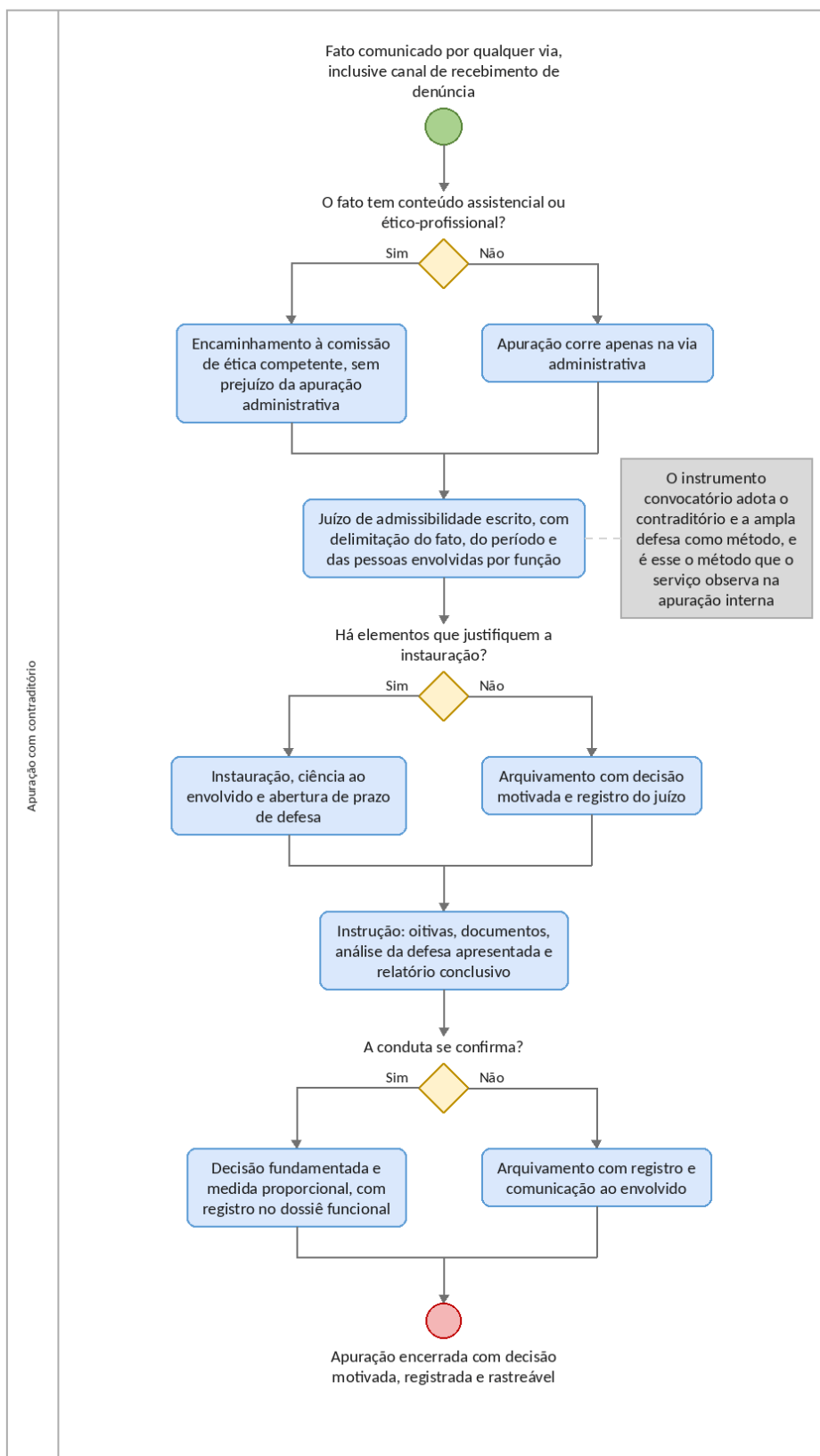
- › Encaminhamento à instância de integridade, quando houver falha de processo.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Contraditório é método	O próprio instrumento convocatório o adota, e o serviço o observa.
Admissibilidade escrita	Delimita fato, período e funções antes da instrução.
Arquivar também se fundamenta	Decisão motivada encerra; silêncio apenas interrompe.
Duas vias	A ético-profissional e a administrativa correm sem se anular.
Da conduta ao processo	O achado que revela falha de processo vai à integridade.

POP-RH-11.5 Fluxograma

O fluxograma da apuração tem três decisões: a natureza do fato, que pode acionar a comissão de ética competente em paralelo; a admissibilidade, que separa a instauração do arquivamento motivado; e a confirmação da conduta ao fim da instrução, que decide entre a medida proporcional e o arquivamento, sempre com registro.

POP-RH-11 — Apuração disciplinar e sindicância



Referência: ANEXO VII, item C.2.5; Termo de Referência HGNI, item 12.35.17; Lei n.º 12.846/2013.

POP-RH-12. Saúde ocupacional: PCMSO, PGR, CIPA e CAT

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-12
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-12.1 Quando usar

- › Na rotina programada dos exames ocupacionais previstos para cada função.
- › Imediatamente, diante de acidente de trabalho ou de suspeita de doença relacionada ao trabalho.
- › Na revisão do inventário de riscos e na apuração de ocorrência pela comissão interna.

POP-RH-12.2 Fundamento

Item 12.4.16 do termo de referência: a contratada deverá implantar e manter Política de Segurança e Saúde Ocupacional, incluindo, no mínimo, o programa de controle médico de saúde ocupacional, o programa de prevenção de riscos ambientais ou instrumento que o substitua, a comissão interna de prevenção de acidentes e demais programas exigidos pela legislação vigente. Item 12.14.3, alínea q, que arrola a comissão interna de prevenção de acidentes entre as instâncias obrigatórias; item 12.4.23, quanto ao fornecimento de equipamentos de proteção individual e coletiva, aos protocolos de segurança para riscos biológicos e ambientais e à dosimetria; item 12.35.2, quanto ao laudo técnico de insalubridade. Normas regulamentadoras 1, 5, 7 e 32, e artigo 22 da Lei n.º 8.213/1991, quanto à comunicação do acidente do trabalho. Seções 9.16 e 9.20 do protocolo.

! O QUE O INSTRUMENTO EXIGE E O QUE A NORMA ACRESCENTA

- › O instrumento nomeia o programa de controle médico, o programa de prevenção de riscos ambientais ou instrumento que o substitua, e a comissão interna de prevenção de acidentes.

! O QUE O INSTRUMENTO EXIGE E O QUE A NORMA ACRESCENTA

- › O instrumento que substituiu o programa de prevenção de riscos ambientais é o programa de gerenciamento de riscos, com o seu inventário de riscos, na forma da norma regulamentadora de disposições gerais.
- › A comunicação do acidente de trabalho tem prazo e forma fixados na legislação previdenciária, e não no instrumento contratual: é mínimo legal, e por isso não depende de previsão contratual para ser devida.
- › Serviço de saúde tem norma regulamentadora própria, com exigências de risco biológico que se somam às gerais.
- › Exame que aponta restrição muda a alocação do colaborador; arquivar o atestado sem tratar a restrição é registro sem consequência.

POP-RH-12.3 Sequência de execução

1. Manter o inventário de riscos da unidade atualizado por posto e por função.
2. Programar os exames ocupacionais conforme o risco identificado para cada função.
3. Realizar os exames admissional, periódico, de mudança de função, de retorno ao trabalho e demissional, conforme a norma aplicável.
4. Arquivar o atestado de saúde ocupacional no dossiê funcional.
5. Diante de acidente ou de suspeita de doença relacionada ao trabalho, prestar o atendimento e emitir a comunicação de acidente de trabalho no prazo legal.
6. Registrar a ocorrência e encaminhá-la à investigação de causa com a comissão interna de prevenção de acidentes.
7. Havendo restrição ou inaptidão apontada em exame, promover a readequação da atividade com a coordenação da área e acompanhar o caso.
8. Revisar o inventário de riscos e o programa correspondente diante do achado.
9. Controlar a entrega e a substituição dos equipamentos de proteção, e a dosimetria dos profissionais expostos à radiação ionizante.
10. Manter o laudo técnico de insalubridade disponível e refletir na folha os adicionais dele decorrentes.

Instrumento	Fonte da exigência	Registro
Programa de controle médico de saúde ocupacional	Item 12.4.16 do termo de referência e norma regulamentadora 7	Atestado de saúde ocupacional por colaborador
Programa de gerenciamento de riscos, com inventário de riscos	Item 12.4.16, como instrumento que substitui o programa de prevenção de riscos ambientais, e norma regulamentadora 1	Inventário de riscos e plano de ação
Comissão interna de prevenção de acidentes	Itens 12.4.16 e 12.14.3, alínea q, e norma regulamentadora 5	Atas de reunião e investigações de ocorrência

Instrumento	Fonte da exigência	Registro
Comunicação de acidente de trabalho	Artigo 22 da Lei n.º 8.213/1991 — mínimo legal, não previsão contratual	Comunicação emitida e comprovante do envio
Equipamentos de proteção e dosimetria	Item 12.4.23 do termo de referência	Recibo de entrega e relatório de dosimetria
Laudo técnico de insalubridade	Item 12.35.2 do termo de referência	Laudo e reflexo dos adicionais na folha

Tabela POP-RH-12.1 — Os instrumentos de saúde ocupacional, a sua fonte e o registro que produzem.

✓ O QUE PROTEGE O TRABALHADOR E A COMPROVAÇÃO

- › Programar o exame pelo risco da função, e não por lista genérica.
- › Emitir a comunicação de acidente no prazo legal, ainda que sem afastamento.
- › Investigar a causa com a comissão interna, e não apenas registrar a ocorrência.
- › Tratar a restrição apontada em exame com readequação acompanhada.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Arquivar exame com restrição sem readequar a atividade.
- › Deixar a investigação de causa sem desdobramento no inventário de riscos.
- › Entregar equipamento de proteção sem registro de recebimento.
- › Tratar a comunicação de acidente como faculdade sujeita a conveniência.

POP-RH-12.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Inventário de riscos por posto e por função, com o plano de ação.
- › Atestados de saúde ocupacional, por colaborador e por tipo de exame.
- › Comunicações de acidente de trabalho emitidas, com o comprovante do envio.
- › Atas e investigações da comissão interna de prevenção de acidentes.
- › Recibos de entrega de equipamentos de proteção e relatórios de dosimetria.
- › Laudo técnico de insalubridade e o reflexo dos adicionais na folha.

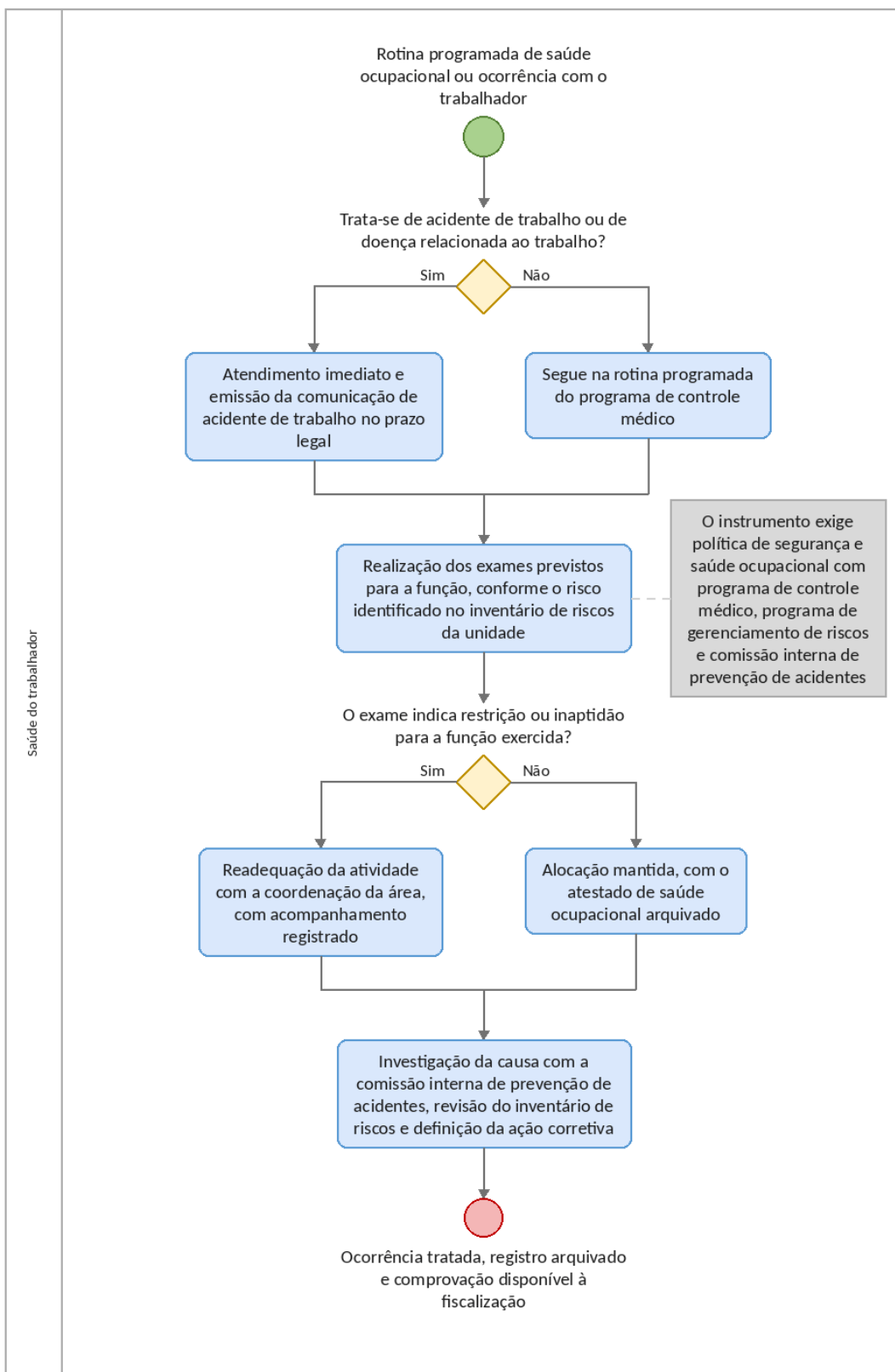
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Três instrumentos nomeados	Controle médico, gerenciamento de riscos e comissão interna.
O substituto tem nome	O programa de gerenciamento de riscos substituiu o de prevenção de riscos ambientais.
Comunicação é mínimo legal	Vem da legislação previdenciária, não do contrato.
Restrição muda alocação	Exame com restrição pede readequação, não arquivamento.
Risco biológico tem norma própria	Serviço de saúde soma exigências específicas às gerais.

POP-RH-12.5 Fluxograma

O fluxograma da saúde ocupacional separa, logo na primeira decisão, o acidente da rotina programada, porque o acidente tem prazo legal próprio de comunicação. A segunda decisão trata do achado de restrição ou inaptidão, que muda a alocação do colaborador em vez de apenas arquivar o exame.

POP-RH-12 — Saúde ocupacional e acidente de trabalho



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.4.16, 12.4.23 e 12.35.2; NR-01, NR-05, NR-07 e NR-32; Lei n.º 8.213/1991, art. 22.

POP-RH-13. Monitoramento de absenteísmo e rotatividade

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RH-13
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 9 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RH-13.1 Quando usar

- › No fechamento de cada período de apuração dos indicadores de pessoal.
- › Quando a rotatividade apurada superar a meta fixada no instrumento.
- › Quando as ausências se concentrarem em um setor, em um posto ou em uma função.

POP-RH-13.2 Fundamento

Quadro 15 do termo de referência, indicador 23: taxa de rotatividade de recursos humanos, apurada pela soma de admissões e desligamentos dividida por dois, multiplicada por cem e dividida pelo número de empregados ativos no cadastro da instituição, com meta inferior a dois por cento. Item 12.4.11, quanto ao cumprimento integral das escalas com plano de contingência e sobreaviso, que é a obrigação que o absenteísmo compromete; item 12.4.15, quanto às ações de valorização dos colaboradores. Seções 9.17 e 9.22 do protocolo.

! O QUE É INDICADOR CONTRATUAL E O QUE É INDICADOR INTERNO

- › A taxa de rotatividade é indicador contratual do Quadro 15, com fórmula e meta fixadas no instrumento: ela é apurada pela fórmula da fonte, sem adaptação.
- › O absenteísmo é acompanhado como indicador interno, porque é ele que explica o comportamento da escala e o acionamento da contingência.
- › O que o instrumento exige quanto à ausência é o cumprimento integral das escalas, com plano de contingência e profissionais de sobreaviso; o indicador interno serve a essa obrigação.
- › Rotatividade lida apenas como percentual não orienta ação. Lida por setor, por função e por motivo do desligamento, ela aponta onde agir.

! O QUE É INDICADOR CONTRATUAL E O QUE É INDICADOR INTERNO

› Ausência concentrada em um posto costuma ser condição de trabalho, e não conduta individual: a análise começa pela coordenação da área e pela saúde ocupacional.

POP-RH-13.3 Sequência de execução

1. Levantar as admissões e os desligamentos da competência e o número de empregados ativos no cadastro.
2. Apurar a taxa de rotatividade pela fórmula do Quadro 15.
3. Apurar as ausências do período por setor, por função e por motivo declarado.
4. Comparar a rotatividade apurada com a meta fixada no instrumento.
5. Estando acima da meta, identificar os desligamentos por setor, por função e por motivo.
6. Identificar setor, posto ou função com ausências concentradas.
7. Levar o achado à análise conjunta com a coordenação da área e com a saúde ocupacional, buscando a causa antes de qualquer medida.
8. Definir o plano de ação, com responsável declarado por função e desfecho registrado para cada causa.
9. Acompanhar a série dos dois indicadores e o efeito das ações adotadas.
10. Levar o resultado à análise periódica com as coordenações e à consolidação da prestação de contas.

Indicador	Origem	Leitura que orienta
Taxa de rotatividade de recursos humanos	Quadro 15, indicador 23 — fórmula e meta do instrumento	Por setor, por função e por motivo do desligamento
Absenteísmo por setor e por função	Interno ao serviço, com a finalidade de sustentar o cumprimento integral das escalas	Por posto e por período, buscando concentração e reiteração
Acionamentos de sobreaviso e de contingência	Interno ao serviço, derivado do item 12.4.11	Por área, distinguindo ausência programada de não programada

Tabela POP-RH-13.1 — Os dois indicadores de pessoal, a sua origem e a leitura que orienta a ação.

✓ O QUE TRANSFORMA O NÚMERO EM AÇÃO

- › Apurar a rotatividade pela fórmula da fonte, sem adaptação.
- › Ler o indicador por setor, por função e por motivo, e não apenas pelo total.
- › Começar a análise da ausência concentrada pela condição de trabalho.
- › Registrar o desfecho de cada causa, e não apenas a abertura do plano.

✕ O QUE NÃO FAZER

- › Adaptar a fórmula contratual para melhorar o resultado apresentado.
- › Tratar ausência concentrada como conduta individual antes de examinar o posto.
- › Apresentar o percentual sem a leitura por setor e por motivo.
- › Abrir plano de ação sem responsável declarado por função.

POP-RH-13.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Apuração mensal da rotatividade, com numerador e denominador identificados.
- › Apuração das ausências por setor, por função e por motivo declarado.
- › Registro dos acionamentos de sobreaviso e de contingência do período.
- › Plano de ação, com responsável por função, causa tratada e desfecho.
- › Série histórica dos dois indicadores, para leitura de tendência.

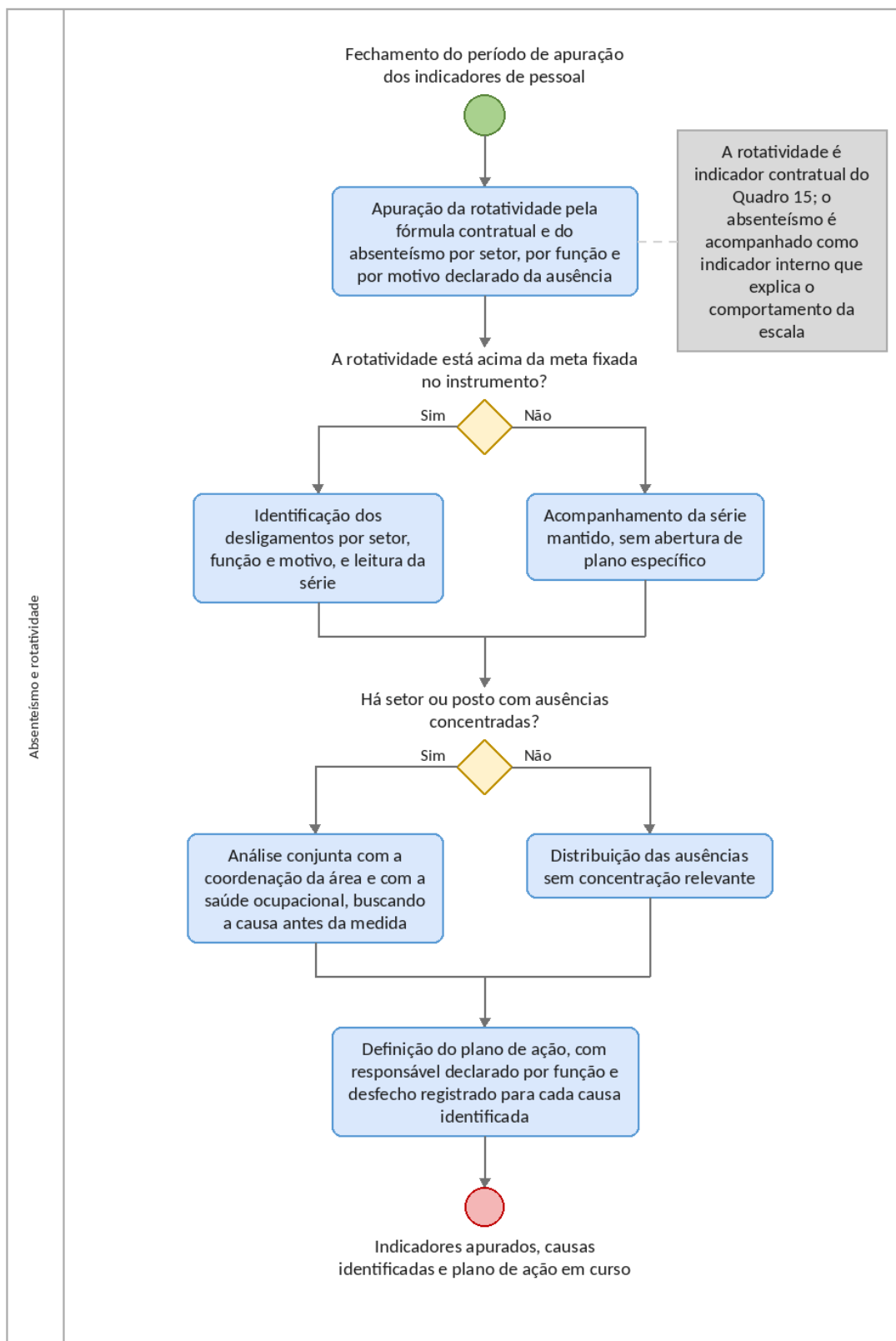
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Rotatividade é contratual	Fórmula e meta vêm do Quadro 15 e não se adaptam.
Absenteísmo é interno	Serve à obrigação de cumprimento integral das escalas.
Ler por motivo	O motivo do desligamento é o que aponta onde agir.
Concentração é sinal	Ausência concentrada em um posto costuma ser condição de trabalho.
Desfecho registrado	Plano sem desfecho registrado não fecha a causa.

POP-RH-13.5 Fluxograma

O fluxograma do monitoramento tem duas decisões independentes: a rotatividade acima da meta contratual, que abre a leitura dos desligamentos por setor, função e motivo, e a concentração de ausências, que leva a análise à coordenação da área e à saúde ocupacional antes de qualquer medida.

POP-RH-13 — Monitoramento de absenteísmo e rotatividade



Referência: Termo de Referência HGNI, Quadro 15, indicador 23; itens 12.4.11 e 12.4.15.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.846, de 1.º de agosto de 2013. Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8036consol.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Artigo 22: comunicação do acidente do trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde — Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 1 — Disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais. Brasília, DF: MTE. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 32 — Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília, DF: MTE. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 5 — Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio. Brasília, DF: MTE. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 7 — Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Brasília, DF: MTE. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 — ANEXO VII: Critérios de Pontuação da Proposta Técnica. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei n.º 7.753, de 17 de outubro de 2017. Dispõe sobre a instituição do Programa de Integridade nas empresas que contratarem com a Administração Pública do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ALERJ, 2017. Disponível em: <https://www.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Tecnologia da Informação e Segurança da Informação

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

10.1 Âmbito e finalidade.....	594
10.2 Base normativa.....	595
10.3 Os sistemas críticos e o que depende de cada um	596
10.4 Concessão, revisão e revogação de acesso e perfis	598
10.5 Certificado digital e assinatura eletrônica no prontuário	598
10.6 Backup, restauração e teste periódico de recuperação	599
10.7 Contingência e continuidade em indisponibilidade de sistema crítico.....	600
10.8 Chamados, níveis de serviço e registro de ocorrências	601
10.9 Integração e envio de bases.....	602
10.10 Proteção de dados: dado sensível, incidente de segurança e direito do titular	603
10.11 Gestão de mudança, homologação e migração de dados	604
10.12 Atribuições e responsabilidades das equipes	605
10.13 Interface com o arquivo clínico, o faturamento e a assistência.....	605
10.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	606
10.15 Tratamento da não conformidade e a falha grave de controle.....	607
10.16 Indicadores e monitoramento.....	608
10.17 Revisão, versão e governança do protocolo	610
10.18 Fluxograma	611

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	615
POP-TI-01 Concessão, revisão e revogação de acesso e perfis	616
POP-TI-02 Certificado digital e assinatura eletrônica no prontuário	621
POP-TI-03 Backup, restauração e teste periódico de recuperação	626
POP-TI-04 Contingência em indisponibilidade de sistema crítico	631
POP-TI-05 Chamados, níveis de serviço e registro de ocorrências	636
POP-TI-06 Integração e envio de bases.....	641
POP-TI-07 Tratamento de dado sensível, incidente e resposta ao titular.....	646
POP-TI-08 Gestão de mudança, homologação e migração de dados.....	651
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	655

Protocolo 10. Tecnologia da Informação e Segurança da Informação

10.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade mantém disponíveis os sistemas de que o cuidado depende, como protege o dado pessoal do paciente que neles transita e como integra as suas bases às da administração municipal e aos sistemas oficiais de informação. Ele governa o percurso que vai da concessão de um acesso à apuração mensal do resultado das atividades de tecnologia da informação, passando pela contingência da indisponibilidade, pelo tratamento do incidente de segurança e pela evidência que demonstra que a integração existe. Alcança todos os sistemas que sustentam serviço assistencial ou administrativo da unidade e todas as funções que os operam.

A finalidade merece ser dita com precisão, porque dela decorre a forma do documento. A tecnologia da informação, aqui, não é área de apoio que se mede por chamados atendidos: é a infraestrutura sobre a qual repousam o prontuário, a prescrição, a dispensação, o laudo, o controle de estoque e a própria demonstração da produção contratada. Sistema indisponível suspende registro assistencial; base não integrada suprime a possibilidade de conferência pela Secretaria; acesso concedido sem critério expõe dado pessoal sensível. As três consequências são de natureza distinta, e o protocolo trata cada uma no seu lugar.

Três premissas organizam o conjunto. A primeira é que a exigência de tecnologia da informação, neste contrato, é expressa e detalhada: o instrumento contratual relaciona os serviços que o sistema de gestão deve contemplar, os requisitos do prontuário eletrônico, a redundância da rede e o instrumento pelo qual o desempenho da área é medido e eventualmente glosado. A segunda é que a evidência é parte da obrigação, e não consequência dela: integração declarada e não conciliada equivale, para efeito de fiscalização, a integração inexistente. A terceira é que o dado que circula nesses sistemas é dado pessoal sensível, e o seu tratamento observa a legislação de proteção de dados por determinação contratual expressa, além do sigilo profissional que já o protegia.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de tecnologia e segurança da informação observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de

desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

10.2 Base normativa

O protocolo se apoia em quatro camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que enumera os serviços do sistema de gestão, os requisitos do prontuário eletrônico, a redundância da rede, a integração das bases e o modo de medir o resultado das atividades de tecnologia da informação. A segunda é a da legislação de proteção de dados e de documentação eletrônica em saúde. A terceira é a da regulação profissional, que define o prontuário e as condições do seu suporte informatizado. A quarta é a das especificações técnicas de certificação adotadas pelo próprio instrumento contratual.

Na camada contratual, o item 12.32 concentra as obrigações da área. O item 12.32.1 relaciona os serviços que o sistema de gestão contempla, adequado ao perfil assistencial do hospital. Os itens 12.32.4.1 a 12.32.4.7 fixam os requisitos do sistema de gestão e do prontuário eletrônico, entre eles a geração da informação necessária ao acompanhamento dos indicadores do contrato de gestão, a interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria, a integração ao barramento do Cartão Nacional de Saúde, o alerta para agravos de notificação compulsória a partir da ativação de código diagnóstico, a documentação de resumo de alta e o atendimento das especificações do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, nos Níveis de Garantia de Segurança 1 e 2. Os itens 12.32.6, 12.32.7, 12.32.10 e 12.32.11 tratam dos sistemas de imagem, do acesso irrestrito e em tempo real da Secretaria, da manutenção dos componentes de informática e da rede redundante de transmissão de dados. O item 12.32.16 impõe o prontuário eletrônico com assinatura por certificado digital.

Ainda na camada contratual, três blocos governam o que o protocolo mede e o que ele considera falta grave. Os itens 12.32.17 a 12.32.19, com o Quadro 03, instituem o instrumento de medição de resultados das atividades de tecnologia da informação, a planilha de controle das ocorrências e as faixas de ajuste no pagamento. Os itens 12.32.20 a 12.32.22 impõem a integração do sistema da farmácia e do almoxarifado ao sistema de logística utilizado pela empresa contratada pela Secretaria, no prazo máximo de dois meses contados do início da execução contratual, e

caracterizam a sua ausência como falha grave de controle. Os itens 12.32.23 a 12.32.26 exigem o registro, o controle e a rastreabilidade por lote e prazo de validade em todas as etapas de movimentação, sob a mesma caracterização. E o item 12.35.24 determina que todo o tratamento de dados pessoais e sensíveis dos usuários observe rigorosamente a Lei n.º 13.709, de 2018, com protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso, sob pena de responsabilidade administrativa e civil.

Na camada legal, a Lei n.º 13.709, de 2018, qualifica o dado referente à saúde como dado pessoal sensível, admite o seu tratamento para tutela da saúde em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária, assegura ao titular os direitos que enumera, impõe medidas de segurança aptas a proteger os dados e disciplina a comunicação de incidente de segurança. A Lei n.º 13.787, de 2018, disciplina a digitalização e o armazenamento eletrônico do prontuário, e é a ela que o instrumento contratual remete ao exigir a assinatura por certificado digital. A Lei n.º 12.527, de 2011, referida no item 12.2.18, firma que a publicidade é a regra e o sigilo a exceção — regra cuja aplicação ao dado de paciente se dá exatamente pela exceção. Na camada da regulação profissional, a Resolução CFM n.º 1.638, de 2002, define o prontuário, e a Resolução CFM n.º 1.821, de 2007, aprova as normas técnicas da digitalização e do uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio dos documentos do prontuário.

Uma precisão merece registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. O instrumento contratual trata de cópia de segurança em um único ponto: o item 12.21.3, que impõe manter o armazenamento e a guarda dos exames de tomografia computadorizada e de raio-x e dos seus backups, nas regras da Resolução CFM n.º 1.821, de 2007, e do Parecer CFM n.º 10, de 2009. Não há, no termo de referência, dispositivo que fixe periodicidade, retenção ou método de cópia de segurança para as demais bases. O item 12.32.15, que às vezes se invoca para esse fim, trata de matéria diversa — migração de dados, importação e exportação para outros sistemas de registro eletrônico em saúde, com controle adequado de verificação de integridade do banco de dados. A rotina geral de cópia e de teste de restauração descrita na seção 10.6 é, portanto, prática de organização do trabalho adotada pelo serviço, cujo piso normativo são as medidas de segurança exigidas pela legislação de proteção de dados e os requisitos de integridade do registro eletrônico em saúde. Registrar a distinção é mais seguro do que forçar a âncora, porque citação que não sustenta o que se afirma é verificável e, por isso, pior do que citação nenhuma.

10.3 Os sistemas críticos e o que depende de cada um

O instrumento contratual define, e não deixa ao arbítrio da contratada, quais serviços o sistema de gestão deve contemplar. O item 12.32.1 determina operacionalizar, no início das atividades assistenciais, serviços de informática com sistema de gestão adequado ao perfil assistencial do hospital, e destaca dez itens. Essa enumeração é a lista de sistemas críticos do protocolo: crítico, aqui, é o sistema cuja indisponibilidade interrompe ou degrada serviço assistencial ou suprime a capacidade de demonstrar o que foi feito.

Alínea	Serviço que o sistema de gestão contempla, conforme o item 12.32.1
--------	--

Alínea	Serviço que o sistema de gestão contempla, conforme o item 12.32.1
a	Controle das consultas, classificação de risco e ordem de atendimento
b	Registro eletrônico do prontuário, admissão e alta do usuário
c	Prescrição médica
d	Dispensação de medicamentos
e	Emissão dos laudos dos exames
f	Solicitação, controle e dispensação de insumos
g	Controle de estoques, no almoxarifado e na farmácia
h	Banco de dados de recursos humanos
i	Unidade de Terapia Intensiva
j	Serviços de apoio e relatórios gerenciais

Tabela 10.1 — Os dez serviços que o sistema de gestão contempla, na enumeração do item 12.32.1 do instrumento contratual.

A criticidade dos dez não é idêntica, e tratá-los como iguais é o erro que faz a contingência chegar tarde onde ela é urgente. O registro eletrônico do prontuário, a prescrição e a dispensação sustentam o ato assistencial em curso: a sua indisponibilidade produz efeito no mesmo minuto, e é para eles que o formulário de contingência precisa estar pronto e acessível nos pontos assistenciais. A classificação de risco e a ordem de atendimento governam a fila da porta, e a sua parada desorganiza o acolhimento antes de atingir o cuidado. O controle de estoques e a solicitação de insumos sustentam a cadeia logística, e a sua parada tem efeito diferido, mas alcança a rastreabilidade por lote e validade que o instrumento contratual exige em todas as etapas de movimentação.

Aos dez serviços somam-se os sistemas que o instrumento contratual trata em dispositivo próprio e que integram o mesmo conjunto crítico. O item 12.32.6 determina implantar, operar e manter os sistemas de gerenciamento, arquivamento e distribuição de imagem e o sistema de informação da radiologia, com programas, equipamentos e recursos humanos. O item 12.32.14 exige um sistema de informação web que realize as rotinas de cálculo automático dos indicadores de desempenho e estratégicos, com acesso remoto da Secretaria e da organização social, visualização em interface customizável, relatórios e gráficos em qualquer base de tempo, banco de dados dos indicadores disponibilizado à Secretaria, acesso por usuário e senha com diferentes permissões e integração com a ferramenta de análise de dados utilizada pela Secretaria. E o item 12.32.5 determina que o sistema de ordenamento de atendimento padronize as telas de chamamento, alternadas com programação de tema saúde aprovada ou disponibilizada pela assessoria de comunicação da Secretaria.

A leitura conjunta desses dispositivos produz uma consequência prática que o protocolo adota como regra de organização: cada sistema crítico tem uma função responsável nomeada, um caminho de acionamento conhecido pelos setores usuários e um modo de operar enquanto ele estiver fora. O que distingue um serviço de tecnologia da informação maduro de um serviço reativo é justamente isto — a resposta à indisponibilidade estar escrita antes de a indisponibilidade acontecer, porque é no momento em que ela acontece que ninguém tem tempo

para desenhá-la. O item 12.32.7, que assegura à Secretaria o acesso irrestrito e em tempo real ao sistema informatizado, inclusive aos sistemas de informações assistenciais, reforça essa exigência: o que está fora do ar está fora do ar também para quem fiscaliza.

10.4 Concessão, revisão e revogação de acesso e perfis

O acesso é o primeiro controle de segurança da informação e o mais frequentemente negligenciado, porque a sua falha só aparece quando já produziu efeito. O princípio adotado é o de que se concede o menor conjunto de dados necessário ao exercício da função, por perfil previamente definido, mediante credencial nominal e intransferível. O fundamento é contratual antes de ser técnico: o item 12.35.24 determina que o tratamento de dados pessoais e sensíveis dos usuários se faça com implementação de protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso, sob pena de responsabilidade administrativa e civil, e os itens 12.2.7, alínea d, e 12.23.4, alínea d, inscrevem o sigilo e a proteção dos dados dos usuários entre as garantias que a execução das ações assistenciais deve assegurar.

A concessão tem quatro condições cumulativas: solicitação formal da chefia do setor, com a função exercida e o perfil pretendido; vínculo confirmado com a gestão de pessoas e registro profissional conferido quando a função o exigir; termo de responsabilidade e sigilo assinado pelo próprio usuário; e escolha do perfil entre os perfis existentes. A última condição costuma ser tratada como formalidade e é a que mais importa no médio prazo: perfil desenhado caso a caso multiplica-se em variantes que ninguém consegue auditar, e torna impossível responder à pergunta que a fiscalização faz, que é quantas pessoas enxergam determinado conjunto de dados e por quê.

A revisão e a revogação são o ponto de falha característico, e a razão é conhecida: a concessão tem quem a peça, e a revogação tem apenas quem dela se lembre. Por isso a revogação é tratada como parte da movimentação de pessoal, e não como tarefa da área de tecnologia da informação: desligamento, afastamento prolongado, mudança de setor, término de contrato de prestador ou de programa de residência chegam ao serviço tão logo sejam conhecidos, e o ajuste do acesso ocorre na mesma oportunidade. A essa rotina soma-se a conferência periódica, definida pelo serviço, entre a base de usuários ativos e a relação de vínculos vigentes, cuja finalidade é corrigir tempestivamente o que a comunicação de movimentação deixou passar. Cada divergência encontrada é tratada e registrada, e a série das divergências é o que revela se o problema é pontual ou estrutural.

Uma distinção precisa ser feita para que a citação do dispositivo permaneça exata. O item 12.32.14, alínea e, dispõe sobre o sistema de informação web de indicadores de desempenho: o acesso a ele se dá por usuário e senha, os usuários podem ter diferentes permissões e a gestão desses acessos é feita pela Secretaria. O dispositivo governa aquele sistema, e não o controle de acesso aos sistemas assistenciais da unidade, que decorre do item 12.35.24 e da legislação de proteção de dados. A consequência prática é dupla: as solicitações relativas ao sistema de indicadores são encaminhadas à Secretaria, a quem cabe decidi-las; e o regime interno de perfis é desenhado pelo serviço, com fundamento próprio, sem se apoiar em dispositivo que trata de outro objeto.

10.5 Certificado digital e assinatura eletrônica no prontuário

O item 12.32.16 do instrumento contratual determina implantar o prontuário eletrônico do paciente com assinatura por meio de certificado digital dos profissionais médicos, de enfermagem e da equipe multiprofissional, conforme descrito na Lei n.º 13.787, de 2018, que cria regras para a digitalização, a utilização e o armazenamento eletrônico de prontuários. O mesmo dispositivo acrescenta que, em relação à certificação digital, deve ser observado o fluxo previamente definido para solicitação de verba de investimento — detalhe que o protocolo registra porque define o caminho pelo qual a aquisição se processa, quando ela for necessária.

A assinatura por certificado digital resolve, de uma só vez, três problemas que a senha isoladamente deixa em aberto. O primeiro é a autoria: o documento fica vinculado de forma inequívoca ao profissional identificado, e não apenas à credencial que estava aberta na estação. O segundo é a integridade: qualquer alteração posterior ao fechamento do documento passa a ser detectável, o que é precisamente o que a Resolução CFM n.º 1.821, de 2007, exige do suporte informatizado do prontuário. O terceiro é a tempestividade: a assinatura incorpora a data e a hora em que o registro se encerrou, e é essa marca que sustenta a cronologia do prontuário perante auditoria e perante o próprio paciente.

A gestão dos certificados é rotina permanente e tem três frentes. A primeira é a habilitação: identificar o profissional que passará a produzir documento assinável, confirmar o registro no conselho, vincular o certificado à credencial nominal e testar a assinatura em ambiente de homologação antes de liberar o uso em produção. A segunda é o acompanhamento da validade, com comunicação ao profissional e à chefia antes do vencimento — certificado vencido interrompe o fechamento de documento clínico e produz, em poucas horas, um passivo de registros pendentes. A terceira é o tratamento da falha, que segue o caminho do chamado e distingue a causa entre certificado, estação e sistema, porque as três providências são diferentes.

Duas cautelas fecham a seção. A primeira: a mídia do certificado e o seu meio de ativação são pessoais e intransferíveis, e mantê-los conectados e desbloqueados em estação de uso comum anula tudo o que a assinatura deveria assegurar. A segunda: o sistema que recebe a assinatura também está sujeito a requisito próprio, pois o item 12.32.4.7 exige o atendimento das especificações do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde e do Conselho Federal de Medicina, cumprindo os requisitos dos Níveis de Garantia de Segurança 1 e 2. A conformidade do sistema é, portanto, matéria de contrato com o fornecedor, e é acompanhada como tal.

10.6 Backup, restauração e teste periódico de recuperação

A cópia de segurança é o controle que separa a perda recuperável da perda definitiva, e a sua eficácia se mede por um único critério: a capacidade demonstrada de restaurar. Relatório de execução bem-sucedida demonstra atividade; teste de restauração demonstra capacidade. É por isso que este protocolo trata o teste como parte da rotina, e não como verificação eventual — a organização que descobre no dia do incidente que a sua cópia estava incompleta perdeu duas vezes, porque perdeu o dado e perdeu o tempo que gastou acreditando que o tinha.

O desenho adotado assenta em quatro decisões. A primeira é a identificação dos conjuntos de dados abrangidos, por sistema crítico, e do ponto de recuperação pretendido para cada um, porque nem todos os sistemas admitem a mesma janela de perda. A segunda é a verificação de integridade ao término de cada execução, registrada, de modo que a falha apareça na execução em que ocorreu e não meses depois. A terceira é a guarda em suporte e local distintos dos da base de produção, sob o mesmo controle de acesso por perfil aplicado à base de origem — a cópia guarda dado pessoal sensível e recebe a mesma proteção. A quarta é o teste periódico de restauração em ambiente segregado do de produção, para que a verificação não crie o risco que pretende afastar.

O fundamento normativo exige a distinção que a seção 10.2 já anunciou, e que aqui se detalha. O instrumento contratual impõe expressamente a guarda dos exames de tomografia computadorizada e de raio-x e dos seus backups, no item 12.21.3, atendendo integralmente às regras da Resolução CFM n.º 1.821, de 2007, e do Parecer CFM n.º 10, de 2009; e acrescenta que, ao encerramento do contrato, motivada ou imotivadamente, todos os exames e resultados, bem como os seus arquivos físicos e eletrônicos, sejam transferidos à contratante, sem restrições à leitura ou ao acesso e sem ônus adicional. Para as demais bases, o piso normativo é outro: as medidas de segurança aptas a proteger os dados pessoais de perda, alteração ou acesso não autorizado, exigidas pela legislação de proteção de dados e reafirmadas pelo item 12.35.24, e o controle adequado de verificação de integridade do banco de dados referido no item 12.32.15. A rotina de cópia é definida pelo serviço, com essa finalidade declarada, e não por periodicidade que este documento institua como obrigação contratual nova.

A restauração em produção tem regime próprio, porque é operação de risco. Executa-se mediante autorização registrada da coordenação do serviço, documentando o que foi recuperado, a partir de que ponto no tempo e qual o estado resultante da base. Sem esse registro, a reconstituição do que aconteceu depois do evento torna-se impossível, e o que era um incidente delimitado transforma-se em dúvida permanente sobre a confiabilidade do conjunto. O resultado dos testes e das restaurações é levado à análise periódica do serviço, com a finalidade de corrigir tempestivamente o que a série revelar.

10.7 Contingência e continuidade em indisponibilidade de sistema crítico

O cuidado prossegue quando o sistema para, e o registro do cuidado também precisa prosseguir. A contingência, por isso, tem duas dimensões que o protocolo trata em conjunto sem confundir: a técnica, que é restabelecer o serviço, e a assistencial, que é manter o registro sendo produzido enquanto o serviço estiver fora. Plano de contingência que trate apenas do restabelecimento deixa sem resposta a pergunta que importa ao prontuário, que é o destino do que foi registrado durante a indisponibilidade.

A prevenção está estruturada no próprio instrumento contratual. O item 12.32.11 determina disponibilizar rede para transmissão de dados redundante como plano de contingência e alta disponibilidade, e vai além ao fixar a condição que torna a redundância efetiva: os serviços devem ser necessariamente fornecidos por empresas diferentes, assegurando que não existam pontos únicos de falha. O item 12.32.10 atribui à contratada a responsabilidade pela implantação e manutenção dos sistemas de transmissão de dados e dos componentes de informática

adequados para operar o prontuário eletrônico e os demais sistemas de registro da unidade. Os dois dispositivos, lidos juntos, deslocam a contingência do plano da boa prática para o da obrigação contratual.

A operação em contingência assenta em um princípio que precisa ser dito com todas as letras: o registro produzido em formulário durante a indisponibilidade é prontuário, com o mesmo valor e as mesmas exigências de identificação do usuário, de identificação do profissional e de assinatura. Não é rascunho a ser reescrito depois. Os formulários de contingência são mantidos prontos e acessíveis nos pontos assistenciais, para que a transição não dependa de improviso justamente no momento em que ninguém tem tempo para improvisar. E o controle nominal dos episódios em curso durante a indisponibilidade é aberto desde a primeira hora, em conjunto com o arquivo clínico, porque sem ele a conferência posterior da reconciliação vira estimativa.

O percurso da ocorrência tem começo, meio e fim registrados. Registra-se a hora de início antes de qualquer providência técnica, porque sem ela a duração e o alcance passam a ser reconstruídos de memória. Determina-se se a causa está no enlace, no sistema ou na estação, porque a providência é distinta em cada caso e só a primeira aciona a comutação para a rede redundante. Comunicam-se as chefias dos setores atingidos, para que a operação em formulário comece de imediato. Restabelecido o serviço, acompanha-se a reconciliação do que foi registrado em contingência, com identificação expressa do período em cada lançamento incorporado, e confere-se a retomada dos envios e das integrações que ficaram pendentes. A ocorrência encerra com início, término, setores atingidos, volume de episódios e desfecho, e é qualificada na planilha de controle de que trata a seção 10.8. A execução detalhada desta seção está no procedimento próprio, e a contingência do prontuário sob a ótica do acervo documental é tratada no protocolo do arquivo clínico.

10.8 Chamados, níveis de serviço e registro de ocorrências

O registro do chamado é o instrumento pelo qual a área de tecnologia da informação deixa de ser invisível. Ele cumpre três funções simultâneas: organiza a fila de atendimento por prioridade declarada, produz a evidência do que foi pedido e do que foi feito, e alimenta a apuração mensal do resultado das atividades contratadas. A regra prática que sustenta as três é uma só: o chamado se registra no momento em que a demanda é recebida, com solicitante, setor e descrição do que falhou ou do que se pede. Atendimento prestado por contato informal e registrado depois, por memória, produz série que não se sustenta quando questionada.

A prioridade decorre do alcance sobre o serviço assistencial, e não da posição de quem pede. Falha que interrompe prescrição, dispensação ou registro de prontuário precede falha que atinge função administrativa; falha que alcança uma unidade inteira precede falha restrita a uma estação. O critério aplicado a cada chamado é registrado junto com a classificação, porque é ele que permite explicar, depois, por que determinado atendimento esperou. Chamado que caracterize indisponibilidade de sistema crítico é encaminhado à contingência tratada na seção 10.7 e permanece vinculado à ocorrência correspondente, para que o mesmo evento não seja contado duas vezes nem deixe de ser contado.

Sobre níveis de serviço, cabe uma precisão de fidelidade ao instrumento contratual. O termo de referência mede o desempenho das atividades de tecnologia da informação pelo instrumento de

medição de resultados, que opera por quantidade de ocorrências apuradas no mês e não por tempo de resposta a chamado. Os itens 12.32.17 a 12.32.19 estabelecem que esse instrumento é feito mensalmente pela Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão, a partir do início da execução, através do acompanhamento da fiscalização, para calcular os cumprimentos das obrigações e as ocorrências identificadas no período quanto às atividades contratadas de tecnologia da informação. Por isso este protocolo se abstém de fixar prazos de atendimento por classe de chamado: os parâmetros aplicáveis são os do instrumento contratual, e prazo interno criado aqui passaria a vincular a execução sem que o edital o exigisse.

O que o instrumento contratual exige do registro está no item 12.32.18 e é preciso: as ocorrências identificadas são documentadas em planilha de controle com a quantificação e a qualificação das ocorrências de cada mês, deixando explícito o atendimento ou não do instrumento de medição e justificando as possíveis glosas ocorridas no mês analisado. O item 12.32.19 acrescenta que o número de ocorrências no mês reflete o percentual de atingimento da meta ou a glosa pelo não atingimento. A consequência operacional é direta: contar ocorrências sem qualificá-las por tipo empobrece a defesa, porque a faixa progride pela quantidade, mas a discussão sobre o enquadramento de cada evento se faz pela qualificação. E os itens 12.32.2 e 12.32.3 completam o rito: verificando-se ocorrências, a organização social recebe notificação da Secretaria para apresentar justificativas, que são analisadas pela área técnica; recusadas, a equipe de tecnologia da informação produz parecer técnico que respalda os fiscais quanto às penalidades cabíveis.

10.9 Integração e envio de bases

A integração é, neste contrato, a obrigação de tecnologia da informação com a consequência mais severa declarada em texto expresso. O item 12.32.20 determina integrar o sistema informatizado utilizado na farmácia e no almoxarifado da unidade ao sistema de logística utilizado pela empresa contratada pela Secretaria Municipal de Saúde, ou a qualquer outro que venha a ser adotado oficialmente, garantindo a compatibilidade, o compartilhamento e a conciliação das informações. O item 12.32.21 fixa o prazo: a integração sistêmica deve ser implementada no prazo máximo de dois meses a contar do início da execução contratual, isto é, da assinatura do contrato de gestão. E o item 12.32.22 caracteriza como falha grave de controle a ausência de integração no prazo estabelecido ou a manutenção de soluções que impeçam ou dificultem o acompanhamento, a conferência e a fiscalização das informações pela Secretaria, sujeitando a organização social às medidas administrativas cabíveis.

A segunda parte dessa caracterização merece atenção porque é a menos evidente. Não basta que a integração exista: ela precisa produzir informação acompanhável, conferível e fiscalizável. Solução que transporta dados mas entrega ao fiscal um conjunto que ele não consegue conferir contra a origem cai na hipótese do dispositivo tanto quanto a ausência de integração. Daí a regra que este protocolo adota: cada ciclo de integração ou de envio produz três evidências — o registro do envio, o protocolo de recebimento e o relatório de conciliação pela chave definida. As três, juntas, é que demonstram que a informação chegou íntegra e consultável. Integração declarada e não conciliada equivale, para efeito de fiscalização, a integração inexistente.

O conteúdo que a integração transporta também é matéria de dispositivo. Os itens 12.32.23 a 12.32.25 exigem que o sistema utilizado no controle da farmácia e do almoxarifado permita o registro, o controle e a rastreabilidade dos medicamentos e materiais hospitalares por número de lote e prazo de validade em todas as etapas de movimentação; que essas informações sejam registradas na entrada e mantidas vinculadas a todas as movimentações subsequentes, incluindo saídas, transferências internas, devoluções, empréstimos autorizados, ajustes de estoque e dispensação; e que os registros permitam consulta, rastreamento e relatórios que identifiquem de forma clara e individualizada os lotes e prazos de validade dos itens em estoque ou já movimentados. O item 12.32.26 caracteriza como falha grave de controle a ausência dessa funcionalidade e a utilização de sistema que não assegure a integridade, a confiabilidade e a rastreabilidade dessas informações.

Ao lado da integração logística, o protocolo trata os demais envios sob a mesma lógica de evidência. O item 12.30.2 determina fornecer os relatórios, documentos e informações previstos de forma a permitir a sua integração em bancos de dados, em base eletrônica, conforme padrão determinado pela Secretaria através do seu Setor de Tecnologia — o padrão é, portanto, da administração municipal, e é com ela que se acorda o formato, o meio e a chave de conciliação. O item 12.32.14, alínea f, exige a integração com a ferramenta de análise de dados utilizada pela Secretaria. Os itens 12.32.4.2, 12.32.4.3, 12.32.8 e 12.32.9 impõem a interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria, a manutenção do cadastro nacional de estabelecimentos atualizado, a possibilidade de integração ao barramento do Cartão Nacional de Saúde e a alimentação dos sistemas de informação com dados completos dos serviços prestados, de forma a evitar glosas do sistema nacional de auditoria. E o item 12.32.13 adverte que a alimentação contínua dos sistemas indicados pela Secretaria é condição de apuração da produção e de comprovação do alcance das metas contratadas — o que liga esta seção diretamente ao protocolo de faturamento e informação em saúde, cujo item 31.2 fixa o prontuário eletrônico como fonte dos registros de entradas e saídas.

10.10 Proteção de dados: dado sensível, incidente de segurança e direito do titular

O dado que circula nos sistemas da unidade é, na maior parte, dado pessoal sensível. A Lei n.º 13.709, de 2018, qualifica assim o dado referente à saúde, e essa qualificação tem consequências concretas: o tratamento exige base legal específica, as medidas de segurança são exigidas em grau compatível com o risco, e o incidente que o alcance tem regime próprio de comunicação. O instrumento contratual não deixa a matéria à disciplina geral: o item 12.35.24 determina que todo o tratamento de dados pessoais e de dados pessoais sensíveis dos usuários, realizado em meio físico ou digital, observe rigorosamente aquela lei, implementando protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso, sob pena de responsabilidade administrativa e civil.

A base legal do tratamento assistencial é conhecida e convém enunciá-la, porque a sua ignorância produz tanto o excesso de zelo quanto a omissão. O tratamento de dado pessoal sensível para tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária, dispensa o consentimento do titular — o que significa que a assistência prossegue sem que se peça autorização para cada registro. Isso distingue o tratamento assistencial de outras finalidades, como o compartilhamento com terceiros ou o uso

secundário, que exigem exame próprio. E, em qualquer hipótese, o sigilo profissional que já protegia o prontuário permanece: a proteção de dados soma-se a ele, e não o substitui.

O incidente de segurança tem sequência definida, e o que a organiza é a ordem das providências. Primeiro conter, interrompendo o acesso indevido e preservando o estado do ambiente. Depois preservar e coletar a evidência — registros de acesso, credenciais envolvidas, horários e volume alcançado —, porque ela se perde quando o ambiente é reconstruído antes da coleta, e a pressa em normalizar é o inimigo mais comum da apuração. Em seguida delimitar: quais titulares, quais categorias de dados, por quanto tempo e a partir de que origem. Só então avaliar, com o encarregado pelo tratamento de dados pessoais, se do incidente pode resultar risco ou dano relevante aos titulares, que é o critério legal da comunicação à autoridade nacional e ao próprio titular. Por fim, corrigir a causa na origem — perfil indevido, credencial compartilhada, falha de configuração ou de processo —, e não apenas o efeito.

Os direitos do titular completam a seção e têm porta de entrada declarada. A requisição é registrada, o requerente é identificado e a resposta observa o prazo legal, o sigilo do prontuário e as hipóteses legais de restrição. Pedido de terceiro, de autoridade ou de órgão de controle que alcance dado de paciente é submetido à análise do encarregado antes de qualquer fornecimento, porque a base legal do compartilhamento é distinta da base legal do tratamento assistencial. O item 12.2.18 impõe observar integralmente as normas de transparência e acesso à informação, em que a publicidade é a regra e o sigilo a exceção, e é dentro desse regime que o protocolo opera. O dado de paciente está entre as exceções, e o que se publica sobre a produção assistencial é o dado agregado, que informa sem identificar.

10.11 Gestão de mudança, homologação e migração de dados

Mudança em sistema crítico é a origem mais frequente de indisponibilidade não planejada, e a razão é banal: a mudança é decidida por quem conhece o componente alterado e produz efeito sobre quem depende dele. Por isso o protocolo trata a mudança como processo com travas declaradas, e não como tarefa técnica. As travas são quatro: o registro da mudança pretendida, com o que muda, por que muda e o que ela alcança; a homologação em ambiente distinto do de produção, com aceite registrado da área usuária; o ponto de retorno definido, com cópia de segurança verificada antes da execução; e a comunicação prévia aos setores atingidos, com a janela e o efeito esperado.

A verificação posterior é a trava que se costuma esquecer e a que mais custa quando falta. Concluída a mudança, confere-se a integridade do banco de dados e o funcionamento das integrações e dos envios em curso, porque integração quebra em silêncio: o sistema continua respondendo, o usuário continua trabalhando, e a informação simplesmente deixa de chegar ao destino. Quando a divergência aparece na conciliação do ciclo seguinte, já se perdeu o vínculo entre a causa e o efeito. Diante de resultado adverso, aciona-se o ponto de retorno e registram-se a decisão, a causa e o estado resultante — mudança executada sem ponto de retorno transforma erro reversível em indisponibilidade prolongada.

A migração de dados tem fundamento contratual expresso e alcance que ultrapassa a operação corrente. O item 12.32.15 determina que a empresa de prontuário eletrônico contratada disponibilize solução para permitir a migração de dados, a importação e a exportação para

outros sistemas de registro eletrônico em saúde, com o controle adequado de verificação de integridade do banco de dados e a documentação necessária para fins de interoperabilidade ou transição de sistemas no término do contrato. O dispositivo cuida, portanto, de dois momentos: a interoperabilidade durante a execução e a transição ao final dela. A ele soma-se o item 12.21.3, que determina, ao encerramento do contrato, motivada ou imotivadamente, a transferência à contratante de todos os exames e resultados e dos seus arquivos físicos e eletrônicos, sem quaisquer restrições à leitura ou ao acesso e sem nenhum ônus adicional.

A consequência prática dessas duas exigências é que a saída do contrato se prepara desde a entrada. Formato de exportação, documentação de estrutura de dados e capacidade de verificação de integridade são requisitos a acordar com o fornecedor no momento da contratação, e não a descobrir no último trimestre de vigência. O protocolo adota, por isso, o princípio de que nenhum conjunto de dados entra em produção sem que se saiba como ele sairá — princípio que protege tanto a continuidade do cuidado quanto a administração municipal, a quem o acervo pertence.

10.12 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da separação entre quem opera e quem verifica: quem concede acesso não é quem audita a base de usuários, e quem executa a mudança não é quem homologa o seu resultado perante a área usuária. Essa separação não desconfia de ninguém — apenas reconhece que a verificação por olhos diferentes é o controle mais barato e mais eficaz que existe contra o erro involuntário, e que em segurança da informação o erro involuntário responde pela maior parte dos incidentes.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Coordenação do serviço de tecnologia da informação	Responde pela disponibilidade dos sistemas críticos, pela priorização dos chamados, pela consolidação da planilha de ocorrências e pela análise periódica dos indicadores com as áreas usuárias
Responsável pela segurança da informação	Mantém o regime de perfis, concede, revisa e revoga acessos, conduz a conferência entre usuários ativos e vínculos vigentes e conduz a contenção do incidente
Encarregado pelo tratamento de dados pessoais	Avalia a base legal do tratamento e do compartilhamento, decide sobre a comunicação de incidente e responde às requisições dos titulares
Responsável pelo prontuário eletrônico	Acompanha o contrato com o fornecedor quanto aos requisitos do sistema, à certificação digital, à migração de dados e à documentação de interoperabilidade
Responsável pela integração e pelo envio de bases	Executa os ciclos de envio, guarda o comprovante e o protocolo, concilia o enviado com o recebido e trata a divergência com a sua causa
Chefias dos setores usuários	Solicitam e justificam o acesso da sua equipe, comunicam movimentação de pessoal, acionam o chamado e mantêm a operação em formulário de contingência
Direção técnica e direção administrativa	Validam o que toca o registro assistencial e a prestação de contas, e respondem perante a fiscalização do contrato de gestão pela apuração mensal do resultado

Tabela 10.2 — As sete funções que respondem pela tecnologia da informação e pela segurança da informação, e o que cabe a cada uma.

O que fica fora de qualquer delegação: a concessão de acesso sem solicitação formal e sem registro; a execução de mudança em produção sem homologação e sem ponto de retorno; o fornecimento de dado de paciente a terceiro sem análise prévia da base legal aplicável; e o encerramento de ocorrência de indisponibilidade sem a conferência da reconciliação e da retomada dos envios. São quatro atos cuja prática indevida produz consequência que a correção posterior já não alcança.

10.13 Interface com o arquivo clínico, o faturamento e a assistência

A tecnologia da informação é área de serviço, e por isso o seu desempenho se mede menos pelo que faz sozinha do que pela qualidade das suas interfaces. Três delas são estruturantes neste hospital, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. O que é comum às três é o sentido do fluxo: a área de tecnologia entrega meio, e as áreas usuárias entregam conteúdo — e quase todo problema que chega como falha técnica nasce, na verdade, na fronteira entre os dois.

Com o arquivo clínico, a interface é o prontuário como documento. O ponto de falha é a reconciliação do que foi registrado durante a indisponibilidade: o formulário preenchido que não retorna ao registro eletrônico produz episódio incompleto, e episódio incompleto compromete o cuidado seguinte, a conta e a resposta a diligência. O tratamento é o controle nominal dos episódios em curso, aberto desde o início da ocorrência e conferido ao final dela, e a identificação expressa do período de indisponibilidade em cada lançamento incorporado, para que a cronologia do prontuário permaneça inteligível. As regras de guarda, digitalização e temporalidade do acervo são matéria do protocolo do arquivo clínico, e este protocolo responde pelo meio que as viabiliza.

Com o faturamento, a interface é o dado que sustenta a apresentação da produção. O item 31.2 do instrumento contratual fixa que os registros de entradas e saídas dos pacientes têm como fonte os sistemas de prontuário eletrônico, com alimentação integral dos dados para fins de faturamento pelos sistemas oficiais, e o item 31.7 estende a mesma regra à produção ambulatorial. O ponto de falha é a interrupção silenciosa de um envio ou de uma integração: o faturamento descobre a falta na competência seguinte, quando já não há margem para corrigir sem retrabalho. O tratamento é a conciliação por ciclo, com relatório que confronte o enviado com o recebido, e a comunicação imediata da divergência à área afetada. O item 12.32.13 é expresso ao ligar a alimentação contínua dos sistemas à própria possibilidade de apurar a produção e comprovar o alcance das metas.

Com a assistência, a interface é o uso do sistema no ato do cuidado. O ponto de falha raramente é a indisponibilidade e quase sempre é a fricção: campo que exige informação que o profissional não tem no momento, alerta que dispara fora de contexto, fluxo de tela que obriga a percorrer caminho longo para registrar o que é frequente. A resposta é ouvir a área usuária antes da mudança e homologar com ela, e não depois; e é dela que decorre a exigência de aceite registrado tratada na seção 10.11. Vale também para o que o instrumento contratual exige do sistema: o alerta para agravos de notificação compulsória a partir da ativação do código

diagnóstico, previsto no item 12.32.4.5, só cumpre a sua função se estiver ajustado ao ponto do fluxo em que o profissional pode agir sobre ele.

10.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Nesta área, a afirmação tem peso adicional: a caracterização de falha grave de controle prevista nos itens 12.32.22 e 12.32.26 se afasta por evidência documental, e não por declaração. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada rotina produz um documento, e cada documento tem produtor, local e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — hora de indisponibilidade anotada de memória ao fim do evento corrompe a série e faz a coordenação corrigir o trecho errado do processo.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Concessão, revisão e revogação de acesso, com perfil e justificativa	Responsável pela segurança da informação	Controle de acessos do serviço	Prazo aplicável ao documento
Termo de responsabilidade e sigilo assinado pelo usuário	Responsável pela segurança da informação	Arquivo do serviço	Prazo aplicável ao documento
Chamado, com classificação, prioridade, tratativas e desfecho	Serviço de tecnologia da informação	Sistema de chamados	Prazo aplicável ao documento
Planilha de controle das ocorrências do mês, com quantificação e qualificação	Serviço de tecnologia da informação	Pasta da competência e prestação de contas	Cinco anos após o término do contrato
Ocorrência de indisponibilidade, com início, término, setores e desfecho	Serviço de tecnologia da informação	Pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Evidência de integração e de envio, com protocolo e conciliação	Responsável pela integração	Pasta da competência e prestação de contas	Cinco anos após o término do contrato
Execução da cópia de segurança e teste de restauração	Serviço de tecnologia da informação	Pasta de operação do serviço	Prazo aplicável ao documento
Incidente de segurança, avaliação de risco e comunicações efetuadas	Encarregado, com o serviço de tecnologia	Pasta de proteção de dados	Prazo aplicável ao documento
Ficha de mudança, homologação, aceite e verificação posterior	Serviço de tecnologia da informação	Pasta de gestão de mudança	Prazo aplicável ao documento

Tabela 10.3 — Os nove registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos após o término do contrato alcança os documentos que integram os arquivos encaminhados na entrega mensal da prestação de contas, e decorre do item 12.30.3 do instrumento contratual, que fixa esse prazo para tais arquivos. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico. A documentação eletrônica observa os requisitos de integridade e de rastreabilidade

aplicáveis ao documento digital em saúde, e o acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê — exigência que decorre tanto da proteção de dados pessoais quanto do próprio sigilo do prontuário, e que o item 12.35.24 torna expressa neste contrato.

10.15 Tratamento da não conformidade e a falha grave de controle

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu — acesso ativo de quem já deixou a função, chamado atendido sem registro, cópia de segurança sem verificação de integridade, mudança executada sem homologação, envio sem conciliação, incidente tratado sem apuração de causa. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência. Em segurança da informação essa escolha é mais do que estilo de gestão: incidente que ninguém relata é incidente que prossegue.

Entre as não conformidades há uma classe que o instrumento contratual singulariza e que por isso recebe tratamento à parte. Duas hipóteses são expressamente caracterizadas como falha grave de controle, com sujeição às medidas administrativas cabíveis, e ambas são de natureza estrutural: dizem respeito à existência da funcionalidade e à possibilidade de fiscalizar, e não a um evento isolado de execução. Distingui-las das demais importa porque o tratamento é distinto — a não conformidade corrente se corrige e alimenta a série; a falha grave de controle se previne com evidência acumulada desde o primeiro ciclo.

▣ AS DUAS HIPÓTESES QUE O INSTRUMENTO CARACTERIZA COMO FALHA GRAVE DE CONTROLE

- A ausência de integração no prazo estabelecido, ou a manutenção de soluções que impeçam ou dificultem o acompanhamento, a conferência e a fiscalização das informações pela Secretaria — item 12.32.22.
- A ausência de funcionalidade que permita o controle por lote e validade, bem como a utilização de sistema que não assegure a integridade, a confiabilidade e a rastreabilidade dessas informações — item 12.32.26.
- O prazo referido na primeira hipótese é o do item 12.32.21: máximo de dois meses contados do início da execução contratual, isto é, da assinatura do contrato de gestão.
- A consequência declarada em ambas é a sujeição às medidas administrativas cabíveis, regime distinto do ajuste no pagamento por faixa de ocorrências do instrumento de medição de resultados.
- O que afasta a caracterização é documental: o registro do envio, o protocolo de recebimento e o relatório de conciliação que demonstre que a informação chegou íntegra e consultável.

O tratamento da não conformidade corrente tem quatro momentos. Primeiro, o registro do desvio com data, origem e alcance. Segundo, a classificação pela causa — de acesso, de disponibilidade, de integridade do dado, de integração ou de mudança —, porque é a classe que indica onde o processo precisa mudar. Terceiro, a providência com dono declarado, acompanhada até o desfecho. Quarto, a devolutiva à área em que a causa nasceu, com dado objetivo: boa parte das não conformidades desta área nasce fora dela, na comunicação tardia de movimentação de pessoal, no uso compartilhado de credencial ou na demanda de mudança apresentada sem tempo de homologação. Medir e devolver é o que permite corrigir a causa em vez de repetir a correção do efeito.

10.16 Indicadores e monitoramento

O monitoramento combina indicadores de origem contratual com indicadores internos que explicam os primeiros. Os de origem contratual decorrem de exigência expressa do instrumento: o resultado apurado pelo instrumento de medição de resultados das atividades de tecnologia da informação, a implantação da integração sistêmica dentro do prazo e a rastreabilidade por lote e validade em todas as etapas de movimentação. Os internos medem o que o serviço governa diretamente e que determina o desempenho dos primeiros — acesso revisto, chamado com desfecho, restauração verificada e incidente tratado.

Indicador	Fórmula	Meta	Origem
Resultado do instrumento de medição das atividades de tecnologia da informação	Ocorrências quantificadas e qualificadas no mês, enquadradas na faixa correspondente	Faixa sem glosa	Itens 12.32.17 a 12.32.19 e Quadro 03
Integração sistêmica implantada no prazo	Integração da farmácia e do almoxarifado ao sistema de logística implementada até o prazo máximo de dois meses do início da execução contratual	Implantada no prazo	Itens 12.32.20 a 12.32.22
Rastreabilidade por lote e validade	$\text{Movimentações com lote e validade registrados} \div \text{movimentações registradas} \times 100$	= 100,0%	Itens 12.32.23 a 12.32.26
Ciclos de envio conciliados	$\text{Ciclos com relatório de conciliação concluído} \div \text{ciclos executados} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 10.9
Acessos revistos na movimentação de pessoal	$\text{Movimentações com acesso revisto} \div \text{movimentações comunicadas} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 10.4
Testes de restauração com êxito	$\text{Testes concluídos com restauração verificada} \div \text{testes realizados} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 10.6
Ocorrências de indisponibilidade com reconciliação conferida	$\text{Ocorrências encerradas com reconciliação conferida} \div \text{ocorrências encerradas} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 10.7
Incidentes de segurança com causa tratada	$\text{Incidentes com causa corrigida na origem} \div \text{incidentes registrados} \times 100$	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 10.10

Tabela 10.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, meta e origem — os três primeiros de origem contratual, os cinco últimos internos ao serviço.

A leitura do primeiro indicador exige fidelidade ao texto do Quadro 03, e o protocolo a reproduz sem acrescentar faixa alguma. O quadro escalona o ajuste no pagamento pela quantidade de ocorrências apuradas no mês: de zero a duas ocorrências, meta atendida integralmente e sem glosa; de três a quatro, meta de noventa e cinco por cento e glosa de um por cento; de cinco a seis, meta de noventa por cento e glosa de um inteiro e vinte centésimos por cento; de sete a oito, meta de oitenta e cinco por cento e glosa de um inteiro e quarenta centésimos por cento; e nove ou mais ocorrências, meta de oitenta por cento e glosa de um inteiro e sessenta centésimos por cento. Uma observação de fidelidade ao documento se impõe: o quadro nomeia cinco faixas

repetindo o rótulo da primeira na segunda linha, mas a progressão dos intervalos, das metas e dos percentuais é inequívoca, e é ela que se aplica.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha o resultado apurado pelo instrumento de medição, porque é dele que decorrem o percentual de atingimento e a eventual glosa. A segunda acompanha os indicadores de conformidade estrutural — integração implantada e conciliada, rastreabilidade por lote e validade —, que são os que afastam a caracterização de falha grave de controle. A terceira acompanha os indicadores internos, que explicam por que os primeiros se comportam como se comportam. A análise é feita pela coordenação com as áreas usuárias e com a fiscalização do contrato, e não isoladamente dentro da área de tecnologia da informação: dois dos indicadores internos medem processos que nascem fora dela, e medi-los em conjunto é o que impede que cada setor conclua que a falha foi do outro.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

10.17 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração da legislação de proteção de dados ou da regulamentação da autoridade nacional, mudança do padrão de integração determinado pela Secretaria, substituição de sistema crítico ou de fornecedor, alteração dos tipos de ocorrência ou das faixas do instrumento de medição de resultados, e incidente de segurança que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e alcança em especial as chefias dos setores usuários, cuja atuação determina a qualidade da solicitação de acesso, a tempestividade da comunicação de movimentação de pessoal e a operação em contingência. A aderência é auditada periodicamente, em rotina definida pelo serviço.

A responsabilidade pela manutenção é da coordenação do serviço de tecnologia da informação, com validação do encarregado pelo tratamento de dados pessoais quanto ao que toca a proteção de dados e o incidente, da direção técnica quanto ao que toca o registro assistencial e a contingência, e da direção administrativa quanto ao que toca a prestação de contas e a apuração mensal do resultado. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o

protocolo — e vem, com frequência, das chefias usuárias, que são as primeiras a perceber que o fluxo de tela ou o alerta do sistema deixou de corresponder ao modo como o cuidado se organiza. A análise da proposta é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

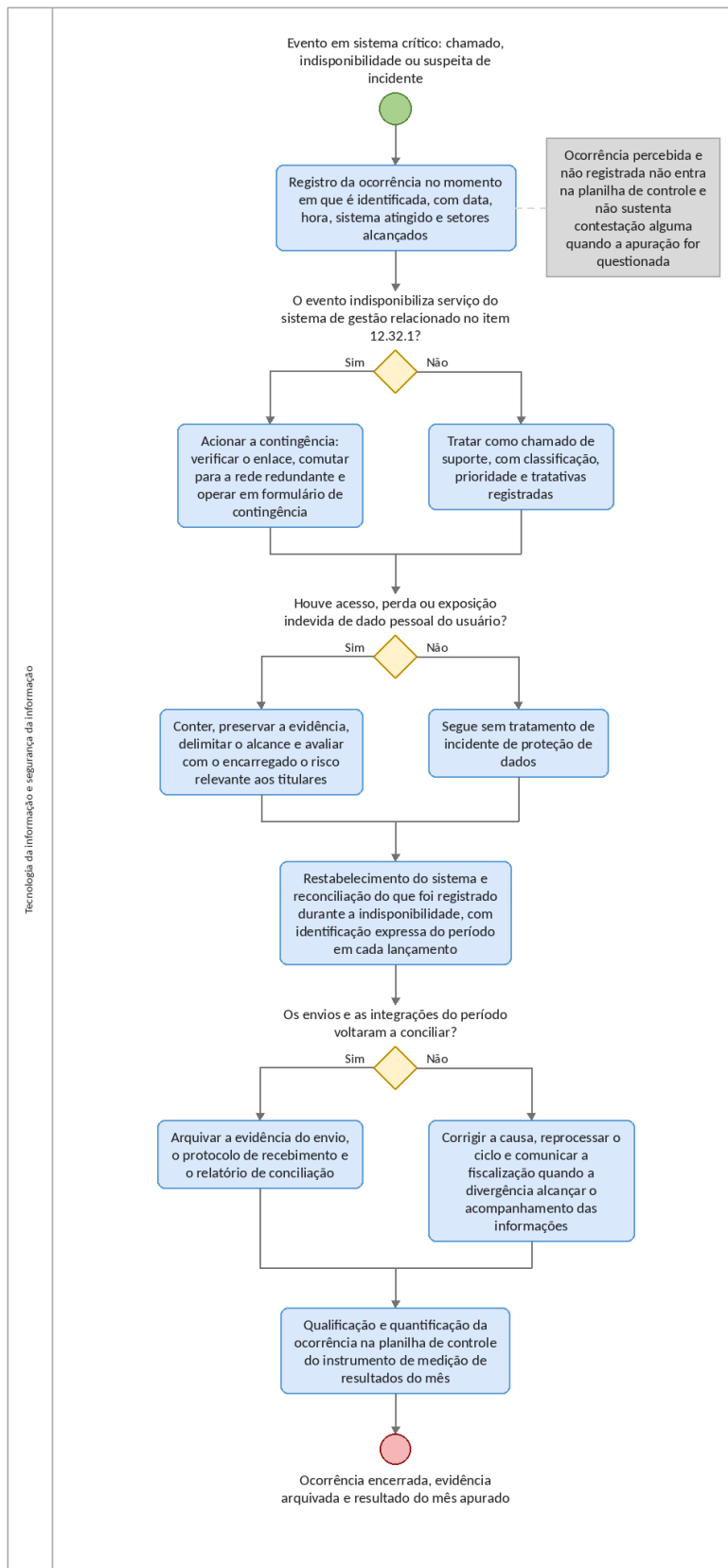
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

10.18 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho do evento em sistema crítico até a apuração do resultado do mês, com as três bifurcações que efetivamente mudam o percurso: se o evento indisponibiliza serviço relacionado no item 12.32.1, o que separa a contingência do chamado de suporte; se houve acesso, perda ou exposição indevida de dado pessoal, o que aciona o tratamento de incidente com a avaliação de risco aos titulares; e se os envios e as integrações do período voltaram a conciliar, o que separa o arquivamento da evidência da correção da causa e da comunicação à fiscalização.

Do evento em sistema crítico à apuração do resultado do mês



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.1, 12.32.11, 12.32.17 a 12.32.19, 12.32.22 e 12.35.24.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 12.2.7, 12.2.18, 12.21.3, 12.23.4, 12.30.2, 12.30.3, 12.32.1 a 12.32.26 e Quadro 03, 12.35.24, 31.2 e 31.7. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113787.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2007. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 4 set. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES). São Paulo: SBIS/CFM. Disponível em: <https://sbis.org.br/certificacao/>. Acesso em: 4 set. 2026.

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS. Comunicação de incidente de segurança com dados pessoais. Brasília, DF: ANPD. Disponível em: <https://www.gov.br/anpd/pt-br>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.434, de 28 de maio de 2020. Institui a Rede Nacional de Dados em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1434_29_05_2020.html. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os oito procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 10.18 e descreve o ciclo inteiro do evento em sistema crítico.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-TI-01	Concessão, revisão e revogação de acesso e perfis	10.4 e 10.10
POP-TI-02	Certificado digital e assinatura eletrônica no prontuário	10.5
POP-TI-03	Backup, restauração e teste periódico de recuperação	10.6
POP-TI-04	Contingência em indisponibilidade de sistema crítico	10.3 e 10.7
POP-TI-05	Chamados, níveis de serviço e registro de ocorrências	10.8
POP-TI-06	Integração e envio de bases	10.9
POP-TI-07	Tratamento de dado sensível, incidente e resposta ao titular	10.10
POP-TI-08	Gestão de mudança, homologação e migração de dados	10.11

Tabela 10.5 — Os oito procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-TI-01. Concessão, revisão e revogação de acesso e perfis

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TI-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 10 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TI-01.1 Quando usar

- › Na admissão de profissional que precise operar sistema da unidade, antes do primeiro acesso.
- › Em toda mudança de função, de setor ou de vínculo que altere o que a pessoa precisa ver.
- › No desligamento, no afastamento prolongado e no término de contrato de prestador ou de residente, tão logo a movimentação seja conhecida pelo serviço.
- › Na revisão periódica da base de usuários, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar que perfil concedido corresponda a função exercida.

POP-TI-01.2 Fundamento

Item 12.35.24 do termo de referência: a contratada deve garantir que todo o tratamento de dados pessoais e de dados pessoais sensíveis dos usuários, em meio físico ou digital, observe rigorosamente a Lei n.º 13.709/2018, implementando protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso, sob pena de responsabilidade administrativa e civil. Itens 12.2.7, alínea d, e 12.23.4, alínea d, quanto ao sigilo e à proteção dos dados dos usuários. Item 12.32.14, alínea e, quanto ao sistema web de indicadores, cujo acesso se dá por usuário e senha com diferentes permissões e cuja gestão de acessos é atribuída à SEMUS/NI. Seções 10.4 e 10.10 do protocolo.

! NÃO CONCEDER ACESSO ENQUANTO FALTAR QUALQUER UM DESTES

- › Solicitação formal da chefia do setor, identificando a função exercida e o perfil pretendido.
- › Vínculo confirmado com a gestão de pessoas, e registro profissional conferido quando a função o exigir.
- › Termo de responsabilidade e sigilo assinado pelo próprio usuário.

! NÃO CONCEDER ACESSO ENQUANTO FALTAR QUALQUER UM DESTES

- › Perfil escolhido entre os perfis existentes, e não construído caso a caso — perfil individual não se audita nem se revoga em bloco.
- › Credencial nominal e intransferível. Acesso compartilhado entre profissionais apaga a autoria do registro e inviabiliza a apuração de quem consultou o quê.

POP-TI-01.3 Sequência de execução

1. Receber a solicitação formal da chefia do setor, com a função exercida e o perfil pretendido.
2. Confirmar o vínculo com a gestão de pessoas e o registro profissional, quando a função o exigir.
3. Verificar se o perfil pretendido corresponde ao menor conjunto de dados necessário ao exercício da função.
4. Colher o termo de responsabilidade e sigilo assinado pelo usuário e arquivá-lo.
5. Criar a credencial nominal, vinculada ao identificador funcional, com troca obrigatória da senha no primeiro acesso.
6. Registrar a concessão com data, perfil, sistema alcançado e a solicitação que a justifica.
7. Orientar o usuário quanto ao caráter intransferível da credencial e ao registro de auditoria das operações que praticar.
8. Receber da gestão de pessoas a informação de desligamento, afastamento ou mudança de função, tão logo a movimentação seja conhecida.
9. Revogar ou ajustar o acesso na mesma oportunidade, registrando a data e o motivo.
10. Confrontar periodicamente, em rotina definida pelo serviço, a base de usuários ativos com a relação de vínculos vigentes, e tratar cada divergência encontrada.
11. Encaminhar à SEMUS/NI as solicitações relativas ao sistema web de indicadores, cuja gestão de acessos lhe é atribuída pelo instrumento contratual.

O que se decide	Critério	Onde fica a evidência
Se concede	Vínculo vigente e função que demande o dado	Solicitação da chefia e confirmação da gestão de pessoas
Que perfil	Menor conjunto de dados necessário à função	Registro da concessão, com o perfil nomeado
Sob que compromisso	Termo de responsabilidade e sigilo assinado	Arquivo do serviço de segurança da informação
Por quanto tempo	Enquanto durar o vínculo e a função	Registro de revisão e de revogação
Com que rastro	Registro das operações praticadas na credencial	Base de auditoria do próprio sistema

Tabela POP-TI-01.1 — Camadas de decisão na concessão de acesso.

✓ O QUE SUSTENTA O CONTROLE DE ACESSO
› Credencial nominal e intransferível, sempre — é ela que torna o registro atribuível.
› Perfil por função, escolhido entre os existentes, e não desenhado caso a caso.
› Revogação na mesma oportunidade em que a movimentação de pessoal é conhecida.
› Conferência periódica entre usuários ativos e vínculos vigentes, com a finalidade de corrigir tempestivamente o que a rotina de movimentação não alcançou.

✗ O QUE COMPROMETE O CONTROLE DE ACESSO
› Conceder acesso por mensagem informal, sem solicitação da chefia e sem registro.
› Manter credencial ativa de quem já deixou a função ou o vínculo.
› Criar credencial genérica de setor ou de plantão para uso compartilhado.
› Ampliar o perfil para resolver uma urgência e deixar a ampliação sem prazo e sem registro.

POP-TI-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

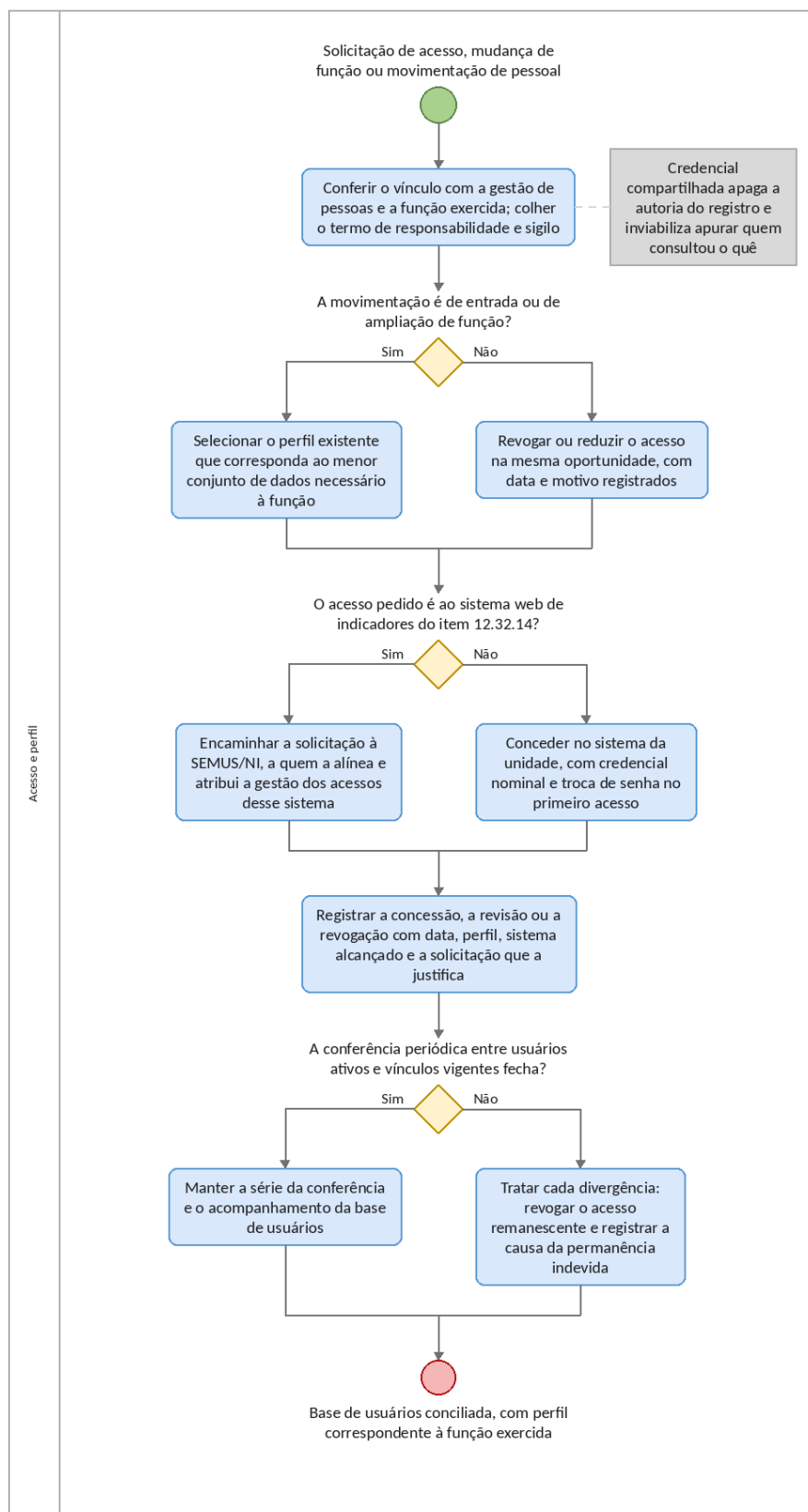
- › Solicitação da chefia, com função e perfil pretendido, no arquivo do serviço.
- › Termo de responsabilidade e sigilo assinado pelo usuário.
- › Registro da concessão, da revisão e da revogação, com data, perfil e motivo.
- › Resultado da conferência periódica entre usuários ativos e vínculos vigentes, com as divergências e o seu tratamento.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Acesso é por função	O perfil decorre do que a função exige ver, não do cargo nem da antiguidade.
Credencial é nominal	Compartilhar credencial apaga a autoria e inviabiliza a auditoria.
Revogar é parte da movimentação	Desligamento conhecido e acesso ativo é exposição consumada.
O rastro é exigência legal	O item 12.35.24 impõe protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso.
O sistema de indicadores tem regra própria	A gestão dos seus acessos é atribuída à SEMUS/NI pelo item 12.32.14, alínea e.

POP-TI-01.5 Fluxograma

O fluxograma do acesso tem três bifurcações que mudam o percurso: o sentido da movimentação, que separa a concessão da revogação; o sistema alcançado, porque a gestão dos acessos ao sistema web de indicadores é atribuída à Secretaria pelo item 12.32.14, alínea e; e o resultado da conferência entre usuários ativos e vínculos vigentes, que é o que faz a revogação alcançar o que a rotina de movimentação deixou passar.

POP-TI-01 — Concessão, revisão e revogação de acesso e perfis



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.35.24 e 12.32.14, alínea e; Lei n.º 13.709/2018.

POP-TI-02. Certificado digital e assinatura eletrônica no prontuário

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TI-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 10 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TI-02.1 Quando usar

- › Na habilitação de profissional médico, de enfermagem ou de equipe multiprofissional para assinar documento do prontuário eletrônico.
- › Sempre que o certificado do profissional se aproximar do término da validade.
- › Quando houver falha de assinatura que impeça o fechamento do documento clínico.
- › Na conferência periódica, em rotina definida pelo serviço, entre profissionais que assinam documento clínico e certificados válidos registrados.

POP-TI-02.2 Fundamento

Item 12.32.16 do termo de referência: deverá implantar o Prontuário Eletrônico do Paciente com assinatura por meio de certificado digital dos profissionais médicos, de enfermagem e da equipe multiprofissional, conforme descrito na Lei n.º 13.787/2018, observando, quanto à certificação digital, o fluxo previamente definido para solicitação de verba de investimento. Item 12.32.4.7, quanto ao atendimento das especificações do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde da SBIS/CFM, nos Níveis de Garantia de Segurança 1 e 2. Seção 10.5 do protocolo.

! O QUE A ASSINATURA DIGITAL DECIDE, E QUE A SENHA SOZINHA NÃO DECIDE

- › Autoria: quem assinou é identificável de forma inequívoca e vinculada ao registro profissional.
- › Integridade: qualquer alteração posterior ao documento assinado é detectável.
- › Momento: a assinatura carrega a data e a hora em que o documento foi fechado.

! O QUE A ASSINATURA DIGITAL DECIDE, E QUE A SENHA SOZINHA NÃO DECIDE

- › Validade jurídica do prontuário eletrônico como documento, na forma da Lei n.º 13.787/2018.
- › Documento clínico pendente de assinatura permanece pendente: registro assistencial não assinado é registro que ainda não se encerrou.

POP-TI-02.3 Sequência de execução

1. Identificar o profissional que passará a produzir documento clínico assinável e confirmar o registro no respectivo conselho.
2. Verificar se o profissional já detém certificado digital válido; havendo, registrar a titularidade e a validade no controle do serviço.
3. Quando o certificado depender de aquisição, observar o fluxo previamente definido para solicitação de verba de investimento, conforme o item 12.32.16.
4. Vincular o certificado à credencial nominal do profissional no prontuário eletrônico.
5. Testar a assinatura em documento de homologação antes de liberar o uso em produção.
6. Orientar o profissional quanto à guarda da mídia e do meio de ativação, que são pessoais e intransferíveis.
7. Acompanhar a validade dos certificados registrados e comunicar o profissional e a chefia com antecedência do vencimento.
8. Diante de falha de assinatura, registrar o chamado, identificar se a causa é do certificado, da estação ou do sistema, e tratar conforme o POP-TI-05.
9. Enquanto durar a falha, assegurar que o documento clínico seja produzido e identificado na forma da contingência, conforme o POP-TI-04, e assinado quando o meio for restabelecido.
10. Registrar a conferência periódica entre profissionais que assinam e certificados válidos, com as divergências e o seu tratamento.

Atributo	O que assegura	Fundamento
Autoria	Vinculação inequívoca do documento ao profissional identificado	Item 12.32.16; Lei n.º 13.787/2018
Integridade	Deteção de qualquer alteração posterior ao fechamento	Resolução CFM n.º 1.821/2007
Tempestividade	Data e hora do fechamento incorporadas ao documento	Resolução CFM n.º 1.821/2007
Segurança do sistema	Requisitos dos Níveis de Garantia de Segurança 1 e 2	Item 12.32.4.7; Manual S-RES da SBIS/CFM
Sigilo	Acesso por perfil e registro das operações praticadas	Item 12.35.24; Lei n.º 13.709/2018

Tabela POP-TI-02.1 — O que a assinatura por certificado digital acrescenta ao registro eletrônico.

✓ O QUE MANTÉM A ASSINATURA CONFIÁVEL
› Certificado vinculado à credencial nominal e ao registro profissional.
› Validade acompanhada, com comunicação antes do vencimento.
› Mídia e meio de ativação sob guarda pessoal do titular.
› Teste em homologação antes da liberação em produção.

✗ O QUE INVALIDA A ASSINATURA
› Assinar documento de outro profissional, ainda que a pedido dele.
› Deixar mídia de certificado conectada e desbloqueada em estação de uso comum.
› Tratar documento clínico não assinado como documento encerrado.
› Adiar a renovação do certificado até a data do vencimento.

POP-TI-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

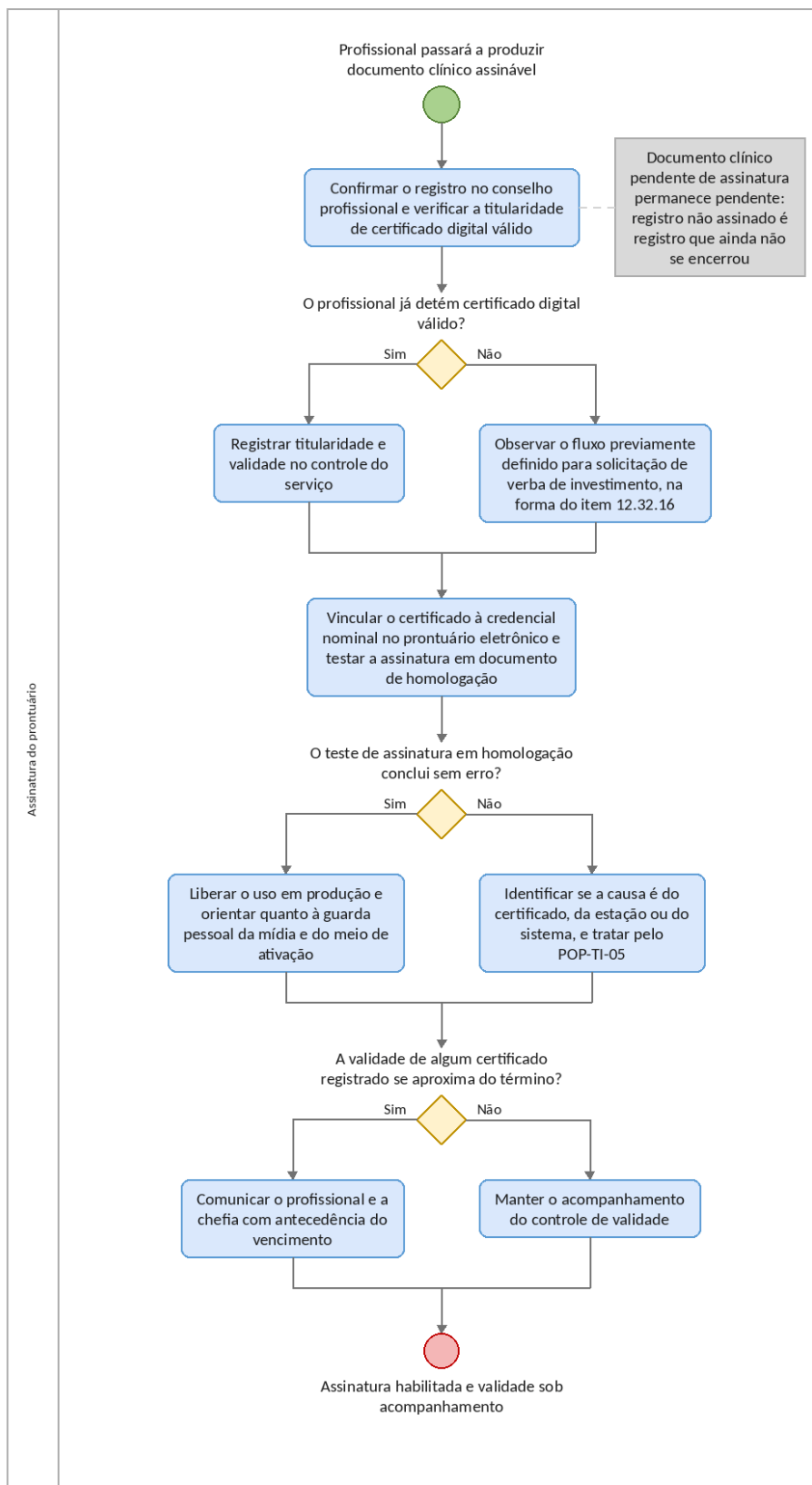
- › Controle de certificados por profissional, com titularidade e validade.
- › Evidência do teste de assinatura em homologação antes da liberação.
- › Chamado de falha de assinatura, com causa identificada e desfecho.
- › Conferência periódica entre profissionais que assinam e certificados válidos.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A exigência é contratual	O item 12.32.16 determina o prontuário eletrônico com assinatura por certificado digital.
A verba tem fluxo próprio	A certificação digital observa o fluxo previamente definido para solicitação de verba de investimento.
Certificado é pessoal	Mídia e meio de ativação não se emprestam nem se compartilham.
Sem assinatura, sem fechamento	Documento clínico pendente de assinatura permanece pendente.
O sistema também é certificado	Níveis de Garantia de Segurança 1 e 2 do Manual S-RES, por força do item 12.32.4.7.

POP-TI-02.5 Fluxograma

O fluxograma da assinatura mostra as três decisões que a organizam: a titularidade de certificado válido, que define se o percurso passa pelo fluxo de solicitação de verba de investimento; o resultado do teste em homologação, que separa a liberação em produção do chamado de falha; e a proximidade do vencimento, que aciona a comunicação antes que a assinatura pare.

POP-TI-02 — Certificado digital e assinatura eletrônica no prontuário



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.16 e 12.32.4.7; Lei n.º 13.787/2018.

POP-TI-03. Backup, restauração e teste periódico de recuperação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TI-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 10 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TI-03.1 Quando usar

- › Na rotina de cópia de segurança das bases dos sistemas críticos, conforme a rotina definida pelo serviço.
- › Antes de toda mudança relevante de versão, de configuração ou de infraestrutura.
- › No teste periódico de restauração, cuja finalidade é demonstrar que a cópia existente é efetivamente recuperável.
- › Na perda, corrupção ou indisponibilidade de dado que exija recuperação.

POP-TI-03.2 Fundamento

Item 12.21.3 do termo de referência, que impõe manter o armazenamento e a guarda dos exames de Tomografia Computadorizada e de Raio-x e dos seus backups, atendendo integralmente às regras da Resolução CFM n.º 1.821/2007 e do Parecer CFM n.º 10/2009. Item 12.32.15, quanto ao controle adequado de verificação de integridade do banco de dados. Item 12.35.24 e Lei n.º 13.709/2018, quanto às medidas de segurança aptas a proteger os dados pessoais de perda, alteração ou acesso não autorizado. Seção 10.6 do protocolo.

! CÓPIA QUE NUNCA FOI RESTAURADA NÃO É CÓPIA DE SEGURANÇA

- › A execução da rotina é apenas o primeiro requisito: o que se mede é a capacidade de recuperar.
- › O teste de restauração é feito em ambiente segregado do de produção, para que a verificação não crie o risco que pretende afastar.
- › A verificação de integridade é registrada em cada execução, e a falha é tratada como ocorrência, não como ruído de rotina.

! CÓPIA QUE NUNCA FOI RESTAURADA NÃO É CÓPIA DE SEGURANÇA

- › A cópia guarda dado pessoal sensível e recebe o mesmo controle de acesso da base de origem.
- › Restauração feita sem registro do que foi recuperado, de que ponto no tempo e por quem impede reconstituir o estado da base depois do evento.

POP-TI-03.3 Sequência de execução

1. Manter identificados os conjuntos de dados abrangidos, por sistema crítico, e o ponto de recuperação pretendido para cada um.
2. Executar a rotina de cópia conforme definida pelo serviço, registrando início, término e resultado de cada execução.
3. Verificar a integridade do conjunto copiado ao término de cada execução e registrar o resultado da verificação.
4. Diante de falha na execução ou na verificação, abrir chamado, tratar a causa e repetir a execução antes do encerramento do chamado.
5. Guardar as cópias em suporte e local distintos dos da base de produção, sob o mesmo controle de acesso por perfil aplicado à base de origem.
6. Observar, quanto aos exames de imagem, o armazenamento, a guarda e os backups nas condições do item 12.21.3 e das normas do Conselho Federal de Medicina ali referidas.
7. Realizar teste periódico de restauração em ambiente segregado, escolhendo conjunto que represente o sistema crítico testado.
8. Registrar o teste com data, conjunto restaurado, ponto no tempo recuperado, tempo consumido e desfecho.
9. Diante de teste sem êxito, tratar a causa, repetir o teste e registrar as duas execuções.
10. Executar restauração em produção somente com autorização registrada da coordenação do serviço, documentando o que foi recuperado e a partir de que ponto.
11. Levar o resultado dos testes à análise periódica do serviço, com a finalidade de corrigir tempestivamente o que a série revelar.

Momento	O que se registra	Para que serve
Execução da cópia	Início, término, conjunto abrangido e resultado	Demonstrar que a rotina ocorreu
Verificação de integridade	Método aplicado e resultado obtido	Demonstrar que o conjunto copiado é íntegro
Teste de restauração	Conjunto restaurado, ponto no tempo e desfecho	Demonstrar que o conjunto é recuperável
Falha	Causa identificada e providência adotada	Alimentar a análise periódica e a correção

Momento	O que se registra	Para que serve
Restauração em produção	Autorização, escopo e estado resultante da base	Reconstituir o estado da base após o evento

Tabela POP-TI-03.1 — O que se registra em cada execução e em cada teste.

✓ O QUE TORNA A CÓPIA CONFIÁVEL
› Verificação de integridade registrada em cada execução.
› Teste de restauração em ambiente segregado do de produção.
› Cópia guardada em suporte e local distintos dos da base de produção.
› Mesmo controle de acesso por perfil aplicado à base de origem.

✗ O QUE TORNA A CÓPIA INÚTIL
› Confiar no relatório de execução sem nunca ter restaurado nada.
› Guardar a cópia no mesmo suporte e no mesmo local da base de produção.
› Tratar falha de execução como ruído de rotina, sem chamado e sem causa.
› Restaurar em produção sem autorização registrada e sem documentar o escopo.

POP-TI-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

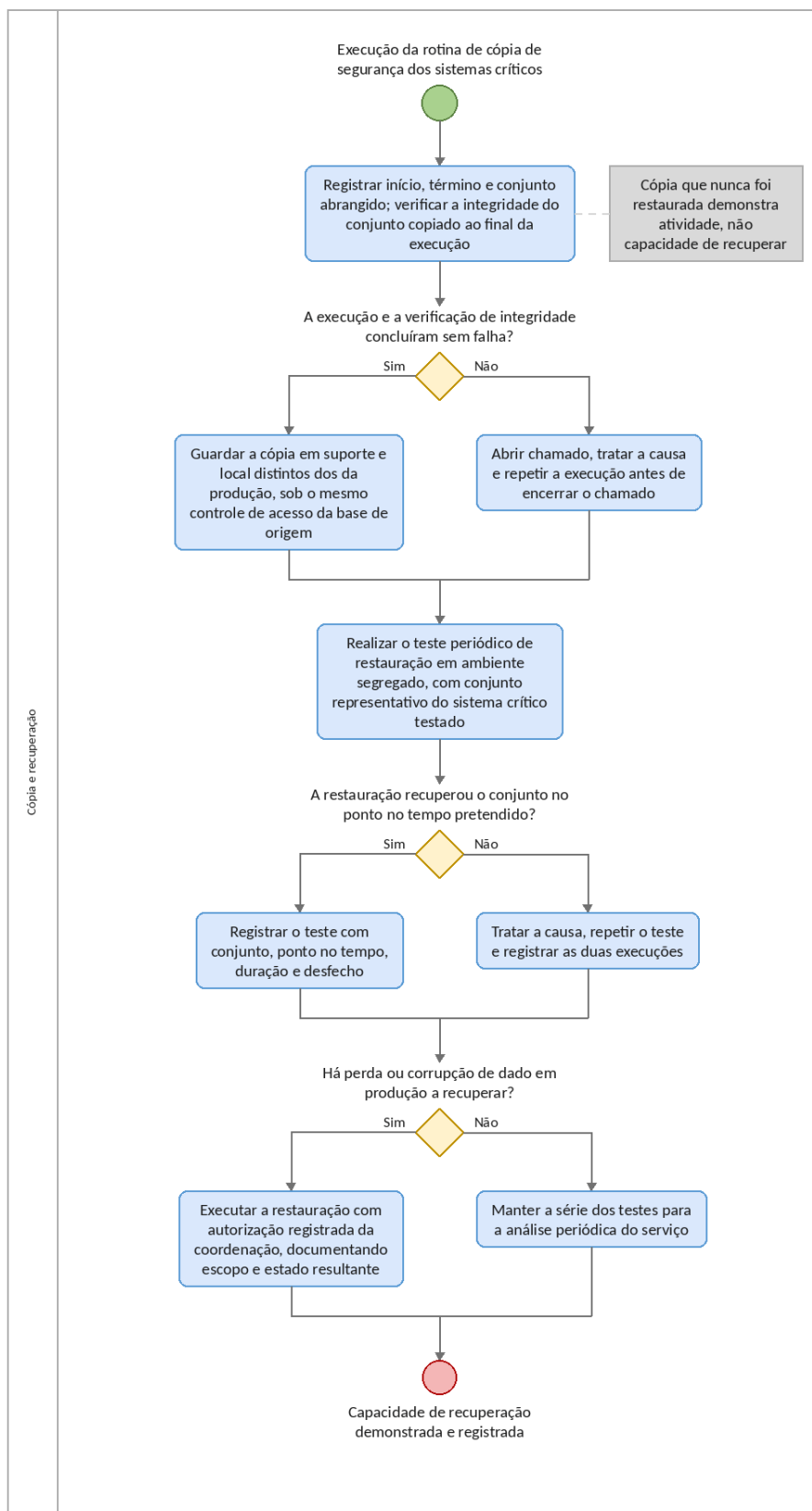
- › Registro de execução das rotinas de cópia, com verificação de integridade.
- › Registro do teste periódico de restauração, com conjunto, ponto no tempo e desfecho.
- › Chamado de falha, com causa identificada e providência.
- › Autorização e documentação de restauração executada em produção.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Só conta o que se restaura	A execução da rotina demonstra atividade; o teste demonstra capacidade.
A imagem tem regra expressa	O item 12.21.3 impõe guarda e backups dos exames de Tomografia e Raio-x.
Integridade é do banco	O item 12.32.15 exige controle adequado de verificação de integridade.
A cópia é dado sensível	Recebe o mesmo controle de acesso da base de origem.
Teste sem êxito é ocorrência	Trata-se a causa, repete-se o teste e registram-se as duas execuções.

POP-TI-03.5 Fluxograma

O fluxograma da cópia de segurança separa três decisões: a integridade verificada ao fim de cada execução, que devolve a rotina ao chamado quando falha; o êxito do teste de restauração, que é o que efetivamente demonstra capacidade de recuperar; e a existência de perda em produção, único caso em que a restauração se executa sobre a base viva.

POP-TI-03 — Backup, restauração e teste periódico de recuperação



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.21.3 e 12.32.15; Resolução CFM n.º 1.821/2007.

POP-TI-04. Contingência em indisponibilidade de sistema crítico

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TI-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 10 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TI-04.1 Quando usar

- › Na indisponibilidade, total ou parcial, de qualquer dos sistemas relacionados no item 12.32.1 do termo de referência.
- › Na perda do enlace de transmissão de dados, ainda que o sistema permaneça operante.
- › Na degradação de desempenho que impeça o uso assistencial do prontuário eletrônico.
- › Em parada programada para manutenção, mudança de versão ou migração.

POP-TI-04.2 Fundamento

Item 12.32.11 do termo de referência: disponibilizar rede para transmissão de dados redundante como plano de contingência e alta disponibilidade, com fornecimento necessariamente por empresas diferentes, assegurando que não existam pontos únicos de falha. Item 12.32.10, quanto à responsabilidade pela implantação e manutenção dos sistemas de transmissão de dados e dos componentes de informática adequados para operar o prontuário eletrônico. Item 12.32.1, que relaciona os serviços que o sistema de gestão contempla. O Protocolo Administrativo 2 trata da contingência do prontuário eletrônico sob a ótica do acervo documental. Seções 10.3 e 10.7 do protocolo.

! O QUE SE DECIDE NOS PRIMEIROS MINUTOS DA INDISPONIBILIDADE

- › Registrar a hora de início antes de qualquer providência técnica — sem ela não há como apurar duração nem alcance.
- › Identificar quais dos serviços do item 12.32.1 foram atingidos, porque é isso que define quem precisa ser avisado.

! O QUE SE DECIDE NOS PRIMEIROS MINUTOS DA INDISPONIBILIDADE

- › Comunicar os setores assistenciais atingidos, para que a operação em formulário de contingência comece imediatamente.
- › Verificar se a perda é do sistema ou do enlace: sendo do enlace, aciona-se a rede redundante prevista no item 12.32.11.
- › O cuidado não para quando o sistema para, e o registro do cuidado tampouco: o que se produz em contingência é prontuário, com o mesmo valor e as mesmas exigências de identificação.

POP-TI-04.3 Sequência de execução

1. Registrar a ocorrência com data, hora de início, sistema atingido e origem da identificação.
2. Classificar o alcance: sistema inteiro, módulo, unidade assistencial ou estação isolada.
3. Comunicar imediatamente as chefias dos setores atingidos e a coordenação do serviço.
4. Determinar se a causa está no sistema, na estação ou no enlace de transmissão de dados.
5. Sendo do enlace, acionar a rede redundante prevista como plano de contingência e alta disponibilidade, e registrar o momento da comutação.
6. Orientar os setores assistenciais a operar em formulário de contingência, com identificação do usuário e do profissional em cada registro produzido.
7. Manter o controle nominal dos episódios em curso durante a indisponibilidade, em conjunto com o arquivo clínico, para que a reconciliação posterior não se torne estimativa.
8. Acompanhar o restabelecimento junto ao fornecedor do sistema ou do enlace, registrando as tratativas e os prazos informados.
9. Registrar a hora do restabelecimento e comunicar os setores.
10. Acompanhar a reconciliação do que foi registrado em contingência, com identificação expressa do período de indisponibilidade em cada lançamento incorporado.
11. Conferir se os envios e as integrações pendentes durante a indisponibilidade foram retomados e conciliados, conforme o POP-TI-06.
12. Encerrar a ocorrência com início, término, setores atingidos, volume de episódios e desfecho, e qualificá-la na planilha de controle do instrumento de medição de resultados.

Onde está a causa	Como se identifica	O que se aciona
Enlace de transmissão	Sistema responde de outro ponto da rede	Comutação para a rede redundante do item 12.32.11
Sistema ou base de dados	Indisponibilidade em todos os pontos	Acionamento do fornecedor e operação em contingência
Estação ou periférico	Falha restrita a um ponto	Substituição do componente e chamado local

Onde está a causa	Como se identifica	O que se aciona
Parada programada	Janela previamente comunicada	Comunicação prévia aos setores e operação em contingência
Degradação de desempenho	Sistema responde fora do uso assistencial	Tratamento como indisponibilidade parcial, com registro

Tabela POP-TI-04.1 — Onde a causa está e o que ela aciona.

✓ O QUE SUSTENTA A CONTINUIDADE

- › Hora de início registrada antes de qualquer providência técnica.
- › Formulários de contingência mantidos prontos e acessíveis nos pontos assistenciais.
- › Controle nominal dos episódios em curso, mantido desde o início da ocorrência.
- › Reconciliação com identificação expressa do período de indisponibilidade em cada lançamento.

✗ O QUE AGRAVA A INDISPONIBILIDADE

- › Iniciar a investigação técnica sem comunicar os setores assistenciais atingidos.
- › Tratar o registro produzido em contingência como rascunho a ser reescrito depois.
- › Encerrar a ocorrência sem conferir a retomada dos envios e das integrações pendentes.
- › Registrar a duração por estimativa, ao fim do evento, em vez de anotar as horas no momento.

POP-TI-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Ocorrência de indisponibilidade, com início, término, sistema, setores e desfecho.
- › Registro da comutação para a rede redundante, quando houver.
- › Controle nominal dos episódios em curso durante a indisponibilidade.
- › Evidência da reconciliação e da retomada dos envios e das integrações.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

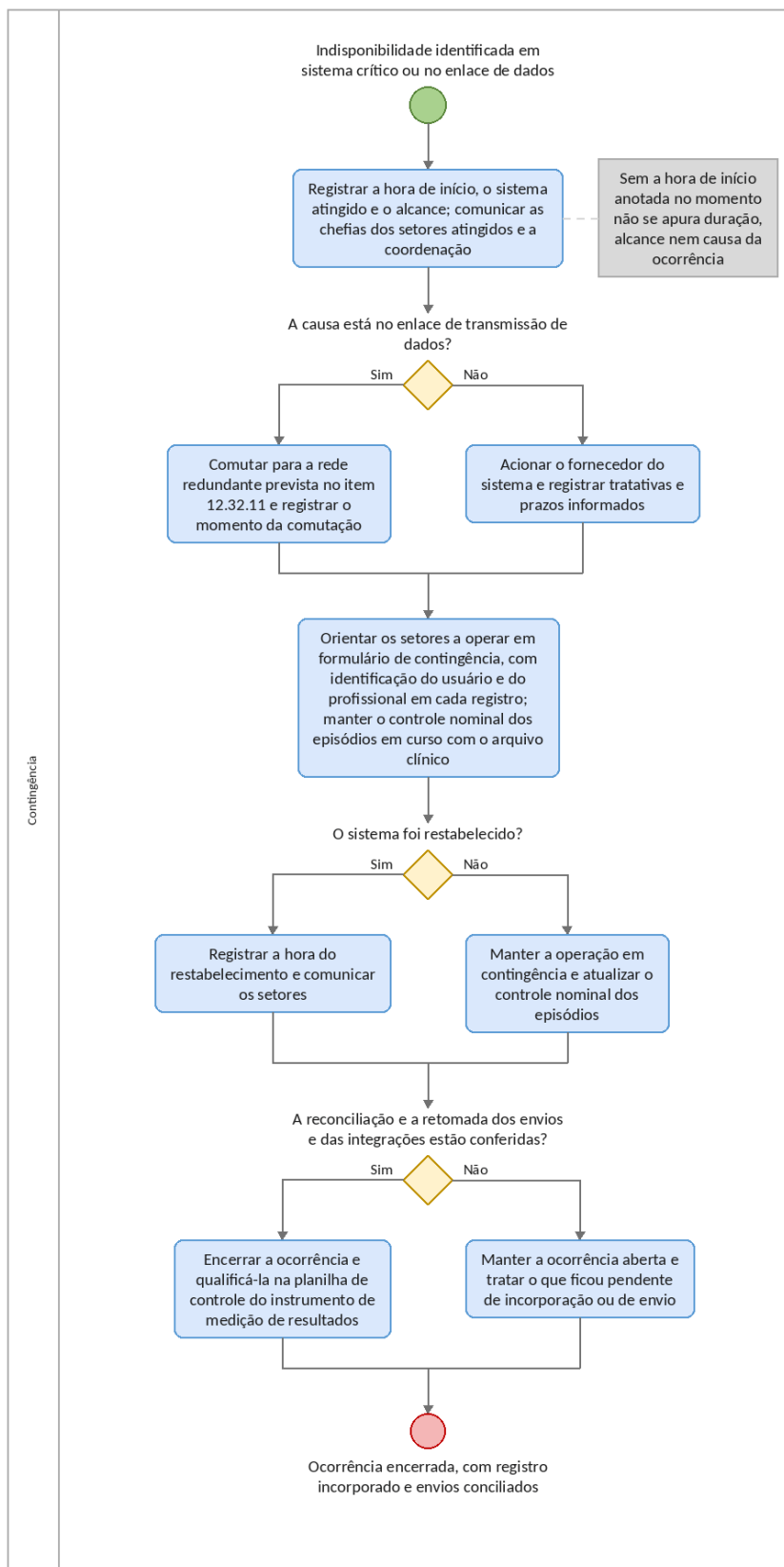
A redundância é contratual	O item 12.32.11 exige rede redundante por empresas diferentes, sem pontos únicos de falha.
A hora de início é o dado	Sem ela não se apura duração, alcance nem causa.
Contingência é prontuário	O registro em papel tem o mesmo valor e as mesmas exigências de identificação.
A reconciliação é fase	Não é tarefa posterior opcional, e se confere contra o controle nominal.
A ocorrência é qualificada	Entra na planilha de controle do instrumento de medição de resultados.

POP-TI-04.5 Fluxograma

O fluxograma da contingência mostra onde o percurso se divide: a localização da causa, que decide entre comutar para a rede redundante e acionar o fornecedor do sistema; o

restabelecimento, que fecha a operação em formulário; e a conferência da reconciliação e da retomada dos envios, que é a trava que impede encerrar a ocorrência com registro pendente de incorporação.

POP-TI-04 — Contingência em indisponibilidade de sistema crítico



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.1, 12.32.10 e 12.32.11.

POP-TI-05. Chamados, níveis de serviço e registro de ocorrências

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TI-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 10 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TI-05.1 Quando usar

- › Em toda demanda dirigida ao serviço de tecnologia da informação, seja falha, seja solicitação de recurso.
- › Na identificação de ocorrência pela fiscalização do contrato de gestão.
- › No recebimento de notificação da SEMUS/NI para apresentação de justificativas.
- › No fechamento mensal do instrumento de medição de resultados.

POP-TI-05.2 Fundamento

Itens 12.32.17 a 12.32.19 do termo de referência: o Instrumento de Medição de Resultados deve ser feito mensalmente pela Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão, a partir do início da execução, através do acompanhamento da fiscalização, para calcular os cumprimentos das obrigações e as ocorrências identificadas no período quanto às atividades contratadas de tecnologia da informação; o registro das ocorrências deve ser documentado em planilha de controle com quantificação e qualificação, deixando explícito o atendimento ou não do instrumento e justificando as possíveis glosas do mês; o número de ocorrências reflete o percentual de atingimento da meta ou a glosa. Quadro 03 do termo de referência, quanto aos tipos de ocorrência e às faixas de ajuste. Itens 12.32.2 e 12.32.3, quanto à notificação, às justificativas e ao parecer técnico. Seção 10.8 do protocolo.

! O QUE O INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO EXIGE DA PLANILHA DE CONTROLE

- › Quantificação das ocorrências do mês, por tipo, na forma do Quadro 03.
- › Qualificação de cada ocorrência, e não apenas a sua contagem — a faixa progride pela quantidade, mas a defesa se faz pela qualificação.

! O QUE O INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO EXIGE DA PLANILHA DE CONTROLE

- › Registro explícito do atendimento ou não do instrumento no mês analisado.
- › Justificativa das possíveis glosas ocorridas no mês.
- › Ocorrência percebida e não registrada não entra na planilha, não integra a faixa e não sustenta contestação alguma quando a apuração for questionada.

POP-TI-05.3 Sequência de execução

1. Registrar o chamado no momento em que a demanda é recebida, com data, hora, solicitante, setor e descrição do que se pede ou do que falhou.
2. Classificar o chamado quanto ao objeto e quanto ao alcance sobre serviço assistencial.
3. Definir a prioridade a partir do alcance, e registrar o critério aplicado.
4. Encaminhar à contingência, conforme o POP-TI-04, o chamado que caracterize indisponibilidade de sistema crítico.
5. Executar o atendimento, registrando as tratativas e o que foi efetivamente feito.
6. Encerrar o chamado somente com a confirmação do solicitante ou com o registro objetivo do restabelecimento.
7. Identificar, entre os chamados do período, os que configuram ocorrência na forma do Quadro 03, e qualificá-los por tipo.
8. Consolidar a planilha de controle do mês, com a quantificação e a qualificação das ocorrências e o registro explícito do atendimento ou não do instrumento.
9. Justificar na própria planilha as possíveis glosas do mês analisado.
10. Entregar a planilha à fiscalização do contrato de gestão, para a apuração mensal pela Comissão de Acompanhamento.
11. Recebida notificação da SEMUS/NI, reunir a evidência do período e apresentar as justificativas dentro do prazo da notificação.
12. Registrar o desfecho da apuração e levar a série das ocorrências por tipo à análise periódica do serviço.

Ocorrências no mês	Meta	Percentual de glosa
De zero a duas	Atendimento integral	Sem glosa
De três a quatro	95%	1%
De cinco a seis	90%	1,20%
De sete a oito	85%	1,40%
Nove ou mais	80%	1,60%

Tabela POP-TI-05.1 — As faixas de ajuste no pagamento, como o Quadro 03 as fixa.

✓ O QUE SUSTENTA A APURAÇÃO
› Registro do chamado no momento em que a demanda é recebida.
› Qualificação de cada ocorrência por tipo, na forma do Quadro 03.
› Planilha de controle com o atendimento ou não do instrumento explicitado.
› Evidência documental reunida antes de apresentar justificativa a notificação.

✗ O QUE FRAGILIZA A APURAÇÃO
› Atender por contato informal e registrar o chamado depois, por memória.
› Contar ocorrências sem qualificá-las por tipo.
› Encerrar chamado sem confirmação do solicitante nem registro do restabelecimento.
› Apresentar justificativa sem a evidência do período que a sustente.

POP-TI-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

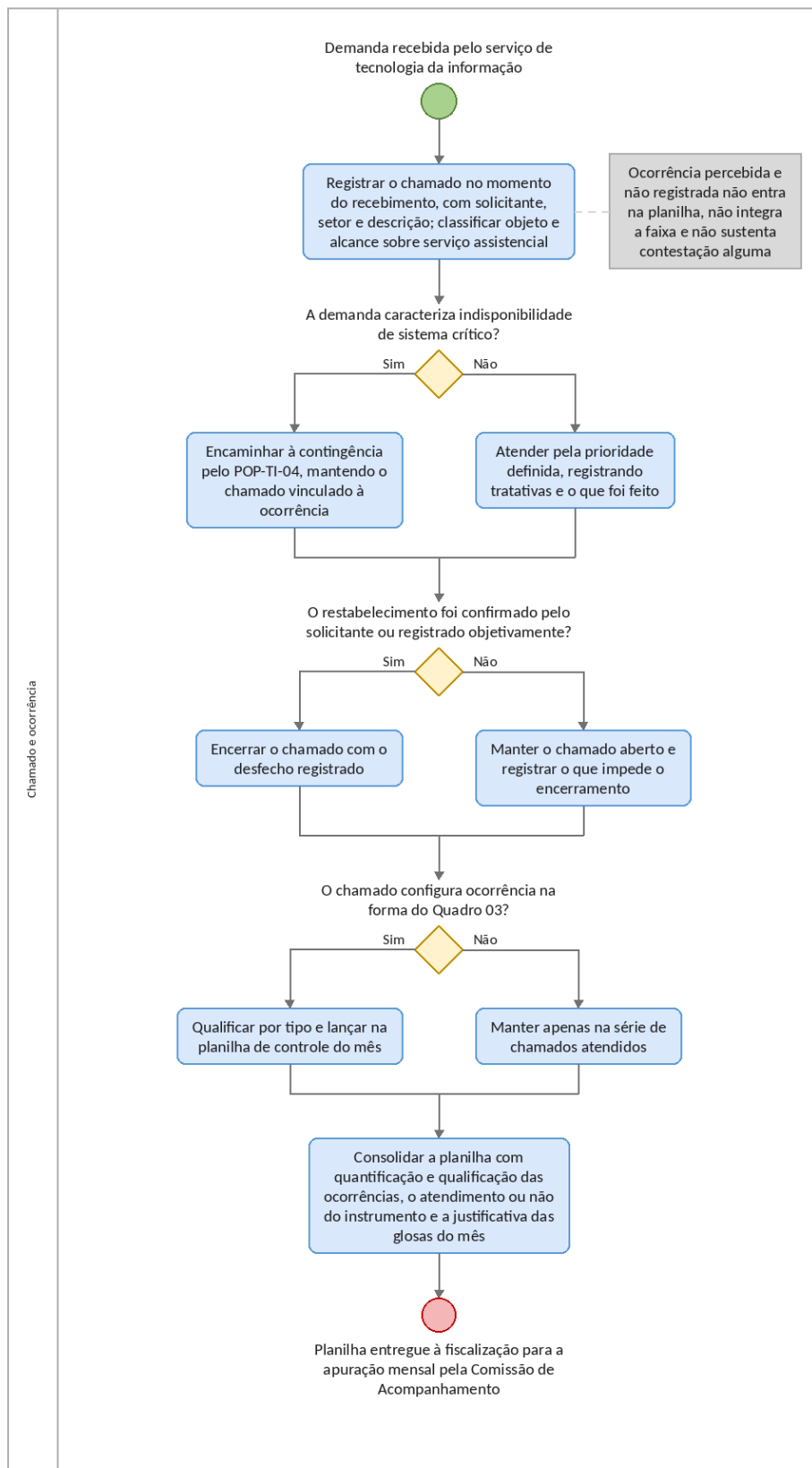
- › Chamado registrado, com classificação, prioridade, tratativas e desfecho.
- › Planilha de controle mensal das ocorrências, com quantificação e qualificação.
- › Justificativa das glosas do mês analisado, na própria planilha.
- › Notificação recebida, justificativa apresentada e desfecho da apuração.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
O instrumento é mensal e externo	A apuração é da Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão, pelo item 12.32.17.
A planilha é a evidência	Quantificação, qualificação e justificativa das glosas, pelo item 12.32.18.
A faixa progride por quantidade	O número de ocorrências reflete o percentual de atingimento, pelo item 12.32.19.
Sem registro não há defesa	Ocorrência não registrada não integra a planilha nem sustenta contestação.
A notificação tem rito	Justificativas analisadas pela área técnica e, se recusadas, parecer técnico, pelos itens 12.32.2 e 12.32.3.

POP-TI-05.5 Fluxograma

O fluxograma do chamado tem três bifurcações: a caracterização de indisponibilidade de sistema crítico, que desvia para a contingência; a confirmação do restabelecimento, que decide o encerramento; e o enquadramento no Quadro 03, que separa o chamado atendido da ocorrência que entra na planilha de controle do instrumento de medição.

POP-TI-05 — Chamados, níveis de serviço e registro de ocorrências



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.2, 12.32.3 e 12.32.17 a 12.32.19; Quadro 03.

POP-TI-06. Integração e envio de bases

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TI-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 10 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TI-06.1 Quando usar

- › Na implantação da integração do sistema da Farmácia e do Almoxarifado ao sistema de logística utilizado pela empresa contratada pela SEMUS/NI.
- › Em cada envio de relatórios, documentos e informações que devam permitir integração em banco de dados, em base eletrônica, no padrão determinado pela SEMUS/NI.
- › Na alimentação e na atualização dos sistemas de informação do DATASUS e da SEMUS/NI.
- › Sempre que a conciliação entre as bases apontar divergência.

POP-TI-06.2 Fundamento

Itens 12.32.20 a 12.32.22 do termo de referência: a organização social deve integrar o sistema informatizado utilizado na Farmácia e no Almoxarifado ao sistema de logística utilizado pela empresa contratada pela SEMUS/NI, ou a outro que venha a ser adotado oficialmente, garantindo a compatibilidade, o compartilhamento e a conciliação das informações; a integração sistêmica deve ser implementada no prazo máximo de dois meses a contar do início da execução contratual; a ausência de integração no prazo, ou a manutenção de soluções que impeçam ou dificultem o acompanhamento, a conferência e a fiscalização das informações pela SEMUS, é caracterizada como falha grave de controle. Item 12.30.2, quanto ao fornecimento de relatórios, documentos e informações de forma a permitir a integração em bancos de dados, em base eletrônica, conforme padrão determinado pela SEMUS/NI através do Setor de Tecnologia. Item 12.32.14, alínea f, quanto à integração com a ferramenta de Business Intelligence utilizada pela SEMUS/NI. Itens 12.32.4.2, 12.32.4.3, 12.32.8 e 12.32.9. Seção 10.9 do protocolo.

! A AUSÊNCIA DE INTEGRAÇÃO É FALHA GRAVE DE CONTROLE

! A AUSÊNCIA DE INTEGRAÇÃO É FALHA GRAVE DE CONTROLE

- › O prazo é do item 12.32.21: máximo de dois meses contados do início da execução contratual.
- › A caracterização do item 12.32.22 alcança tanto a ausência da integração quanto a manutenção de soluções que impeçam ou dificultem o acompanhamento, a conferência e a fiscalização pela Secretaria.
- › Integração declarada e não conciliada equivale, para efeito de fiscalização, a integração inexistente.
- › A evidência que afasta a caracterização é documental: registro do envio, protocolo de recebimento e relatório de conciliação.
- › A integração alcança lote e prazo de validade em todas as etapas de movimentação, na forma dos itens 12.32.23 a 12.32.25.

POP-TI-06.3 Sequência de execução

1. Identificar, com a SEMUS/NI e o seu Setor de Tecnologia, o padrão de dados, o meio e a periodicidade de cada envio ou integração.
2. Registrar o desenho da integração: origem, destino, campos, chave de conciliação e tratamento de erro.
3. Homologar a integração em ambiente de teste antes da entrada em produção, conforme o POP-TI-08.
4. Implementar a integração sistêmica da Farmácia e do Almoxarifado dentro do prazo máximo de dois meses a contar do início da execução contratual.
5. Assegurar que a integração transporte o registro de lote e de prazo de validade em todas as etapas de movimentação.
6. Executar cada envio no calendário do sistema de destino e guardar o comprovante e o protocolo de recebimento.
7. Conciliar, após cada ciclo, o que foi enviado com o que foi recebido, pela chave de conciliação definida.
8. Diante de divergência, identificar se a causa é de origem, de transporte ou de destino, corrigi-la e reprocessar o ciclo.
9. Registrar a divergência, a causa e a correção, e comunicar a fiscalização quando a divergência afetar o acompanhamento das informações.
10. Manter atualizada a interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da SEMUS/NI, inclusive o cadastro nacional de estabelecimentos.
11. Arquivar, por ciclo, a evidência de integração e de envio, junto à documentação da prestação de contas.
12. Levar a série das divergências à análise periódica do serviço, com a finalidade de corrigir a causa a montante.

Integração ou envio	O que o instrumento exige	Dispositivo
Farmácia e Almoxarifado com a logística da SEMUS	Compatibilidade, compartilhamento e conciliação, em até dois meses	Itens 12.32.20 e 12.32.21
Relatórios e documentos à SEMUS/NI	Formato que permita integração em banco de dados, no padrão do Setor de Tecnologia	Item 12.30.2
Indicadores com a ferramenta de Business Intelligence	Integração com a ferramenta utilizada pela SEMUS/NI	Item 12.32.14, alínea f
Sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da SEMUS/NI	Interface de faturamento, programas e regulação, e SCNES atualizado	Itens 12.32.4.2, 12.32.8 e 12.32.9
Barramento do Cartão Nacional de Saúde	Ferramenta que permita a integração ao barramento do CNS do DATASUS	Item 12.32.4.3

Tabela POP-TI-06.1 — O que se exige de cada integração e onde está a exigência.

✓ O QUE DEMONSTRA QUE A INTEGRAÇÃO EXISTE
› Comprovante do envio e protocolo de recebimento guardados por ciclo.
› Relatório de conciliação pela chave definida, após cada ciclo.
› Desenho da integração registrado, com campos e tratamento de erro.
› Homologação em ambiente de teste antes da entrada em produção.

✗ O QUE CARACTERIZA A FALHA GRAVE DE CONTROLE
› Deixar a integração sistêmica fora do prazo máximo de dois meses.
› Manter solução que impeça ou dificulte o acompanhamento e a fiscalização pela Secretaria.
› Declarar a integração concluída sem relatório de conciliação que a demonstre.
› Transportar movimentação sem lote e sem prazo de validade.

POP-TI-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Desenho da integração, com origem, destino, campos e chave de conciliação.
- › Comprovante de envio e protocolo de recebimento, por ciclo.
- › Relatório de conciliação, com as divergências e o seu tratamento.
- › Evidência da implantação da integração sistêmica dentro do prazo contratual.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
O prazo é de dois meses	Contados do início da execução contratual, pelo item 12.32.21.
A ausência é falha grave	Caracterização expressa do item 12.32.22, com medidas administrativas cabíveis.

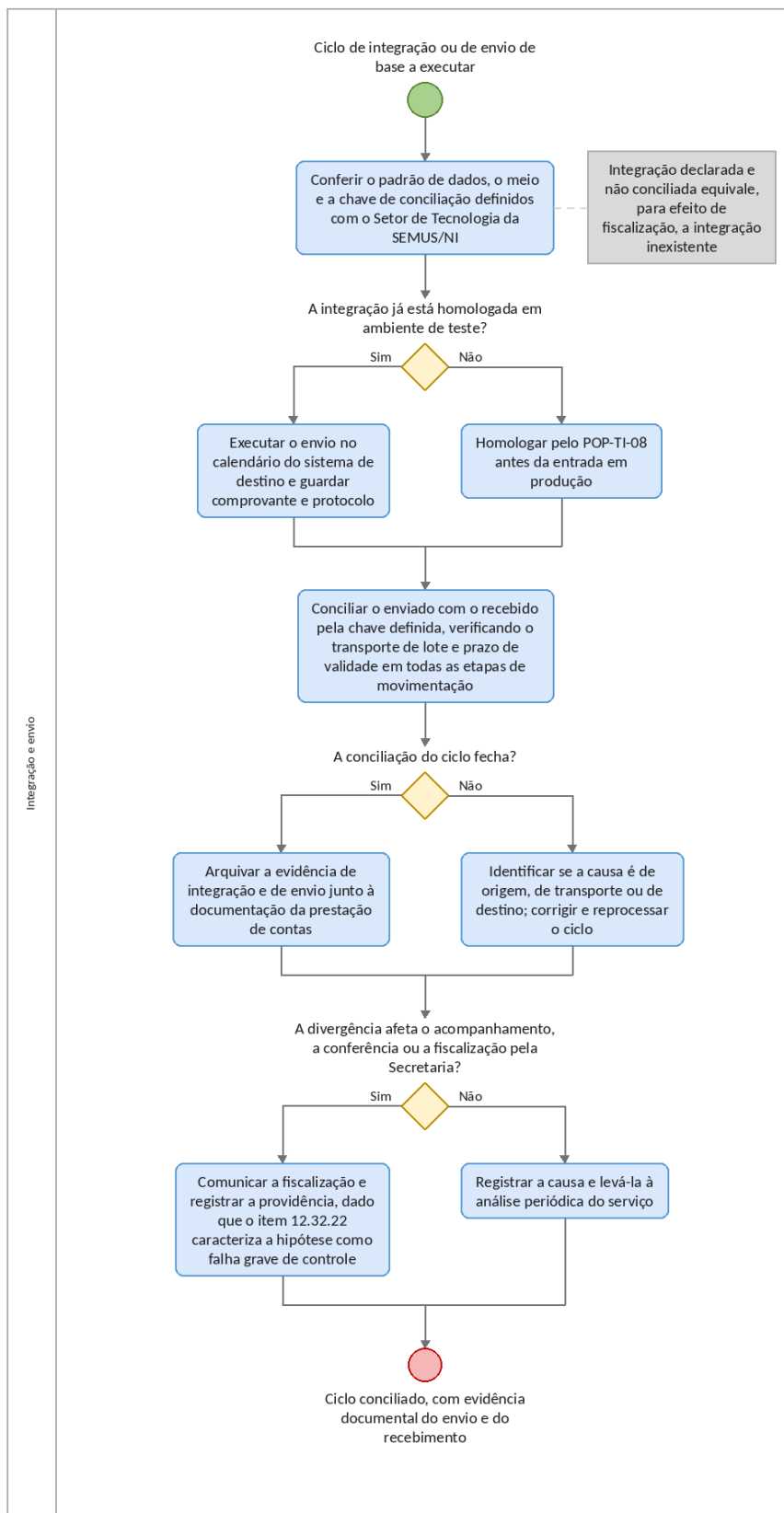
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

O padrão é da Secretaria	O item 12.30.2 remete ao padrão determinado pelo Setor de Tecnologia da SEMUS/NI.
Conciliar é parte de integrar	Integração declarada e não conciliada não se demonstra.
Lote e validade viajam junto	A rastreabilidade dos itens 12.32.23 a 12.32.25 alcança todas as etapas de movimentação.

POP-TI-06.5 Fluxograma

O fluxograma da integração mostra as três decisões que mudam o percurso: a existência de homologação prévia, sem a qual o ciclo não entra em produção; o fechamento da conciliação, que retém o arquivamento da evidência; e o alcance da divergência sobre o acompanhamento pela Secretaria, que é o que aciona a comunicação à fiscalização diante da hipótese de falha grave de controle.

POP-TI-06 — Integração e envio de bases



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.30.2 e 12.32.20 a 12.32.22; item 12.32.14, alínea f.

POP-TI-07. Tratamento de dado sensível, incidente e resposta ao titular

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TI-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 10 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TI-07.1 Quando usar

- › Na suspeita ou na constatação de acesso, perda, alteração, divulgação ou exposição indevida de dado pessoal do usuário.
- › No recebimento de requisição de titular quanto aos direitos que a Lei n.º 13.709/2018 lhe assegura.
- › No recebimento de pedido de informação de terceiro, de autoridade ou de órgão de controle que alcance dado de paciente.
- › Na avaliação de nova operação de tratamento que passe a envolver dado pessoal sensível.

POP-TI-07.2 Fundamento

Item 12.35.24 do termo de referência: a contratada deve garantir que todo o tratamento de dados pessoais e de dados pessoais sensíveis dos usuários, realizado em meio físico ou digital, observe rigorosamente a Lei n.º 13.709/2018, implementando protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso, sob pena de responsabilidade administrativa e civil. Lei n.º 13.709/2018, art. 5º, inciso II, que qualifica o dado referente à saúde como dado pessoal sensível; art. 11, inciso II, alínea f, que admite o tratamento para tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; art. 18, quanto aos direitos do titular; art. 46, quanto às medidas de segurança; e art. 48, quanto à comunicação de incidente. Itens 12.2.7, alínea d, e 12.23.4, alínea d. Seção 10.10 do protocolo.

! OS PRIMEIROS ATOS DIANTE DE INCIDENTE COM DADO PESSOAL

- › Conter: interromper o acesso indevido e preservar o estado do ambiente antes de qualquer alteração.

! OS PRIMEIROS ATOS DIANTE DE INCIDENTE COM DADO PESSOAL

- › Preservar a evidência: registros de acesso, horários e credenciais envolvidas, que se perdem se o ambiente for reconstruído antes da coleta.
- › Comunicar o encarregado pelo tratamento de dados pessoais e a coordenação, no momento em que o fato é conhecido.
- › Delimitar: quais titulares, quais dados, por quanto tempo e a partir de que origem.
- › Avaliar o risco relevante aos direitos e liberdades dos titulares, que é o critério legal para a comunicação à autoridade nacional e ao titular, na forma do art. 48.

POP-TI-07.3 Sequência de execução

1. Receber a comunicação do fato, de qualquer origem, e registrar data, hora e quem comunicou.
2. Conter o evento, interrompendo o acesso indevido e preservando o estado do ambiente.
3. Preservar e coletar a evidência disponível: registros de acesso, credenciais envolvidas, horários e volume alcançado.
4. Comunicar o encarregado pelo tratamento de dados pessoais e a coordenação do serviço.
5. Delimitar o incidente: titulares alcançados, categorias de dados, período e origem.
6. Avaliar, com o encarregado, se do incidente pode resultar risco ou dano relevante aos titulares.
7. Havendo risco relevante, providenciar a comunicação à autoridade nacional e aos titulares, na forma do art. 48 da Lei n.º 13.709/2018, com a descrição, os dados alcançados e as medidas adotadas.
8. Adotar as medidas de reversão ou de mitigação possíveis e registrá-las.
9. Corrigir a causa na origem, e não apenas o efeito: perfil indevido, credencial compartilhada, falha de configuração ou de processo.
10. Registrar a requisição de titular recebida, identificar o requerente e responder no prazo legal, observado o sigilo do prontuário e as hipóteses legais de restrição.
11. Submeter à análise do encarregado o pedido de terceiro, de autoridade ou de órgão de controle que alcance dado de paciente, antes de qualquer fornecimento.
12. Levar o incidente à análise periódica do serviço, com a causa classificada e a providência adotada.

O que se apura	Por que importa
Titulares alcançados	Define quem deve ser comunicado e em que extensão
Categorias de dados	Dado referente à saúde é dado pessoal sensível, pelo art. 5º, II
Período e origem	Delimita o alcance e orienta a correção da causa

O que se apura	Por que importa
Credenciais envolvidas	Liga o evento a perfil, função e processo de concessão
Risco aos titulares	É o critério legal da comunicação do art. 48
Medidas adotadas	Integram a comunicação e demonstram a diligência

Tabela POP-TI-07.1 — O que se apura em cada incidente, antes de decidir a comunicação.

✓ O QUE SUSTENTA O TRATAMENTO DO INCIDENTE
› Contenção antes da investigação, com preservação do estado do ambiente.
› Evidência coletada antes de qualquer reconstrução do ambiente.
› Delimitação por titulares, dados, período e origem, e não por impressão geral.
› Correção da causa na origem, para que o mesmo incidente não se repita.

✗ O QUE AGRAVA O INCIDENTE
› Reconstruir o ambiente antes de coletar os registros de acesso.
› Decidir sozinho sobre comunicar ou não, sem a avaliação do encarregado.
› Fornecer dado de paciente a terceiro sem análise da base legal aplicável.
› Encerrar o incidente corrigindo o efeito e deixando intacta a causa.

POP-TI-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro do incidente, com data, hora, origem, delimitação e evidência coletada.
- › Avaliação de risco e a decisão sobre a comunicação, com a sua motivação.
- › Comunicações efetuadas à autoridade nacional e aos titulares, quando houver.
- › Requisição de titular recebida, resposta dada e fundamento da eventual restrição.

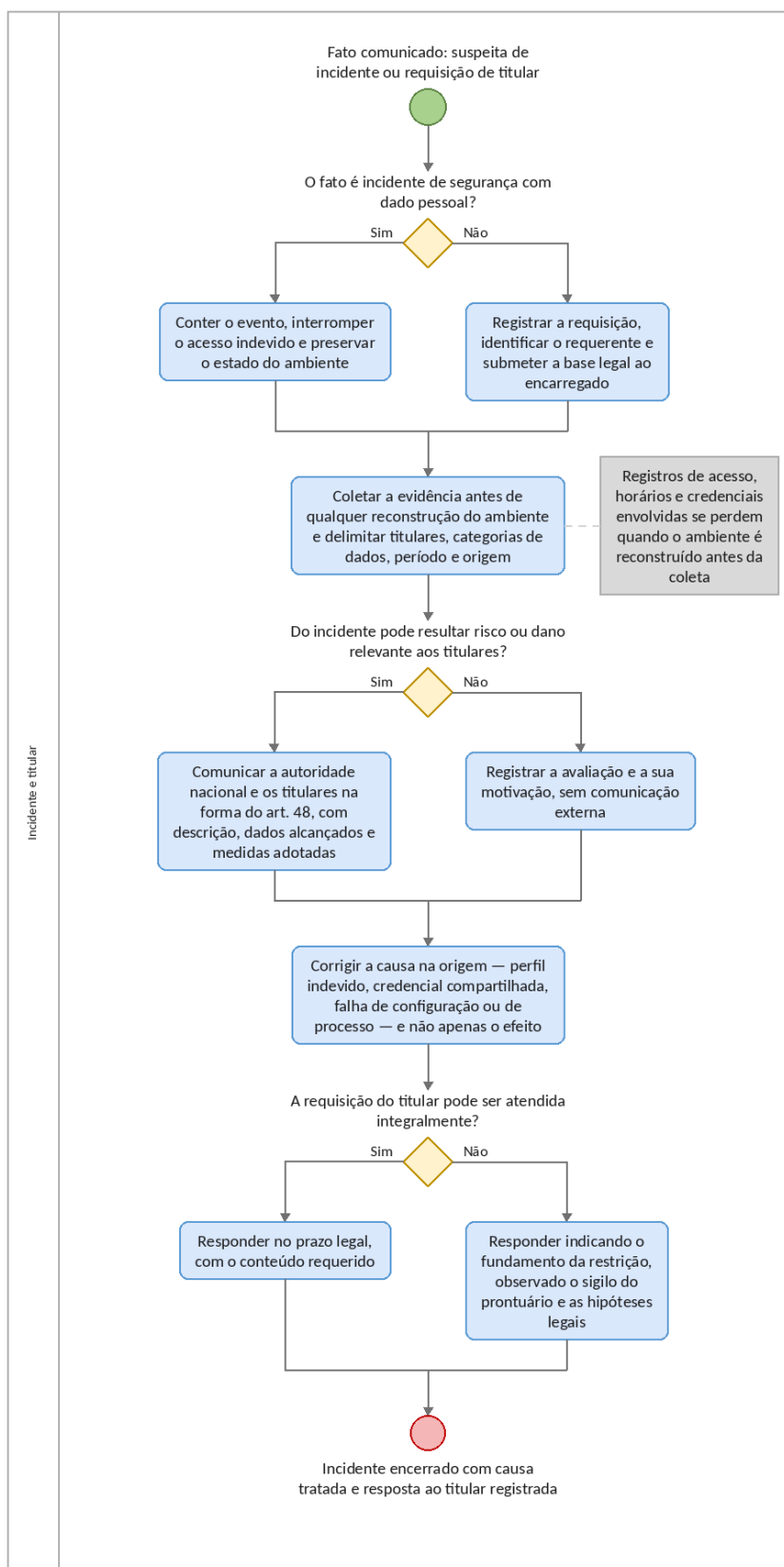
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Dado de saúde é sensível	Art. 5º, inciso II, da Lei n.º 13.709/2018.
A base legal existe	Tutela da saúde por profissionais e serviços de saúde, art. 11, inciso II, alínea f.
A exigência é contratual	O item 12.35.24 impõe protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso.
O critério é o risco	A comunicação do art. 48 decorre do risco relevante aos titulares.
Sigilo e transparência convivem	A publicidade é a regra e o sigilo a exceção, mas o dado de paciente está entre as exceções.

POP-TI-07.5 Fluxograma

O fluxograma do incidente parte da distinção entre incidente de segurança e requisição de titular, que abre percursos diferentes desde o primeiro passo. Depois dela, duas decisões

governam o desfecho: o risco relevante aos titulares, que é o critério legal da comunicação externa, e a possibilidade de atender integralmente a requisição, que separa a resposta plena da resposta com fundamento de restrição.

POP-TI-07 — Tratamento de dado sensível, incidente e resposta ao titular



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.35.24; Lei n.º 13.709/2018, arts. 18, 46 e 48.

POP-TI-08. Gestão de mudança, homologação e migração de dados

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TI-08
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 10 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TI-08.1 Quando usar

- › Em toda mudança de versão, de configuração ou de infraestrutura que alcance sistema crítico.
- › Na entrada de novo módulo, nova integração ou novo sistema em produção.
- › Na importação ou exportação de dados entre sistemas de registro eletrônico em saúde.
- › Na transição de sistemas e no encerramento do contrato de gestão.

POP-TI-08.2 Fundamento

Item 12.32.15 do termo de referência: a empresa de Prontuário Eletrônico contratada deve disponibilizar solução para permitir a migração de dados, importação e exportação, para outros Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, com o controle adequado de verificação de integridade do banco de dados e a documentação necessária para fins de interoperabilidade ou transição de sistemas no término do contrato. Item 12.21.3, quanto à transferência à contratante, ao encerramento do contrato, de todos os exames e resultados e dos seus arquivos físicos e eletrônicos, sem restrições à leitura ou ao acesso e sem ônus adicional. Item 12.32.4.7, quanto aos Níveis de Garantia de Segurança 1 e 2. Seção 10.11 do protocolo.

! NENHUMA MUDANÇA ENTRA EM PRODUÇÃO SEM ESTES QUATRO ELEMENTOS

- › Registro da mudança pretendida, com o que muda, por que muda e o que ela alcança.
- › Homologação em ambiente distinto do de produção, com o aceite da área usuária registrado.
- › Ponto de retorno definido e cópia de segurança verificada antes da execução, conforme o POP-TI-03.

! NENHUMA MUDANÇA ENTRA EM PRODUÇÃO SEM ESTES QUATRO ELEMENTOS

- › Comunicação prévia aos setores atingidos, com a janela e o efeito esperado.
- › Mudança executada sem ponto de retorno transforma erro reversível em indisponibilidade prolongada.

POP-TI-08.3 Sequência de execução

1. Registrar a mudança pretendida, com escopo, motivo, sistemas alcançados e responsável.
2. Avaliar o efeito sobre serviço assistencial, sobre integrações ativas e sobre envios em curso.
3. Preparar o ambiente de homologação e executar ali a mudança, com dados representativos.
4. Submeter a homologação à área usuária e registrar o aceite ou as ressalvas.
5. Definir o ponto de retorno e confirmar a existência de cópia de segurança verificada.
6. Comunicar previamente os setores atingidos, com a janela e o efeito esperado.
7. Executar a mudança na janela acordada, registrando início, término e ocorrências.
8. Verificar, após a execução, a integridade do banco de dados e o funcionamento das integrações e dos envios.
9. Diante de resultado adverso, acionar o ponto de retorno e registrar a decisão e a causa.
10. Na migração entre sistemas de registro eletrônico em saúde, conferir a completude e a integridade do conjunto migrado e produzir a documentação de interoperabilidade exigida.
11. Na transição de sistemas ou no encerramento do contrato, assegurar a entrega dos conjuntos de dados e dos exames com os seus arquivos, sem restrição de leitura ou de acesso.
12. Encerrar a mudança com o registro do resultado e levar as ocorrências à análise periódica.

Trava	O que impede	Evidência que a demonstra
Registro da mudança	Mudança sem dono e sem escopo declarado	Ficha de mudança, com motivo e alcance
Homologação com aceite	Entrada em produção de defeito já conhecido	Registro do aceite ou das ressalvas da área usuária
Ponto de retorno	Erro reversível virar indisponibilidade prolongada	Cópia verificada e procedimento de retorno definido
Verificação posterior	Integração e envio quebrarem em silêncio	Conferência de integridade e de integrações após a execução

Tabela POP-TI-08.1 — As quatro travas da gestão de mudança.

✓ O QUE MANTÉM A MUDANÇA SOB CONTROLE

- › Homologação em ambiente distinto do de produção, com aceite registrado.

✓ O QUE MANTÉM A MUDANÇA SOB CONTROLE

- › Ponto de retorno definido e cópia verificada antes da execução.
- › Comunicação prévia aos setores atingidos, com janela e efeito esperado.
- › Verificação de integridade e das integrações depois da execução.

✗ O QUE TRANSFORMA MUDANÇA EM INCIDENTE

- › Executar em produção o que não passou por homologação.
- › Deixar a janela sem comunicação prévia aos setores assistenciais.
- › Encerrar a mudança sem conferir integrações e envios.
- › Migrar conjunto de dados sem conferência de completude e de integridade.

POP-TI-08.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Ficha de mudança, com escopo, motivo, responsável e sistemas alcançados.
- › Registro da homologação e do aceite ou das ressalvas da área usuária.
- › Registro da execução, com início, término, ocorrências e resultado.
- › Documentação de interoperabilidade e de conferência do conjunto migrado.

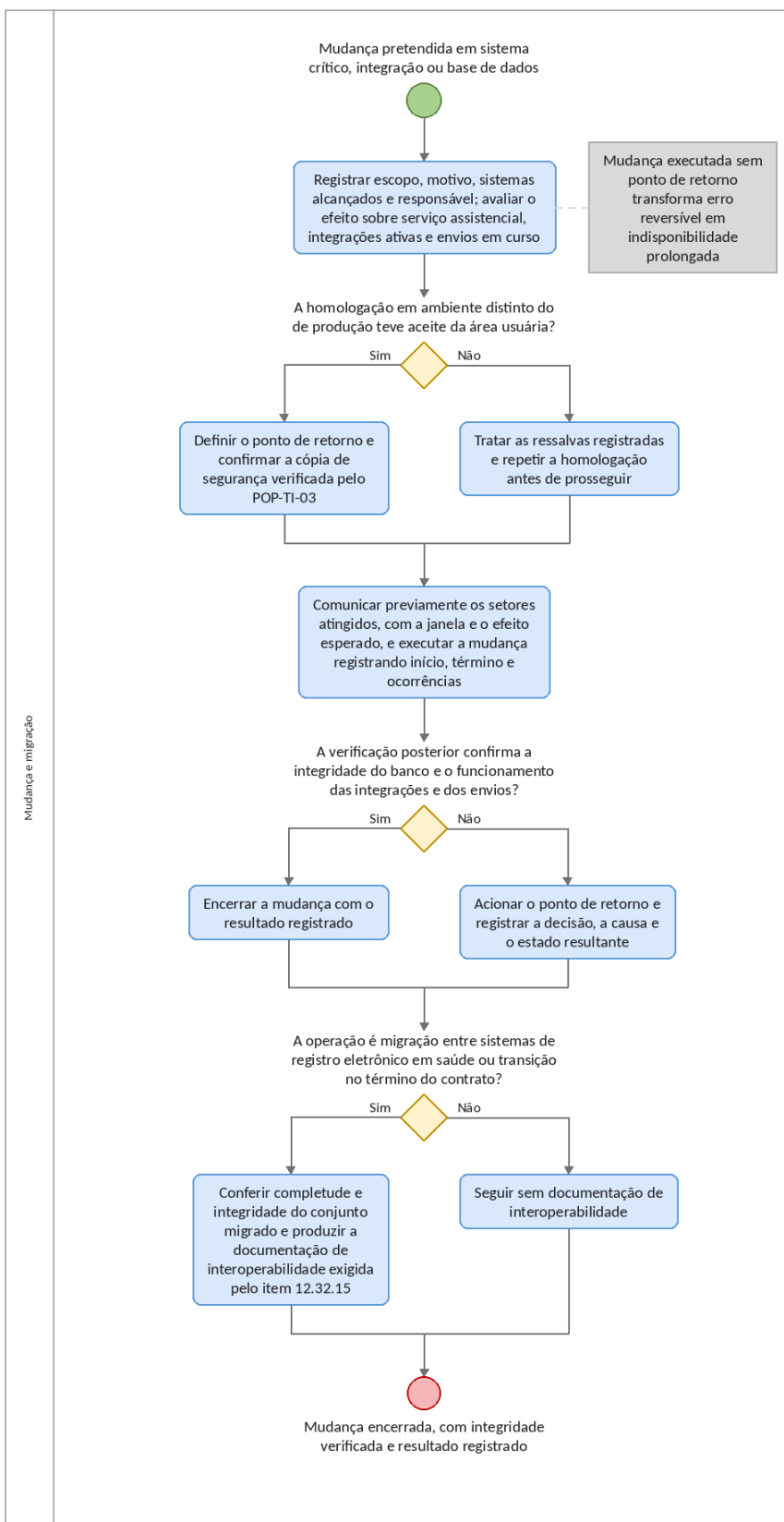
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A migração é exigência contratual	Importação, exportação e integridade do banco, pelo item 12.32.15.
Homologar é antes, não depois	O ambiente de homologação é distinto do de produção.
Sem ponto de retorno não se executa	Cópia verificada e procedimento de retorno definidos antes da janela.
Integração quebra em silêncio	A verificação posterior alcança integrações e envios em curso.
O término do contrato é fase	Documentação de interoperabilidade e entrega dos exames sem restrição de acesso, pelos itens 12.32.15 e 12.21.3.

POP-TI-08.5 Fluxograma

O fluxograma da mudança mostra as três travas que ela atravessa: o aceite da homologação pela área usuária, que devolve a mudança à correção quando há ressalva; a verificação posterior de integridade e de integrações, que decide entre encerrar e acionar o ponto de retorno; e a natureza da operação, que acrescenta ao percurso a documentação de interoperabilidade quando há migração ou transição de sistemas.

POP-TI-08 — Gestão de mudança, homologação e migração de dados



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.32.15, 12.32.4.7 e 12.21.3.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS. Comunicação de incidente de segurança com dados pessoais. Brasília, DF: ANPD. Disponível em: <https://www.gov.br/anpd/pt-br>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113787.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cartão Nacional de Saúde — CADSUS e barramento do CNS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cadsus/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.434, de 28 de maio de 2020. Institui a Rede Nacional de Dados em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1434_29_05_2020.html. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2007. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES). São Paulo: SBIS/CFM. Disponível em: <https://sbis.org.br/certificacao/>. Acesso em: 4 set. 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Ouvidoria e Satisfação do Usuário

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

11.1 Âmbito e finalidade.....	658
11.2 Base normativa.....	659
11.3 Os canais obrigatórios e a acessibilidade da manifestação	660
11.4 Classificação da manifestação	661
11.5 Tramitação, prazo de resposta e devolutiva ao manifestante	662
11.6 Denúncia: apuração e encaminhamento à instância competente.....	663
11.7 Resolubilidade: o que se considera manifestação resolvida.....	663
11.8 Pesquisa de satisfação: instrumento, amostra e periodicidade	664
11.9 Relatório periódico ao órgão de acompanhamento	665
11.10 Atribuições e responsabilidades das equipes	665
11.11 Interface com a assistência e com a apuração disciplinar	666
11.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados	667
11.13 Tratamento da não conformidade.....	668
11.14 Indicadores e monitoramento	669
11.15 Revisão, versão e governança do protocolo	670
11.16 Fluxograma	671

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	676
POP-OUV-01 Recebimento e classificação da manifestação pelos canais obrigatórios.....	677
POP-OUV-02 Tramitação, prazo de resposta e devolutiva ao manifestante.....	681
POP-OUV-03 Apuração de denúncia e encaminhamento à instância competente	685
POP-OUV-04 Apuração e monitoramento da resolubilidade	689
POP-OUV-05 Pesquisa de satisfação: instrumento, amostra e periodicidade	693
POP-OUV-06 Relatório periódico ao órgão de acompanhamento	697
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	701

Protocolo 11. Ouvidoria e Satisfação do Usuário

11.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a manifestação do usuário é recebida, registrada, classificada, tramitada, respondida e convertida em correção do serviço. Governa o percurso que começa no ato em que alguém apresenta reclamação, denúncia, solicitação, sugestão ou elogio por qualquer dos canais obrigatórios e termina no encerramento com desfecho registrado, passando pela apuração da área responsável, pela devolutiva ao manifestante e pelo retorno da causa ao processo que a produziu. Alcança também a pesquisa de satisfação, que é o segundo instrumento pelo qual a percepção do usuário entra na gestão: a ouvidoria recolhe o que o usuário decidiu dizer; a pesquisa pergunta a quem talvez nada dissesse.

A finalidade do serviço de ouvidoria é corretiva, e é preciso enunciá-lo antes de qualquer regra de tramitação. Manifestação recebida, respondida e arquivada sem que nada mude no processo que a originou é atendimento ao público, e atendimento ao público é o mínimo. A ouvidoria de que trata este protocolo tem duas saídas obrigatórias e distintas: a resposta ao manifestante, que é o direito individual, e a devolutiva à área, que é o efeito institucional. Quando apenas a primeira acontece, a mesma reclamação retorna com outro nome e outro usuário, e o serviço passa a medir a sua própria reincidência.

Duas premissas organizam o conjunto e explicam por que as seções seguintes têm a ordem que têm. A primeira é que a classificação da manifestação determina o denominador do indicador contratual de resolubilidade: o Quadro 15 do termo de referência computa, no indicador 20, o total de reclamações, solicitações e denúncias, de modo que sugestão e elogio, ainda que registrados e encaminhados, ficam fora daquele denominador. Classificar, portanto, é ato de consequência aritmética, e não formalidade de cadastro. A segunda premissa é que o critério do que se considera manifestação resolvida precisa estar escrito antes de ser medido — critério construído depois de conhecido o resultado deixa de ser critério e passa a ser justificativa, e um indicador assim apurado não é auditável por quem o fiscaliza.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de ouvidoria e satisfação do usuário observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um

produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

11.2 Base normativa

O protocolo apoia-se em quatro camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que institui o serviço, enumera os seus canais e fixa o dever de relatório. A segunda é a do instrumento convocatório, cuja minuta de contrato de gestão traz o único prazo numérico de resposta ao usuário e a exigência de modelo normatizado de pesquisa de satisfação. A terceira é a do mínimo legal, que estrutura a função de ouvidoria na administração pública e enuncia os direitos do usuário do sistema de saúde. A quarta é a do quadro de metas, que transforma resolubilidade e satisfação em pontuação mensal aferível.

Na camada contratual, o bloco 12.22 é o dispositivo central. O item 12.22.1 determina que a contratada assegure a implementação, o funcionamento e a manutenção do serviço de ouvidoria em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela SEMUS/NI, e enumera cinco obrigações mínimas: espaço físico exclusivo, de fácil acesso ao público, climatizado e identificado de forma clara e ostensiva, que possibilite o atendimento individualizado, sigiloso e humanizado; infraestrutura física, tecnológica e operacional compatível com o exercício das atividades, com condições mínimas de conforto, acessibilidade e confidencialidade; múltiplos canais de acesso, em consonância com as diretrizes da Ouvidoria da SEMUS/NI, incluídos obrigatoriamente os seis que a alínea c enumera; equipe própria, capacitada, qualificada e dimensionada de forma compatível com a demanda, observados princípios de eficiência, resolatividade e acolhimento; e o cumprimento rigoroso dos prazos estabelecidos para resposta às áreas internas envolvidas e para devolutiva ao cidadão. Somam-se o item 12.30.1, que fixa o relatório bimensal da produção da ouvidoria, o item 12.19.5, que atribui ao Núcleo de Gestão da Qualidade a pesquisa de satisfação contínua e a análise das demandas de ouvidoria, e o item 10.3, que remete a promoção de acessibilidade à Lei n.º 10.098, de 2000, orientada pela Norma Técnica ABNT NBR n.º 9050.

Na camada do instrumento convocatório, dois itens da cláusula terceira da minuta de contrato de gestão importam diretamente. O item 3.46 obriga a implantar, após prévia aprovação da SEMUS, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento. O item 3.47

obriga a realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações recebidas, com respostas aos usuários no prazo máximo de trinta dias úteis. Na camada do mínimo legal, a Lei n.º 13.460, de 2017, dispõe sobre a participação, a proteção e a defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos e alcança a administração direta e indireta das três esferas; o seu artigo 13 fixa as atribuições precípuas das ouvidorias, entre elas receber, analisar e encaminhar as manifestações às autoridades competentes, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão; e o seu artigo 16 determina que a decisão administrativa final seja encaminhada ao usuário no prazo de trinta dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período.

Três precisões merecem registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. A primeira diz respeito ao prazo. O termo de referência manda cumprir rigorosamente os prazos estabelecidos, sem enunciá-los: a alínea e do item 12.22.1 remete às diretrizes da Ouvidoria da SEMUS/NI tanto o prazo de resposta das áreas internas quanto o da devolutiva ao cidadão. O prazo numérico que vincula a organização está no item 3.47 da minuta de contrato de gestão, e o mínimo legal está no artigo 16 da Lei n.º 13.460, de 2017. Nenhum prazo de tramitação interna é instituído por este protocolo, porque prazo que o documento inventa passa a ser cobrável na execução do contrato; o que o serviço faz é organizar o trabalho de modo a dispor de tempo para apurar antes do vencimento do prazo que a fonte impõe.

A segunda precisão diz respeito à Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 2017, que reúne as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. É dela que decorre a razão de ser da ouvidoria hospitalar: o direito de ser ouvido, informado e respeitado é anterior ao canal que o operacionaliza. Ela não é, contudo, o dispositivo que estrutura a função de ouvidoria nem o que fixa o prazo da resposta — invocá-la para essa finalidade seria âncora que não sustenta o que se afirma. A terceira precisão diz respeito ao item C.2.5 do instrumento de avaliação, que exige a demonstração de canais institucionais de comunicação com mecanismo para recebimento de denúncias, inclusive de forma anônima: ele é critério de julgamento da proposta e orienta o desenho do canal, sem que disso decorra, por si, obrigação de execução distinta das já enunciadas.

11.3 Os canais obrigatórios e a acessibilidade da manifestação

A alínea c do item 12.22.1 do termo de referência enumera os canais de acesso que a organização disponibiliza obrigatoriamente ao cidadão, em consonância com as diretrizes da Ouvidoria da SEMUS/NI. A enumeração é taxativa quanto ao mínimo e aberta quanto ao acréscimo: o dispositivo fala em múltiplos canais, incluindo obrigatoriamente os seis que relaciona. A consequência prática é que a ausência de qualquer um deles é descumprimento de obrigação nomeada, ao passo que a criação de canal adicional é ampliação de acesso, e não desvio.

Canal obrigatório	O que a exigência supõe em funcionamento
Atendimento presencial	Espaço físico exclusivo, de fácil acesso ao público, climatizado e identificado de forma clara e ostensiva, que possibilite atendimento individualizado, sigiloso e humanizado

Canal obrigatório	O que a exigência supõe em funcionamento
Atendimento telefônico	Número divulgado nos pontos de contato com o público, com registro do atendimento no momento em que ele ocorre e ciência do número de protocolo ao manifestante
Correio eletrônico	Endereço institucional divulgado, com acusação de recebimento e protocolo, e tratamento dos dados pessoais na forma da legislação de proteção de dados
Página institucional na rede mundial de computadores	Formulário eletrônico acessível, que permita anexar documento e receber o número de protocolo, em consonância com as diretrizes da Ouvidoria da SEMUS/NI
Formulários impressos padronizados	Formulário disponível nos pontos de espera e de atendimento, com urna ou ponto de recolhimento identificado, e recolhimento em rotina definida pelo serviço
Correio convencional	Endereço postal divulgado, com registro da data de recebimento e resposta pelo canal de retorno indicado pelo manifestante

Tabela 11.1 — Os seis canais de acesso enumerados na alínea c do item 12.22.1 do termo de referência e a condição de funcionamento que cada um pressupõe.

Canal disponível e canal acessível são coisas distintas, e a diferença entre elas é onde a ouvidoria hospitalar mais frequentemente falha. Quem chega ao serviço com uma queixa costuma estar cansado, com receio de represália sobre o parente internado e com pouca familiaridade com escrita formal. Por isso o protocolo adota como princípio que a manifestação apresentada verbalmente é reduzida a escrito pelo atendente, lida ao manifestante antes do registro e protocolada com a mesma força da apresentada por escrito. O mesmo vale para quem tem dificuldade de leitura ou de escrita: a barreira de forma jamais converte um direito em favor, e o registro é a obrigação de quem atende.

A acessibilidade tem ainda uma dimensão física e uma tecnológica, ambas com fonte própria. O item 12.22.1 exige infraestrutura física, tecnológica e operacional compatível com o exercício das atividades de ouvidoria, assegurando condições mínimas de conforto, acessibilidade e confidencialidade; e o item 10.3 do termo de referência determina que, em caso de necessidade, os serviços atendam aos critérios de promoção de acessibilidade previstos na Lei n.º 10.098, de 2000, cujo cumprimento se orienta pela Norma Técnica ABNT NBR n.º 9050, no que couber. Confidencialidade, aqui, é requisito de projeto e não de conduta: atendimento que pode ser ouvido do corredor inibe a denúncia antes de qualquer promessa de sigilo, e o que se perde nesse ponto não aparece em nenhum indicador, porque a manifestação que não chega a ser feita não é medida por ninguém.

11.4 Classificação da manifestação

A classificação abre a tramitação e define quase tudo o que vem depois: o prazo aplicável, a instância que apura, o grau de sigilo e, sobretudo, o denominador do indicador contratual. As espécies são nomeadas pelas próprias fontes, ainda que em ordem e com recorte distintos. O item 12.30.1 do termo de referência fala em solicitações, reclamações, denúncias e sugestões. O item 3.47 da minuta de contrato de gestão fala em sugestões, queixas e reclamações. O indicador 20 do Quadro 15 computa reclamações, solicitações e denúncias. O protocolo adota, por isso, cinco espécies: reclamação, denúncia, solicitação, sugestão e elogio — as quatro

primeiras nomeadas nas fontes e a última acrescentada porque o retorno positivo é informação de gestão e circula pelo mesmo canal.

A distinção entre as espécies é feita pela natureza do que se pede, e não pelo tom com que se pede. Reclamação é a manifestação de insatisfação com serviço prestado ou com conduta observada. Denúncia é a comunicação de irregularidade, de ilícito ou de violação de direito, e é a única espécie que pode ser anônima e que exige encaminhamento a instância própria de apuração. Solicitação é o pedido de providência, de informação ou de acesso a serviço que a unidade presta. Sugestão é a proposta de aperfeiçoamento. Elogio é o reconhecimento de serviço ou de profissional. Uma manifestação exaltada que pede segunda via de documento é solicitação; uma manifestação cortês que descreve cobrança indevida é denúncia. Classificar pelo tom produz série que descreve o humor do público, e não o desempenho do serviço.

Três regras de método sustentam a classificação. A primeira: a manifestação plúrima é desmembrada, porque quem reclama da espera e denuncia cobrança irregular apresentou duas manifestações, com percursos e instâncias diferentes, e tratá-las como uma só faz desaparecer a mais grave. A segunda: a reclassificação é possível e é registrada com motivo e data, porque ela altera o denominador do indicador e uma alteração silenciosa de denominador é indistinguível de manipulação. A terceira: além da espécie, cada manifestação recebe assunto, alvo e canal de entrada, na estrutura que o próprio item 12.19.5 do termo de referência determina para a análise das demandas de ouvidoria, que exige levantamento dos principais assuntos, dos motivos que os produziram e dos alvos das manifestações por setor, categoria profissional ou serviço. É essa segunda camada que permite passar do caso individual à causa de processo.

11.5 Tramitação, prazo de resposta e devolutiva ao manifestante

Registrada e classificada, a manifestação é encaminhada à área responsável pelo assunto, com o teor íntegro do que foi relatado e com o ponto que precisa de apuração destacado. O encaminhamento identifica a função destinatária, e não a pessoa, e é registrado com data, para que o intervalo entre o acolhimento e o retorno da área seja conhecido. A ouvidoria acompanha a demanda até a efetiva conclusão, na forma do artigo 13, inciso VI, da Lei n.º 13.460, de 2017, e essa vinculação legal é o que impede que o encaminhamento se confunda com desfecho: manifestação encaminhada e sem retorno permanece aberta e continua sendo responsabilidade da ouvidoria.

Os prazos têm duas fontes e é preciso lê-las juntas. O item 3.47 da minuta de contrato de gestão fixa resposta aos usuários no prazo máximo de trinta dias úteis, diante das sugestões, queixas e reclamações recebidas. O artigo 16 da Lei n.º 13.460, de 2017, determina que a decisão administrativa final seja encaminhada ao usuário no prazo de trinta dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período. As duas normas incidem, e o cumprimento do prazo mais curto aplicável ao caso satisfaz ambas — leitura que se registra aqui por segurança, para que a existência de dois prazos de contagem distinta não seja tomada como margem. Quanto ao prazo de resposta das áreas internas, a alínea e do item 12.22.1 remete às diretrizes estabelecidas pela SEMUS/NI, e é a elas que o serviço se vincula, organizando o trabalho de modo a dispor de tempo para apurar e responder antes do vencimento do prazo devido ao usuário.

A devolutiva é o produto final do procedimento e tem requisitos de conteúdo, não apenas de prazo. Ela responde ao que foi perguntado, em linguagem compreensível por quem perguntou, e informa três coisas: o que foi apurado, que providência foi adotada e, quando houver ponto pendente, de que ele depende. Resposta que descreve o regulamento sem dizer o que aconteceu no caso concreto é a causa mais comum de reabertura, e a reabertura consome duas vezes o mesmo trabalho. A comunicação é feita pelo canal de retorno que o manifestante escolheu no acolhimento, e a data, o canal e o teor da devolutiva ficam registrados — sem esse registro, a resposta existe para quem a redigiu e inexistente para quem audita. Havendo prorrogação admitida pela norma, a justificativa é registrada antes do vencimento, e não depois dele.

11.6 Denúncia: apuração e encaminhamento à instância competente

A denúncia tem regime próprio porque tem risco próprio: para o denunciante, que se expõe; para o denunciado, que pode ser acusado sem fundamento; e para a instituição, que responde por ambos. O primeiro dever é o sigilo, e ele tem fonte contratual dupla. A alínea a do item 12.22.1 exige que o espaço possibilite atendimento individualizado, sigiloso e humanizado, e a alínea b exige condições mínimas de confidencialidade; a alínea d do item 12.23.4 impõe a garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários. A esses somam-se os deveres da legislação de proteção de dados pessoais quanto à finalidade, à necessidade e ao acesso restrito. Na prática, isso significa que a identidade do denunciante circula apenas no que for indispensável à apuração, e que o encaminhamento à área descreve o fato sem revelar quem o relatou, quando a apuração puder prosseguir assim.

A denúncia anônima é recebida e apurada pelo que tiver de verificável. O instrumento de avaliação, no item C.2.5, inciso V, exige a demonstração de mecanismo para recebimento de denúncias inclusive de forma anônima, e o desenho do canal atende a essa condição. O anonimato limita o contraditório com o denunciante e impede a devolutiva individual, mas não autoriza o arquivamento sumário: o que se apura é o fato descrito, pelos elementos objetivos que a denúncia oferecer, e o resultado é registrado ainda que o manifestante permaneça desconhecido. Quando a denúncia é identificada, a devolutiva informa o desfecho no que couber, preservados o sigilo da apuração e os dados pessoais de terceiros.

A ouvidoria encaminha e acompanha; ela não julga o mérito disciplinar nem apura responsabilidade individual. Essa delimitação é deliberada e protege as duas funções. O encaminhamento observa a natureza do fato: conduta de exercício profissional vai à direção técnica e ao responsável técnico da área, e ao conselho de classe quando o caso o exigir; descrição de dano ou de quase dano ao paciente vai ao Núcleo de Segurança do Paciente, na forma do item 12.19.1 do termo de referência, para notificação e análise; indício de infração sanitária vai à autoridade sanitária competente; e o que envolver a relação com a contratante é levado à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão. Em todos os casos a ouvidoria registra a data do encaminhamento, a instância destinatária e o retorno recebido, e mantém a manifestação aberta até que haja desfecho comunicado.

11.7 Resolubilidade: o que se considera manifestação resolvida

O indicador 20 do Quadro 15 do termo de referência mede a resolubilidade da ouvidoria pela razão entre o total de manifestações resolvidas e o total de reclamações, solicitações e

denúncias, multiplicada por cem, com meta igual ou superior a noventa por cento e peso de três pontos no quadro de indicadores qualitativos. O numerador conta as manifestações resolvidas dentro do mesmo universo do denominador, isto é, entre as reclamações, as solicitações e as denúncias do período; sugestões e elogios encerrados não integram o cálculo, para que o quociente compare conjuntos equivalentes e a série permaneça comparável consigo mesma de um período para o outro.

Resolvida, para efeito deste protocolo e da apuração do indicador, é a manifestação que reúne quatro condições cumulativas, todas com evidência documental. A primeira é a conclusão da apuração pela área competente, com resposta que enfrenta o que foi relatado. A segunda é a comunicação da resposta ao manifestante pelo canal de retorno escolhido, com data registrada. A terceira é a existência de providência adotada ou, quando a providência não for cabível, a declaração expressa do motivo pelo qual o pedido não pôde ser atendido — resposta negativa fundamentada resolve a manifestação; resposta evasiva, jamais. A quarta é a inexistência de reabertura pelo mesmo fato até o fechamento da apuração do período. Escrever esse critério é o que torna o indicador auditável: sem ele, cada apuração adota o conceito que lhe convém e a série perde comparabilidade consigo mesma.

Igualmente importante é declarar o que não resolve. Não resolve o encaminhamento à área sem retorno, ainda que a manifestação esteja tramitando há muito tempo. Não resolve a resposta genérica que descreve norma sem informar o que ocorreu no caso. Não resolve o encerramento por decurso de prazo, que é o arquivamento do problema e não a sua solução. E quando o retorno ao manifestante fica impedido por circunstância alheia ao serviço — contato indisponível ou incorreto, por exemplo —, registram-se as tentativas realizadas e o motivo, e o encerramento é qualificado como tal no registro, para que a série revele a proporção desses casos em vez de dissolvê-los no resultado. Quem lê o indicador precisa poder distinguir a manifestação que foi resolvida daquela que apenas deixou de ser acompanhada.

11.8 Pesquisa de satisfação: instrumento, amostra e periodicidade

A pesquisa de satisfação é o instrumento que alcança o usuário que não se manifesta, e essa é a sua razão de existir ao lado da ouvidoria. Ela tem fonte dupla e convergente. O item 3.46 da minuta de contrato de gestão obriga a implantar, após prévia aprovação da SEMUS, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento. O item 12.19.5 do termo de referência atribui ao Núcleo de Gestão da Qualidade implantar pesquisa de satisfação contínua que atenda todos os perfis de usuários, seguindo as diretrizes estabelecidas pela SEMUS/NI, e elaborar relatório de análise e plano de ação mensal com base nos resultados, estruturando mecanismos de controle para o monitoramento dos planos de ação.

Instrumento, amostra e periodicidade decorrem dessas fontes, e o protocolo declara expressamente que não institui nenhum dos três por conta própria. O instrumento é o modelo normatizado submetido à prévia aprovação da SEMUS. A abrangência é a que o item 12.19.5 determina, isto é, todos os perfis de usuários atendidos pela unidade, o que impede que a pesquisa se concentre nos pontos de contato mais cômodos de abordar e deixe de fora internação, urgência ou ambulatório. A periodicidade é a que a mesma fonte enuncia: contínua, com aplicação pós-atendimento na forma do item 3.46. O desenho amostral acompanha o

modelo aprovado; quando o modelo o deixar em aberto, o serviço adota amostra periódica suficiente para representar os perfis atendidos, definida em rotina própria e declarada no relatório, com a finalidade de tornar o resultado comparável entre períodos.

O instrumento precisa produzir exatamente a classificação que a fórmula contratual pressupõe. O indicador 24 do Quadro 15 apura o resultado positivo pela razão entre a soma das pesquisas de usuários classificados como promotores, definidos ali como os muito satisfeitos e os satisfeitos, e o total de pesquisas de satisfação respondidas. A escala adotada, portanto, contempla ao menos essas categorias, e o registro conserva a resposta individual, e não apenas o percentual consolidado, porque é a resposta individual que permite refazer o cálculo em diligência. Três cautelas de aplicação completam a seção: quem aplica a pesquisa não é quem prestou o cuidado avaliado, na forma da segregação de funções adotada pelo serviço; a pergunta é lida como está escrita, sem induzir resposta; e a recusa em responder é registrada como recusa, porque taxa de resposta é informação sobre a qualidade do dado, e não defeito a esconder.

11.9 Relatório periódico ao órgão de acompanhamento

O relatório da ouvidoria é obrigação nomeada, com periodicidade, conteúdo, modelo e destinatário definidos na fonte. O item 12.30.1 do termo de referência determina confeccionar e apresentar relatório bimensal da produção da ouvidoria, contendo as demandas acolhidas no período e as medidas de melhorias diante das solicitações, reclamações, denúncias e sugestões; estabelece que o relatório seguirá o modelo apresentado pela Ouvidoria da SEMUS/NI; e determina a sua entrega à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão, para acompanhamento. O protocolo reproduz esses quatro elementos sem acrescentar nenhum, e é essa a razão de não se propor aqui um modelo próprio de relatório: o modelo é o da ouvidoria da secretaria, e propor outro seria criar obrigação onde a fonte já definiu a forma.

O calendário de reporte deste protocolo tem mais de um ritmo, e cada um deles tem fonte própria. O relatório bimensal da produção da ouvidoria decorre do item 12.30.1, que é o dispositivo específico da matéria e o que o serviço observa. O relatório de análise e o plano de ação sobre os resultados da pesquisa de satisfação são mensais, por força do item 12.19.5, que também prevê os relatórios trimestrais de satisfação dos usuários, com a avaliação dos indicadores e dos planos de ação, e o relatório anual de autoavaliação da gestão com plano de melhorias. E o relatório mensal do Núcleo de Segurança do Paciente, previsto no item 12.19.2.1, recebe da ouvidoria o que houver de incidente e de evento adverso. Nenhum desses ritmos é criado aqui; todos são reproduzidos das respectivas fontes, e a única providência que o protocolo institui é a de manter uma base única de manifestações, capaz de alimentar os quatro sem recontagem manual, com a finalidade de assegurar consistência entre relatórios que descrevem o mesmo período.

11.10 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da separação entre quem acolhe, quem apura e quem responde pelo desfecho: a ouvidoria recebe e acompanha, a área apura, a instância competente decide o que é da sua alçada, e a devolutiva ao usuário retorna sempre pela

ouvidoria. Essa separação preserva o manifestante da área sobre a qual ele se manifestou, que é a condição elementar para que a manifestação exista.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Responsável pelo serviço de ouvidoria	Responde pelo funcionamento dos canais, pela classificação, pelo acompanhamento até a conclusão, pela devolutiva ao manifestante e pelo relatório bimensal à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização
Atendente da ouvidoria	Acolhe, reduz a escrito a manifestação verbal, lê ao manifestante antes de registrar, protocola e informa o número de protocolo e o canal de retorno
Coordenação da área demandada	Apura o fato relatado no âmbito do seu serviço, devolve resposta conclusiva à ouvidoria e adota a providência de processo que o caso indicar
Direção técnica	Recebe a manifestação que envolve conduta de exercício profissional, decide o encaminhamento à instância própria e valida a devolutiva de conteúdo assistencial
Núcleo de Gestão da Qualidade	Conduz a pesquisa de satisfação contínua, elabora a análise e o plano de ação sobre os seus resultados e analisa as demandas de ouvidoria por assunto, motivo e alvo
Núcleo de Segurança do Paciente	Recebe da ouvidoria a manifestação que descreve dano ou quase dano, notifica e analisa o incidente e devolve o resultado da análise
Direção administrativa	Assegura as condições de espaço, infraestrutura e equipe exigidas no item 12.22.1 e responde pela relação com a contratante quanto ao serviço de ouvidoria
Responsável pelo tratamento de dados pessoais	Define o acesso por perfil à base de manifestações, orienta o sigilo do denunciante e responde pelos requisitos da legislação de proteção de dados

Tabela 11.2 — As oito funções que respondem pela ouvidoria e pela satisfação do usuário e o que cabe a cada uma.

Essas funções operam em três níveis de governança, e distingui-los é o que evita tanto a sobreposição quanto o vazio de decisão. O nível de execução é o do atendimento e da tramitação: acolhe, classifica, encaminha, cobra retorno e comunica a devolutiva. O nível de coordenação é o do responsável pelo serviço de ouvidoria com as coordenações das áreas demandadas: analisa as manifestações por assunto e por alvo, define providência de processo e acompanha a sua situação de um ciclo para o outro. O nível de direção é o da direção técnica e da direção administrativa: decide o encaminhamento a instância própria, valida o relatório apresentado à contratante e responde pelas condições de espaço, infraestrutura e equipe que o item 12.22.1 exige. A supervisão flui de cima para baixo por meio da análise periódica das demandas; a informação flui de baixo para cima pela mesma base única de manifestações, sem recontagem e sem versão paralela.

O que não se delega, em nenhuma hipótese: a recusa de recebimento de manifestação, que não se admite por forma, por canal ou por juízo prévio sobre o mérito; a revelação da identidade do denunciante à área denunciada, fora do que a apuração exigir e a norma autorizar; o encerramento de manifestação sem devolutiva comunicada e registrada; e a alteração de classificação sem motivo e data lançados, porque ela altera o denominador do indicador contratual.

11.11 Interface com a assistência e com a apuração disciplinar

A ouvidoria depende inteiramente do trabalho de terceiros para produzir o seu resultado, e por isso é a qualidade das interfaces que determina o indicador. Três delas são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. A primeira é a interface com a assistência. O que ela recebe da ouvidoria é informação sobre o próprio cuidado, vista do lado de quem o recebeu. O ponto de falha é a devolutiva que chega como cobrança individual: quando a manifestação vira acusação nominal, a equipe se defende, o registro empobrece e a próxima manifestação semelhante é tratada como ameaça. O tratamento é devolver por assunto, por motivo e por alvo de serviço, na estrutura que o item 12.19.5 do termo de referência determina para a análise das demandas, deslocando a discussão do episódio para o processo que o tornou provável.

A segunda é a interface com a apuração de conduta. O ponto de falha aqui tem duas faces opostas e ambas frequentes. De um lado, a ouvidoria que se converte em instância de julgamento e antecipa conclusão sobre responsabilidade individual, o que compromete a apuração e expõe a instituição. De outro, a apuração que absorve a manifestação e a transforma em processo interno silencioso, ao fim do qual o manifestante nunca recebeu resposta. O tratamento decorre da própria delimitação de competências: a resposta ao usuário é devida no prazo da fonte e independe do desfecho da apuração, podendo informar que a apuração foi instaurada e corre na instância própria, sem antecipar mérito nem revelar dados de terceiros. Prazo de apuração e prazo de resposta correm em paralelo e respondem a lógicas diferentes.

A terceira é a interface com a segurança do paciente e com a gestão da qualidade, e é ela que faz da ouvidoria uma fonte de entrada do sistema de gestão de risco. A manifestação que descreve dano, quase dano ou falha de processo é, materialmente, uma notificação — feita por quem esteve no ponto de contato e viu o que a equipe não viu. Por isso ela é encaminhada ao Núcleo de Segurança do Paciente, que a trata na forma do item 12.19.1 do termo de referência, e integra o relatório mensal consolidado de incidentes e eventos adversos previsto no item 12.19.2.1, com o plano de ação corretiva correspondente. O mesmo vale para o Núcleo de Gestão da Qualidade quanto ao que a pesquisa de satisfação revela. Fechar esse circuito é a contribuição própria deste protocolo ao modelo de coordenação técnico-administrativa: a escuta do usuário deixa de ser um canal isolado e passa a ser um dos sensores do sistema de monitoramento da unidade.

11.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas nem defesa em diligência. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do percurso da manifestação produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — data de devolutiva anotada dias depois torna incerto o cumprimento do prazo que a fonte impõe, e é justamente o cumprimento do prazo que a fiscalização verifica pelo documento, e não pela lembrança de quem executou.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
----------	-------------	-----------	--------

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Protocolo da manifestação, com data, canal, espécie, assunto e alvo	Ouvidoria	Base de manifestações, com acesso por perfil	Prazo aplicável ao documento
Termo de redução a escrito da manifestação verbal, lido ao manifestante	Atendente da ouvidoria	Base de manifestações e pasta do período	Prazo aplicável ao documento
Encaminhamento à área e resposta conclusiva recebida	Ouvidoria e área demandada	Base de manifestações	Prazo aplicável ao documento
Devolutiva ao manifestante, com data, canal e teor	Ouvidoria	Base de manifestações	Prazo aplicável ao documento
Prorrogação justificada e o seu motivo	Ouvidoria	Base de manifestações	Prazo aplicável ao documento
Encaminhamento de denúncia à instância competente e retorno recebido	Ouvidoria	Expediente reservado, com acesso restrito	Prazo aplicável ao documento
Respostas individuais da pesquisa de satisfação e base de apuração	Núcleo de Gestão da Qualidade	Base da pesquisa, com acesso por perfil	Prazo aplicável ao documento
Relatório bimensal da produção da ouvidoria e comprovante de entrega	Ouvidoria e direção administrativa	Prestação de contas e processo do contrato	Cinco anos após o término do contrato
Base de apuração dos indicadores de resolubilidade e de satisfação	Ouvidoria e Núcleo de Gestão da Qualidade	Prestação de contas do período	Cinco anos após o término do contrato

Tabela 11.3 — Os nove registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos após o término do contrato de gestão alcança os documentos que integram os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, e o prazo é o do item 12.30.3 do termo de referência, que determina arquivar por esse período os arquivos entregues quando da prestação de contas. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. A regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico. Como a base de manifestações reúne dados pessoais e, com frequência, dados sobre a saúde de quem se manifesta ou de quem está internado, o acervo observa os requisitos de integridade e rastreabilidade aplicáveis, com acesso controlado por perfil e registro de quem consultou o quê — exigência que decorre tanto da legislação de proteção de dados pessoais quanto do dever contratual de sigilo dos dados dos usuários.

11.13 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: manifestação recebida e não registrada no acolhimento, classificação que não corresponde à natureza do que foi pedido, encaminhamento à área sem retorno, resposta que não enfrenta o que foi relatado, devolutiva produzida e não comunicada ao manifestante, prazo excedido sem prorrogação registrada, denúncia tratada fora da instância competente ou com quebra de sigilo, e relatório entregue fora do modelo ou do ciclo que a fonte fixa. Ela é

registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

O tratamento tem quatro momentos, quaisquer que sejam a espécie e a gravidade. Primeiro, o registro do desvio com a sua descrição, na data em que é identificado. Segundo, a classificação pela causa: falha de acolhimento, falha de classificação, falha de encaminhamento, falha de resposta ou falha de comunicação da devolutiva. Terceiro, a correção do caso concreto, que restabelece o direito do manifestante e, quando o prazo já estiver vencido, o faz com a informação de que foi vencido. Quarto, a devolutiva à área em que a causa nasceu, com dado objetivo, porque a correção que se esgota no caso trata o sintoma e deixa intacta a condição que o produziu.

Há, além disso, uma não conformidade que este protocolo não trata, mas capta — e essa é a sua contribuição própria ao conjunto dos protocolos administrativos. A manifestação do usuário é fonte de entrada da não conformidade dos demais processos da unidade: quem reclama de espera excessiva na entrega de resultado, de material indisponível no momento do atendimento, de informação divergente entre setores ou de cobrança indevida está descrevendo, do lado de fora, uma falha que os protocolos de fluxo, de suprimentos, de faturamento ou de comunicação institucional tratam do lado de dentro. Por isso a manifestação classificada com esse conteúdo é encaminhada como notificação à área que responde pelo processo, e não apenas respondida ao usuário; e a reincidência de assunto por alvo de serviço, que a análise do item 12.19.5 exige levantar, é o sinal mais barato de que existe falha estrutural, porque chega antes de qualquer auditoria e sem custo de amostragem.

11.14 Indicadores e monitoramento

O contrato de gestão mede este protocolo por dois indicadores do Quadro 15, e as suas fórmulas são conhecidas e verificáveis. O indicador 20, resolubilidade da ouvidoria, é a razão entre o total de manifestações resolvidas e o total de reclamações, solicitações e denúncias, multiplicada por cem, com meta igual ou superior a noventa por cento e peso de três pontos. O indicador 24, resultado positivo de pesquisa de satisfação, é a razão entre a soma das pesquisas realizadas com usuários classificados como promotores, definidos ali como os muito satisfeitos e os satisfeitos, e o total de pesquisas de satisfação respondidas, com meta igual ou superior a setenta por cento e peso de dois pontos. Juntos, respondem por cinco dos cem pontos do quadro de indicadores qualitativos.

Indicador	Fórmula	Meta	Resultado publicado
Resolubilidade da ouvidoria	Total de manifestações resolvidas ÷ total de reclamações, solicitações e denúncias × 100	≥ 90,0%	100,0% — 21 de 21
Resultado positivo de pesquisa de satisfação	Soma das pesquisas com usuários classificados como promotores, muito satisfeitos e satisfeitos ÷ total de pesquisas respondidas × 100	≥ 70,0%	99,3% — 410 de 413

Tabela 11.4 — Os dois indicadores contratuais deste protocolo, com fórmula, meta e resultado publicado no instrumento — indicadores 20 e 24 do Quadro 15, com pesos de três e de dois pontos.

▣ O QUE O NÚMERO DIZ, LIDO PELA FÓRMULA

- › O denominador da resolubilidade no mês de referência é pequeno: 21 manifestações entre reclamações, solicitações e denúncias, todas resolvidas.
- › Com 21 no denominador, a meta de 90% é alcançada com 19 resolvidas, que dão 90,5%. Com 18, o resultado cai para 85,7% e a meta é perdida.
- › A margem, portanto, é de duas manifestações no mês. Numa base assim, o resultado depende de casos individuais, e não de tendência: cada manifestação é, sozinha, quase cinco pontos percentuais.
- › A consequência de método é direta: o acompanhamento é nominal, manifestação a manifestação, com desfecho declarado para cada uma, e não pela média do período.
- › Na pesquisa de satisfação foram 410 classificações positivas em 413 respostas, contra meta de 70%. Os dois indicadores estão em situação distinta e não devem receber o mesmo tratamento.

A apuração observa a fórmula do Quadro 15, que é o instrumento pelo qual a unidade é pontuada: as classificações de usuários muito satisfeitos e satisfeitos sobre o total de pesquisas respondidas. O resultado publicado no termo de referência, 410 sobre 413, corresponde a essa apuração, e é sobre essa base que o serviço acompanha a série. A memória de cálculo é conservada junto das respostas individuais do período, de modo que o número possa ser recomposto integralmente em diligência, com a taxa de resposta declarada ao lado do resultado, porque é ela que qualifica o percentual apurado.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha nominalmente as manifestações do período, com desfecho declarado para cada uma, pela razão aritmética exposta na leitura do número. A segunda acompanha as medidas internas que a leitura do período recomendar, com atenção ao intervalo entre o acolhimento e a devolutiva, que é o preditor mais confiável de perda de prazo. A terceira acompanha a pesquisa de satisfação e a sua taxa de resposta, porque resultado alto obtido sobre base pequena diz menos do que parece. A análise é feita pela coordenação com as áreas de origem, e não isoladamente dentro da ouvidoria: a causa da maioria das manifestações nasce fora dela, e medir em conjunto é o que impede que cada setor conclua que a falha foi do outro.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

11.15 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial

alteração das diretrizes da Ouvidoria da SEMUS/NI, mudança no modelo de relatório por ela apresentado, aprovação ou alteração do modelo normatizado de pesquisa de satisfação, alteração das fórmulas, das metas ou dos pesos dos indicadores do Quadro 15, ou achado que revele falha estrutural no percurso da manifestação.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos e entre setores, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e alcança também as funções que apenas recebem manifestação encaminhada, porque é nelas que o prazo costuma ser perdido. A aderência é observada nas próprias análises periódicas das demandas, que são a oportunidade natural de verificar se a rotina descrita é a rotina praticada.

A responsabilidade pela manutenção é do responsável pelo serviço de ouvidoria, com validação da direção técnica quanto ao que toca a conduta assistencial e o encaminhamento a instância própria, do Núcleo de Gestão da Qualidade quanto ao que toca a pesquisa de satisfação e a análise das demandas, e da direção administrativa quanto ao que toca a relação com a contratante e a prestação de contas. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional, e evita que a mesma proposta retorne sem elemento novo.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

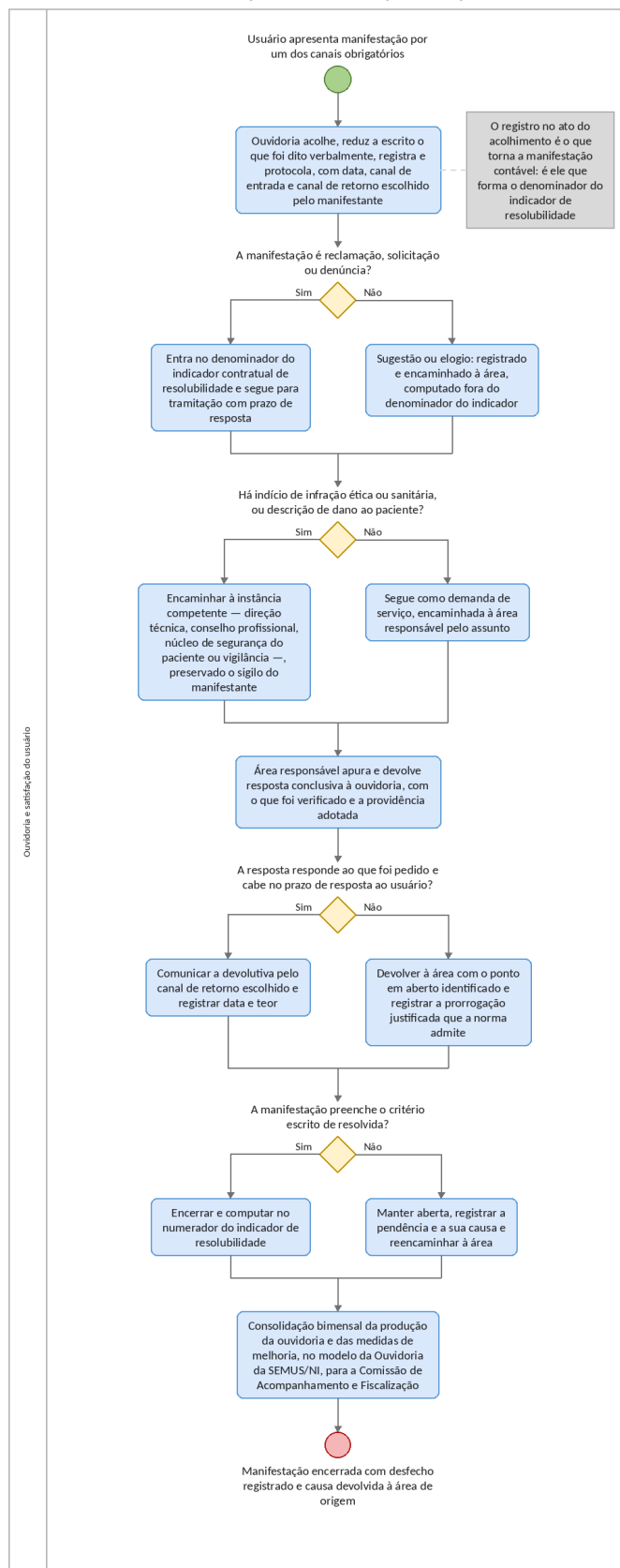
A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

11.16 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho da manifestação do usuário à correção do serviço, com as quatro bifurcações que efetivamente mudam o percurso. A primeira é a espécie da manifestação, que decide entre a tramitação com prazo, computada no denominador do indicador de resolubilidade, e o registro de sugestão ou elogio, que fica fora daquele denominador. A segunda é a existência de indício de infração ética ou sanitária ou de descrição de dano, que desloca o caso para a instância competente e aciona o regime de sigilo. A terceira é a suficiência da resposta recebida da área, que separa a devolutiva ao manifestante do retorno à área com o ponto em aberto identificado. A quarta é o preenchimento do critério escrito de resolvida, que

decide entre encerrar e computar no numerador do indicador ou manter a manifestação aberta com a pendência registrada. O percurso termina na consolidação bimensal da produção para a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, e na devolução da causa à área de origem — que é o ponto em que o atendimento individual se converte em correção de processo. Três observações ajudam a lê-lo. A primeira é que o único retorno do percurso está na crítica da resposta recebida da área: nenhuma manifestação sai do circuito sem desfecho declarado, e a que volta à área permanece aberta e sob acompanhamento da ouvidoria. A segunda é que o ramo da denúncia não interrompe o ramo da resposta ao usuário: os dois correm em paralelo, porque o prazo devido ao manifestante independe do prazo da apuração conduzida na instância competente. A terceira é que as duas saídas do fluxograma são distintas e ambas obrigatórias — a devolutiva ao manifestante, que é o direito individual, e a devolutiva à área, que é o efeito institucional sem o qual o mesmo assunto retorna no ciclo seguinte com outro protocolo.

Da manifestação do usuário à correção do serviço



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 12.22.1 e 12.30.1; Edital 001/SEMUS/2026, minuta de contrato de gestão, item 3.47; Lei n.º 13.460/2017, art. 16.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 10.3, 12.19.1, 12.19.2.1, 12.19.5, 12.22, 12.22.1, 12.23.4, 12.30, 12.30.1 e 12.30.3, e Quadro 15, indicadores 20 e 24. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, e respectiva minuta de Contrato de Gestão. Cláusula terceira, itens 3.46 e 3.47. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, Anexo VII — Critérios de Pontuação da Proposta Técnica. Itens C.2.4 e C.2.5. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113460.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgop/ouvsus>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, entre elas a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os seis procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 11.16 e descreve o percurso inteiro da manifestação, do acolhimento à correção do serviço.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-OUV-01	Recebimento e classificação da manifestação pelos canais obrigatórios	11.3 e 11.4
POP-OUV-02	Tramitação, prazo de resposta e devolutiva ao manifestante	11.5
POP-OUV-03	Apuração de denúncia e encaminhamento à instância competente	11.6
POP-OUV-04	Apuração e monitoramento da resolubilidade	11.7
POP-OUV-05	Pesquisa de satisfação: instrumento, amostra e periodicidade	11.8
POP-OUV-06	Relatório periódico ao órgão de acompanhamento	11.9 e 11.13

Tabela 11.5 — Os seis procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-OUV-01. Recebimento e classificação da manifestação pelos canais obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-OUV-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 11 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-OUV-01.1 Quando usar

- › Sempre que chegar manifestação por qualquer dos seis canais obrigatórios de acesso.
- › No momento em que a manifestação é apresentada, e não ao fim do expediente.
- › Também quando a manifestação chegar a outro setor da unidade e for encaminhada à ouvidoria.

POP-OUV-01.2 Fundamento

Item 12.22.1 do termo de referência, alíneas a, b e c: espaço físico exclusivo com atendimento individualizado, sigiloso e humanizado, infraestrutura com condições mínimas de conforto, acessibilidade e confidencialidade, e múltiplos canais de acesso incluídos obrigatoriamente o correio convencional, o correio eletrônico, a página institucional, os formulários impressos padronizados, o atendimento telefônico e o atendimento presencial. Artigo 13 da Lei n.º 13.460, de 2017. Seções 11.3 e 11.4 do protocolo.

! O QUE NÃO SE RECUSA E O QUE NÃO SE ADIA

- › Manifestação apresentada verbalmente é reduzida a escrito pelo atendente, lida ao manifestante e protocolada com a mesma força da apresentada por escrito.
- › Manifestação sem forma, sem documento ou sem clareza de redação é recebida assim mesmo: a barreira de forma converteria um direito em favor.
- › Denúncia anônima é recebida e apurada pelo que tiver de verificável.
- › O número de protocolo e o prazo de resposta são informados ao manifestante no ato.
- › O registro é feito no momento do acolhimento: manifestação que não entra na base no dia em que chega deixa de existir para o indicador e para a fiscalização.

POP-OUV-01.3 Sequência de execução

1. Receber a manifestação pelo canal em que ela chegou e identificar o canal de entrada.
2. Acolher em ambiente que permita atendimento individualizado e sigiloso, quando presencial.
3. Reduzir a escrito o que for dito verbalmente, ler ao manifestante e confirmar que o texto corresponde ao que ele quis dizer.
4. Registrar a manifestação na base única, com data, hora, canal de entrada e teor íntegro.
5. Colher a identificação e o canal de retorno escolhido, informando que o anonimato é possível na denúncia e que ele impede a devolutiva individual.
6. Classificar a espécie pela natureza do que se pede: reclamação, denúncia, solicitação, sugestão ou elogio.
7. Desmembrar a manifestação plúrima em tantos registros quantas forem as espécies e os alvos.
8. Lançar a segunda camada de classificação: assunto, motivo aparente e alvo por setor, categoria profissional ou serviço.
9. Verificar se há indício de infração ética ou sanitária ou descrição de dano ao paciente e, havendo, acionar o POP-OUV-03 antes de qualquer encaminhamento ordinário.
10. Entregar ao manifestante o número de protocolo e informar o prazo de resposta e o canal pelo qual ela virá.
11. Encaminhar à área responsável pelo assunto, na forma do POP-OUV-02.

Espécie	O que a caracteriza	Efeito no indicador 20
Reclamação	Insatisfação com serviço prestado ou conduta observada	Entra no denominador
Denúncia	Comunicação de irregularidade, ilícito ou violação de direito	Entra no denominador
Solicitação	Pedido de providência, de informação ou de acesso a serviço	Entra no denominador
Sugestão	Proposta de aperfeiçoamento do serviço	Registrada fora do denominador
Elogio	Reconhecimento de serviço ou de profissional	Registrado fora do denominador

Tabela POP-OUV-01.1 — Espécies de manifestação, o que as distingue e o efeito de cada uma no indicador.

✓ O QUE SUSTENTA O ACOLHIMENTO

- › Registro no momento em que a manifestação chega, com o teor íntegro do que foi relatado.
- › Classificação pela natureza do pedido, e não pelo tom com que ele foi feito.

✓ O QUE SUSTENTA O ACOLHIMENTO

- › Número de protocolo entregue ao manifestante e canal de retorno anotado.
- › Assunto e alvo lançados junto com a espécie, porque é essa camada que revela a causa.

✗ O QUE INVALIDA O ACOLHIMENTO

- › Recusar recebimento por falta de forma, de documento ou de clareza na redação.
- › Classificar como sugestão a reclamação que veio em tom cordial, ou o contrário.
- › Registrar como uma só a manifestação que reúne reclamação e denúncia.
- › Deixar o registro para o fim do expediente e reconstituir horários de memória.
- › Alterar a classificação depois, sem lançar motivo e data.

POP-OUV-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Manifestação protocolada na base única, com data, canal, espécie, assunto e alvo.
- › Termo de redução a escrito da manifestação verbal, com a confirmação da leitura.
- › Canal de retorno escolhido pelo manifestante e identificação, quando houver.
- › Comprovante de entrega do número de protocolo ao manifestante.

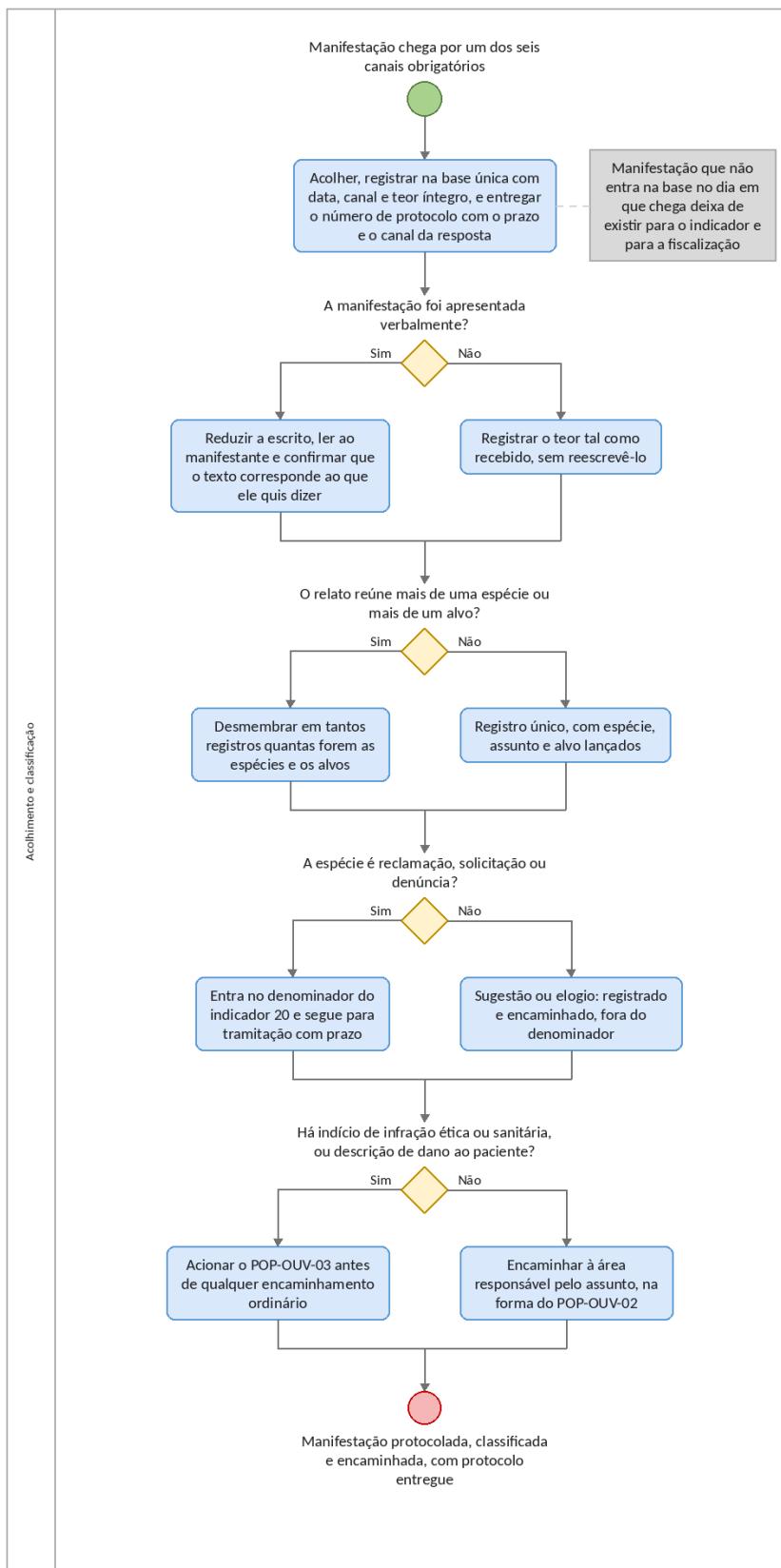
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Recebe-se sempre	A forma da manifestação jamais é condição do seu recebimento.
Verbal vira escrito	O atendente reduz a termo e lê ao manifestante antes de registrar.
A espécie é aritmética	Reclamação, solicitação e denúncia formam o denominador do indicador.
Duas camadas	Espécie para o indicador; assunto e alvo para encontrar a causa.
Protocolo na hora	Número entregue no ato, com o prazo e o canal da resposta.

POP-OUV-01.5 Fluxograma

O fluxograma do acolhimento tem quatro bifurcações que mudam o percurso: a forma de apresentação, que decide se há redução a escrito lida ao manifestante; a pluralidade do relato, que decide o desmembramento em registros distintos; a espécie, que decide a entrada no denominador do indicador de resolubilidade; e a existência de indício de infração ou de dano, que desvia o caso para o procedimento da denúncia antes de qualquer encaminhamento ordinário.

POP-OUV-01 — Recebimento e classificação da manifestação



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.22.1, alíneas a, b e c; Lei n.º 13.460/2017, art. 13.

POP-OUV-02. Tramitação, prazo de resposta e devolutiva ao manifestante

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-OUV-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 11 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-OUV-02.1 Quando usar

- › Imediatamente após o acolhimento e a classificação da manifestação.
- › A cada retorno recebido da área demandada, até que haja desfecho comunicado.
- › Sempre que o prazo devido ao usuário estiver por vencer com a apuração em curso.

POP-OUV-02.2 Fundamento

Item 3.47 da minuta de contrato de gestão: resposta aos usuários no prazo máximo de trinta dias úteis diante das sugestões, queixas e reclamações recebidas. Artigo 16 da Lei n.º 13.460, de 2017: decisão administrativa final encaminhada ao usuário em trinta dias, prorrogável de forma justificada uma única vez. Alínea e do item 12.22.1 do termo de referência, quanto aos prazos estabelecidos pela SEMUS/NI para as áreas internas. Seção 11.5 do protocolo.

! OS PRAZOS TÊM FONTE, E NENHUM DELES É INTERNO

- › Trinta dias úteis para a resposta ao usuário, na forma do item 3.47 da minuta de contrato de gestão.
- › Trinta dias para a decisão administrativa final, prorrogável de forma justificada uma única vez, na forma do artigo 16 da Lei n.º 13.460, de 2017.
- › Prazo das áreas internas: o que as diretrizes da Ouvidoria da SEMUS/NI estabelecerem.
- › Nenhum prazo de tramitação é criado por este procedimento; o serviço organiza o trabalho de modo a dispor de tempo para apurar antes do vencimento do prazo devido ao usuário.
- › A prorrogação admitida pela norma é justificada e registrada antes do vencimento.

POP-OUV-02.3 Sequência de execução

1. Encaminhar a manifestação à função responsável pelo assunto, com o teor íntegro e o ponto que precisa de apuração destacado.
2. Registrar a data do encaminhamento e a função destinatária.
3. Acompanhar a demanda até a efetiva conclusão, sem tratar o encaminhamento como desfecho.
4. Receber a resposta da área e verificar se ela enfrenta o que foi relatado, se informa a providência adotada e se declara o que ainda depende de terceiro.
5. Devolver à área, com o ponto em aberto identificado, a resposta que descreve norma sem dizer o que ocorreu no caso.
6. Verificando que o prazo devido ao usuário vencerá antes da conclusão, registrar a prorrogação que a norma admite, com a justificativa, antes do vencimento.
7. Redigir a devolutiva em linguagem compreensível por quem se manifestou, informando o que foi apurado, a providência adotada e o ponto pendente, quando houver.
8. Comunicar a devolutiva pelo canal de retorno escolhido no acolhimento.
9. Registrar a data, o canal e o teor da devolutiva comunicada.
10. Avaliar o preenchimento do critério de resolvida, na forma do POP-OUV-04, e encerrar ou manter aberta com a pendência registrada.
11. Encaminhar à área a causa de processo identificada, quando a manifestação a revelar.

Etapas	O que exige	Registro produzido
Encaminhamento	Teor íntegro e ponto de apuração destacado	Data e função destinatária
Apuração pela área	Resposta que enfrenta o fato relatado	Resposta conclusiva recebida
Crítica da resposta	Verificar se responde ao que foi pedido	Devolução à área, quando couber
Prorrogação	Justificativa lançada antes do vencimento	Motivo e nova data
Devolutiva	Linguagem compreensível e canal escolhido	Data, canal e teor comunicados
Encerramento	Critério de resolvida preenchido	Desfecho declarado na base

Tabela POP-OUV-02.1 — Etapas da tramitação, o que cada uma exige e o registro que produz.

✓ O QUE SUSTENTA A RESPOSTA
› Dizer o que aconteceu no caso concreto, e não o que o regulamento prevê.
› Responder pelo canal que o manifestante escolheu, e registrar data e teor.
› Justificar e registrar a prorrogação antes do vencimento, quando a norma a admitir.
› Manter a manifestação aberta enquanto o retorno da área não chegar.

✕ O QUE PRODUZ REABERTURA

- › Tratar o encaminhamento à área como desfecho da manifestação.
- › Enviar resposta genérica que descreve norma e silencia sobre o caso.
- › Comunicar a devolutiva sem registrar a data e o canal.
- › Deixar vencer o prazo e justificar depois.
- › Encerrar por decurso de prazo e computar o caso como resolvido.

POP-OUV-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Encaminhamento à área, com data e função destinatária.
- › Resposta conclusiva recebida da área e a sua crítica, quando houve devolução.
- › Prorrogação justificada, com motivo e data, quando ocorrer.
- › Devolutiva ao manifestante, com data, canal e teor comunicados.

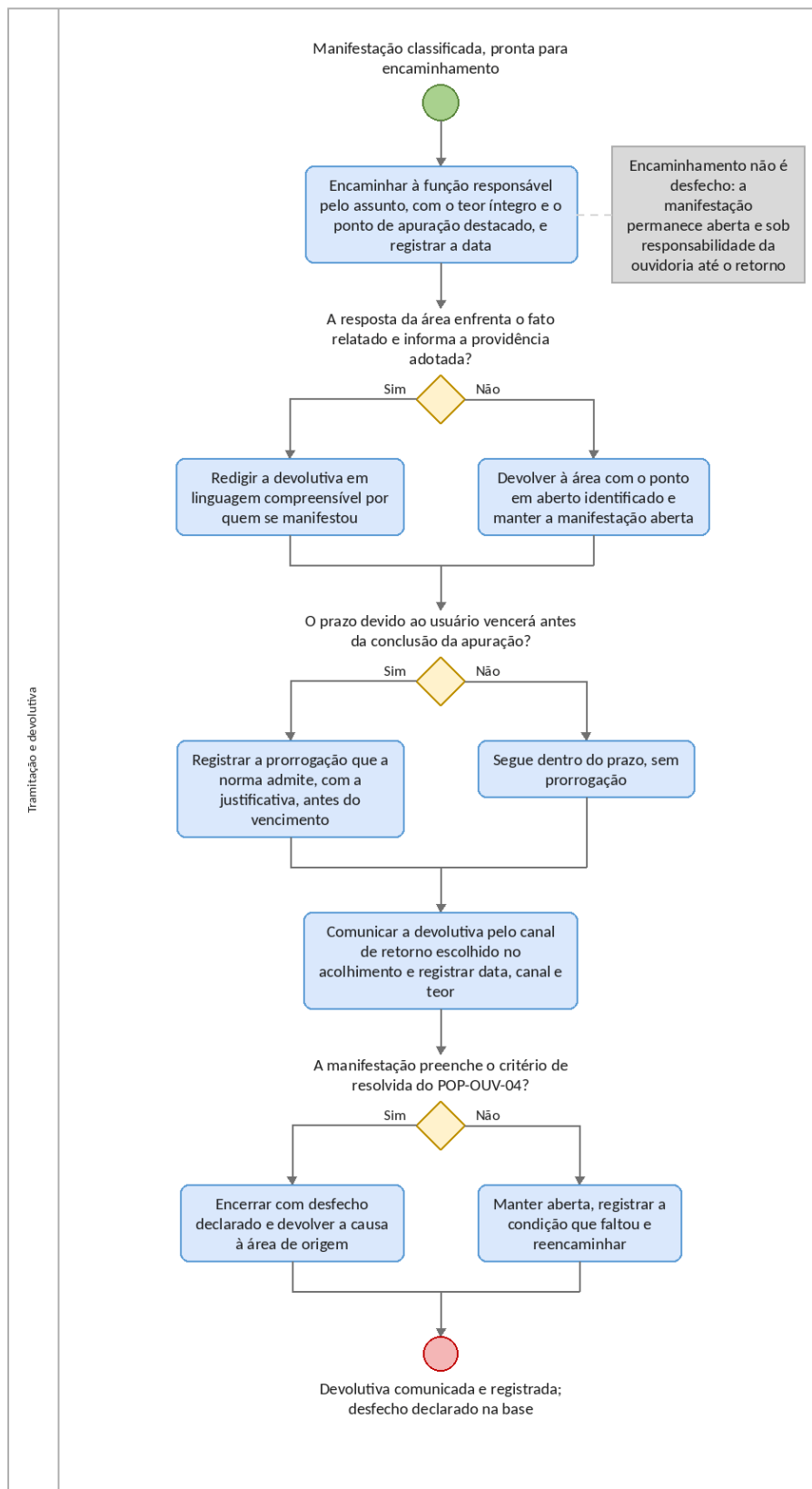
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

O prazo vem da fonte	Trinta dias úteis do item 3.47 e trinta dias do artigo 16 da lei.
Encaminhar não é resolver	A manifestação segue aberta até o retorno com desfecho.
A resposta responde	O que foi apurado, o que foi feito, o que ainda depende de quê.
Canal escolhido	A devolutiva volta pelo canal que o manifestante indicou.
Prorrogação antes	Justificada e registrada antes do vencimento, nunca depois.

POP-OUV-02.5 Fluxograma

O fluxograma da tramitação mostra as três decisões que separam a resposta do arquivamento: a suficiência do que a área devolveu, que retém a manifestação quando a resposta não enfrenta o fato; o vencimento do prazo devido ao usuário, que aciona a prorrogação justificada admitida pela norma; e o preenchimento do critério de resolvida, que decide entre encerrar e manter aberta com a condição que faltou registrada.

POP-OUV-02 — Tramitação, prazo de resposta e devolutiva



Referência: Edital 001/SEMUS/2026, minuta de contrato de gestão, item 3.47; Lei n.º 13.460/2017, art. 16.

POP-OUV-03. Apuração de denúncia e encaminhamento à instância competente

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-OUV-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 11 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-OUV-03.1 Quando usar

- › Sempre que a manifestação for classificada como denúncia, identificada ou anônima.
- › Sempre que, em manifestação de outra espécie, surgir indício de irregularidade, de infração ética ou sanitária ou descrição de dano ao paciente.
- › Antes de qualquer encaminhamento ordinário à área sobre a qual recai a denúncia.

POP-OUV-03.2 Fundamento

Alíneas a e b do item 12.22.1 do termo de referência, quanto ao atendimento sigiloso e às condições mínimas de confidencialidade, e alínea d do item 12.23.4, quanto à garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários. Item 12.19.1, quanto ao Núcleo de Segurança do Paciente e à notificação de incidentes e eventos adversos. Inciso V do item C.2.5 do instrumento de avaliação, quanto ao mecanismo de recebimento de denúncias inclusive de forma anônima. Seção 11.6 do protocolo.

✕ AS TRÊS FALHAS QUE COMPROMETEM A APURAÇÃO

- › Revelar a identidade do denunciante à área denunciada fora do que a apuração exigir e a norma autorizar.
- › Encaminhar a denúncia para apuração pela própria função sobre a qual ela recai.
- › Arquivar denúncia anônima sem apurar o que ela tinha de verificável.
- › A ouvidoria encaminha e acompanha; ela não julga o mérito disciplinar nem apura responsabilidade individual. Antecipar conclusão compromete a apuração e expõe a instituição.

POP-OUV-03.3 Sequência de execução

1. Registrar a denúncia em expediente reservado, com acesso restrito por perfil.
2. Separar, no relato, os fatos verificáveis dos juízos de valor, sem alterar o teor original.
3. Verificar se o relato descreve dano ou quase dano ao paciente e, em caso positivo, notificar o Núcleo de Segurança do Paciente para análise do incidente.
4. Identificar a instância competente pela natureza do fato: direção técnica e responsável técnico da área para conduta de exercício profissional; conselho de classe quando o caso o exigir; autoridade sanitária diante de indício de infração sanitária; Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão no que envolver a relação com a contratante.
5. Encaminhar o fato descrito sem revelar a identidade do denunciante, quando a apuração puder prosseguir assim.
6. Registrar a data do encaminhamento, a instância destinatária e o que foi transmitido.
7. Acompanhar a apuração até a efetiva conclusão, sem interferir no seu mérito.
8. Responder ao denunciante identificado dentro do prazo devido, informando que a apuração foi instaurada e corre na instância própria, sem antecipar mérito nem revelar dados de terceiros.
9. Comunicar o desfecho ao denunciante identificado, no que couber, preservados o sigilo da apuração e os dados pessoais de terceiros.
10. Registrar o desfecho recebido e encerrar a manifestação apenas quando houver conclusão comunicada.

Natureza do fato	Instância competente	O que a ouvidoria mantém sob sua guarda
Conduta de exercício profissional	Direção técnica e responsável técnico da área	Acompanhamento até a conclusão e resposta ao denunciante
Infração ética de conselho de classe	Conselho profissional respectivo	Registro do encaminhamento e do retorno recebido
Dano ou quase dano ao paciente	Núcleo de Segurança do Paciente	Notificação registrada e resultado da análise
Indício de infração sanitária	Autoridade sanitária competente	Data do encaminhamento e protocolo
Fato ligado à execução do contrato	Comissão de Acompanhamento e Fiscalização	Registro no expediente reservado

Tabela POP-OUV-03.1 — Natureza do fato denunciado e instância a que se encaminha.

✓ O QUE PROTEGE A APURAÇÃO
› Expediente reservado, com acesso por perfil e registro de quem consultou.
› Fato descrito à área sem a identidade de quem o relatou, quando isso for possível.

✓ O QUE PROTEGE A APURAÇÃO

- › Instância competente definida pela natureza do fato, e não pela conveniência do fluxo.
- › Resposta ao denunciante dentro do prazo, ainda que a apuração siga em curso.

✗ O QUE NÃO FAZER NA DENÚNCIA

- › Encaminhar à função denunciada para que ela apure a si mesma.
- › Descartar a denúncia anônima por ser anônima.
- › Antecipar conclusão sobre responsabilidade individual em qualquer comunicação.
- › Condicionar a resposta ao usuário ao desfecho da apuração.
- › Comentar o caso fora do expediente reservado.

POP-OUV-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Denúncia registrada em expediente reservado, com acesso restrito.
- › Encaminhamento à instância competente, com data e conteúdo transmitido.
- › Notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente, quando houver descrição de dano.
- › Retorno da instância competente e desfecho comunicado ao denunciante identificado.

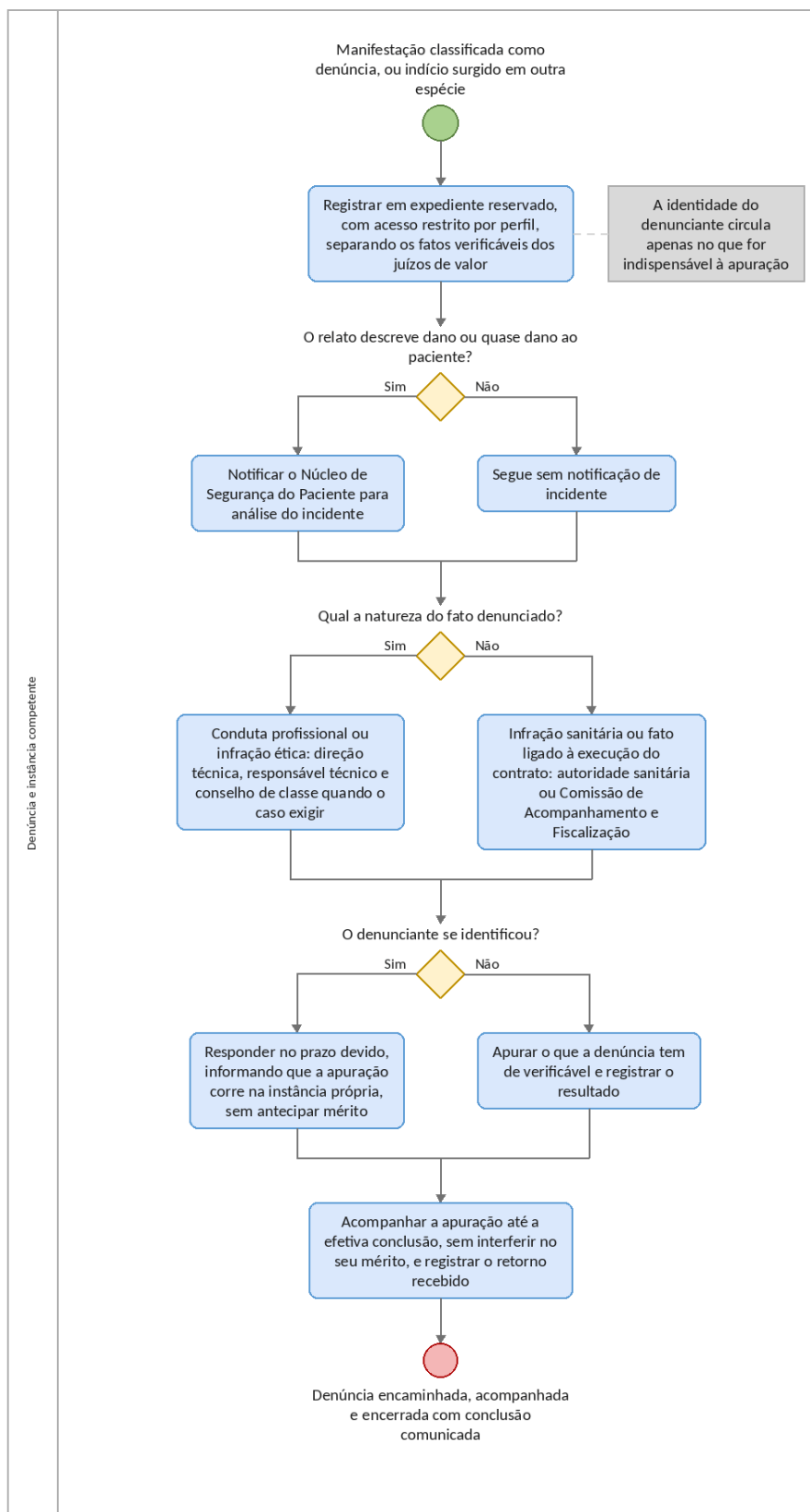
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Sigilo é regra	A identidade circula apenas no indispensável à apuração.
Anônima se apura	Apura-se o que a denúncia tem de verificável.
A ouvidoria não julga	Ela encaminha à instância competente e acompanha até a conclusão.
Resposta é independente	O prazo devido ao usuário corre à parte do prazo da apuração.
Dano vira notificação	O que descreve dano ao paciente vai ao núcleo de segurança.

POP-OUV-03.5 Fluxograma

O fluxograma da denúncia tem três bifurcações e todas alteram o destinatário do caso: a descrição de dano ao paciente, que aciona a notificação ao núcleo de segurança; a natureza do fato, que define a instância competente; e a identificação do denunciante, que separa a resposta individual da apuração do que houver de verificável no relato anônimo.

POP-OUV-03 — Denúncia: apuração e encaminhamento à instância competente



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.22.1, 12.23.4 e 12.19.1; Anexo VII, item C.2.5, inciso V.

POP-OUV-04. Apuração e monitoramento da resolubilidade

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-OUV-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 11 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-OUV-04.1 Quando usar

- › No encerramento de cada manifestação, para verificar se ela preenche o critério de resolvida.
- › No fechamento de cada período de apuração do indicador contratual.
- › Sempre que houver reclassificação de manifestação, porque ela altera o denominador.

POP-OUV-04.2 Fundamento

Indicador 20 do Quadro 15 do termo de referência: total de manifestações resolvidas sobre o total de reclamações, solicitações e denúncias, multiplicado por cem, com meta igual ou superior a noventa por cento e peso de três pontos no quadro de indicadores qualitativos. Seção 11.7 do protocolo.

▣ O QUE A BASE PEQUENA IMPÕE AO MÉTODO
› No mês de referência publicado no instrumento foram 21 manifestações no denominador, todas resolvidas.
› Com 21 no denominador, 19 resolvidas dão 90,5% e cumprem a meta; 18 dão 85,7% e a perdem.
› A margem é de duas manifestações, e cada uma vale quase cinco pontos percentuais.
› Por isso o acompanhamento é nominal, manifestação a manifestação, com desfecho declarado para cada uma — a média do período esconde exatamente o caso que decide o resultado.
› O numerador é lido dentro do universo do denominador: contam-se as resolvidas entre as reclamações, solicitações e denúncias do período.

POP-OUV-04.3 Sequência de execução

1. Levantar, no período, todas as manifestações classificadas como reclamação, solicitação ou denúncia, que formam o denominador.
2. Conferir a base contra os registros de entrada de cada canal, para identificar manifestação recebida e não lançada.
3. Verificar, manifestação a manifestação, a conclusão da apuração pela área competente.
4. Verificar a comunicação da resposta ao manifestante pelo canal escolhido, com data registrada.
5. Verificar a existência de providência adotada ou a declaração expressa do motivo pelo qual o pedido não pôde ser atendido.
6. Verificar a inexistência de reabertura pelo mesmo fato até o fechamento da apuração.
7. Marcar como resolvida apenas a manifestação que reúne as quatro condições, e registrar, nas demais, qual delas faltou.
8. Qualificar no registro o encerramento por impossibilidade de contato, com as tentativas realizadas e o motivo.
9. Apurar o indicador pela fórmula do Quadro 15 e registrar numerador, denominador e resultado.
10. Identificar nominalmente as manifestações não resolvidas, classificar cada uma pela causa e pelo setor em que a causa nasceu.
11. Levar as causas à análise com as áreas de origem e registrar a providência definida para cada uma, com função responsável.

Condição	Evidência que a demonstra	O que a substitui, quando falta
Apuração concluída pela área competente	Resposta conclusiva recebida e registrada	Manifestação segue aberta, com a pendência registrada
Resposta comunicada ao manifestante	Data, canal e teor da devolutiva	Encerramento qualificado, quando o contato estiver indisponível
Providência adotada ou motivo declarado	Registro da providência ou da negativa fundamentada	Resposta evasiva não resolve a manifestação
Sem reabertura pelo mesmo fato	Base de manifestações do período	Reabertura registrada e vinculada ao protocolo de origem

Tabela POP-OUV-04.1 — As quatro condições da manifestação resolvida e a evidência de cada uma.

✓ O QUE TORNA O INDICADOR AUDITÁVEL

- › Critério de resolvida escrito antes da apuração, e o mesmo em todos os períodos.
- › Numerador lido dentro do universo do denominador.

✓ O QUE TORNA O INDICADOR AUDITÁVEL

- › Acompanhamento nominal, com desfecho declarado para cada manifestação.
- › Numerador, denominador e resultado registrados junto com a base que os produziu.

✗ O QUE CORROMPE O INDICADOR

- › Somar ao numerador sugestões e elogios encerrados.
- › Reclassificar manifestação sem lançar motivo e data.
- › Computar como resolvida a manifestação encerrada por decurso de prazo.
- › Apurar pela média do período em vez de manifestação a manifestação.
- › Ajustar o critério de resolvida depois de conhecido o resultado.

POP-OUV-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Base do período com denominador, numerador e resultado apurado.
- › Marcação de resolvida por manifestação, com a condição que faltou nas demais.
- › Encerramentos qualificados por impossibilidade de contato, com as tentativas registradas.
- › Causas das manifestações não resolvidas e providência definida com função responsável.

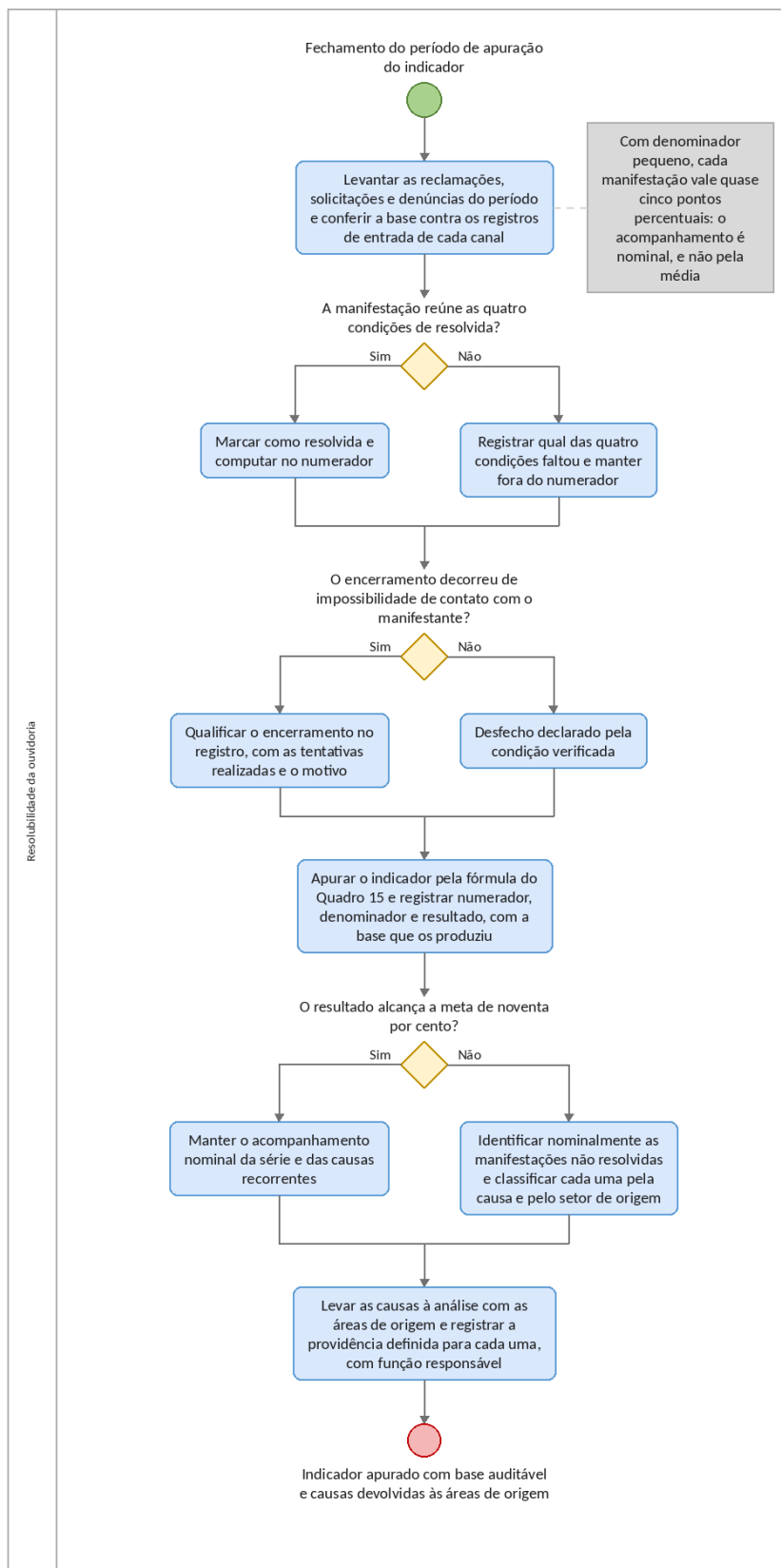
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Critério antes	O conceito de resolvida está escrito antes de qualquer apuração.
Quatro condições	Apuração concluída, resposta comunicada, providência ou motivo, sem reabertura.
Mesmo universo	O numerador conta dentro do denominador, e nunca fora dele.
Base pequena	Duas manifestações separam o cumprimento da meta da sua perda.
Causa e setor	A manifestação não resolvida é classificada pela causa e devolvida à origem.

POP-OUV-04.5 Fluxograma

O fluxograma da resolubilidade mostra as três decisões que tornam o indicador auditável: o preenchimento das quatro condições de resolvida, que define o numerador; a impossibilidade de contato, que qualifica o encerramento em vez de dissolvê-lo no resultado; e o alcance da meta, que abre a identificação nominal das manifestações não resolvidas e das suas causas.

POP-OUV-04 — Apuração e monitoramento da resolubilidade



Referência: Termo de Referência HGNI, Quadro 15, indicador 20 — meta ≥ 90%, peso 3.

POP-OUV-05. Pesquisa de satisfação: instrumento, amostra e periodicidade

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-OUV-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 11 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-OUV-05.1 Quando usar

- › Na aplicação continuada da pesquisa de satisfação pós-atendimento.
- › No fechamento de cada período de apuração do indicador contratual de satisfação.
- › Sempre que houver alteração do modelo aprovado pela SEMUS ou das diretrizes da secretaria.

POP-OUV-05.2 Fundamento

Item 3.46 da minuta de contrato de gestão: implantar, após prévia aprovação da SEMUS, modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento. Item 12.19.5 do termo de referência: implantar pesquisa de satisfação contínua que atenda todos os perfis de usuários, seguindo as diretrizes da SEMUS/NI, e elaborar relatório de análise e plano de ação mensal com base nos resultados. Indicador 24 do Quadro 15. Seção 11.8 do protocolo.

! INSTRUMENTO, AMOSTRA E PERIODICIDADE VÊM DA FONTE

- › O instrumento é o modelo normatizado submetido à prévia aprovação da SEMUS.
- › A abrangência é a que o item 12.19.5 determina: todos os perfis de usuários atendidos pela unidade, o que impede concentrar a pesquisa nos pontos de contato mais cômodos de abordar.
- › A periodicidade é contínua, com aplicação pós-atendimento.
- › Este procedimento não institui instrumento, amostra nem periodicidade próprios; quando o modelo aprovado deixar o desenho amostral em aberto, o serviço adota amostra periódica suficiente para representar os perfis atendidos e a declara no relatório.
- › A escala contempla ao menos as categorias que a fórmula pressupõe, entre elas muito satisfeito e satisfeito.

POP-OUV-05.3 Sequência de execução

1. Verificar que o instrumento em uso é o modelo normatizado aprovado pela SEMUS e que ele produz a classificação exigida pela fórmula do indicador.
2. Definir os pontos de aplicação de modo a alcançar todos os perfis de usuários atendidos, incluídos internação, urgência e ambulatório.
3. Aplicar a pesquisa após o atendimento, por função diversa da que prestou o cuidado avaliado, na forma da segregação de funções adotada pelo serviço.
4. Ler a pergunta como está escrita, sem induzir resposta nem sugerir alternativa.
5. Registrar a recusa em responder como recusa, e não como ausência de dado.
6. Conservar a resposta individual, e não apenas o percentual consolidado.
7. Apurar o indicador pela redação do Quadro 15: soma das pesquisas de usuários classificados como promotores, muito satisfeitos e satisfeitos, sobre o total de pesquisas respondidas.
8. Registrar, junto do resultado, o total de respostas e a taxa de resposta do período.
9. Elaborar a análise dos resultados e o plano de ação mensal, com os mecanismos de controle para o seu monitoramento.
10. Levar os achados às áreas avaliadas por assunto e por alvo de serviço, e não por profissional identificado.
11. Consolidar os resultados nos relatórios de satisfação previstos no item 12.19.5.

Elemento	Conteúdo	Uso na apuração
Fórmula do Quadro 15, indicador 24	Promotores, muito satisfeitos e satisfeitos, sobre o total de pesquisas respondidas	É a fórmula pela qual a unidade é pontuada, e a adotada na apuração
Meta contratual	Igual ou superior a 70% das pesquisas respondidas, com peso 2	Parâmetro de cada período
Resultado publicado no instrumento	410 sobre 413, igual a 99,3%	Base de comparação da série acompanhada pelo serviço

Tabela POP-OUV-05.1 — O indicador de satisfação: fórmula, meta e base de comparação.

✓ O QUE SUSTENTA O RESULTADO
› Instrumento aprovado pela SEMUS, aplicado após o atendimento.
› Aplicação por função diversa da que prestou o cuidado avaliado.
› Resposta individual conservada, para que o cálculo possa ser feito em diligência.
› Taxa de resposta registrada junto do resultado, porque ela qualifica o número.

✕ O QUE COMPROMETE A PESQUISA

- › Aplicar apenas onde a abordagem é mais fácil, deixando perfis de fora.
- › Aplicar a pesquisa pela mesma função que prestou o cuidado avaliado.
- › Induzir a resposta ao ler a pergunta.
- › Guardar apenas o percentual consolidado e descartar as respostas individuais.
- › Devolver resultado por profissional identificado, em vez de por assunto e alvo de serviço.

POP-OUV-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Respostas individuais e base de apuração do período, com acesso por perfil.
- › Resultado do indicador, com numerador, denominador e taxa de resposta.
- › Análise dos resultados e plano de ação mensal, com os mecanismos de controle.
- › Relatórios de satisfação consolidados na forma do item 12.19.5.

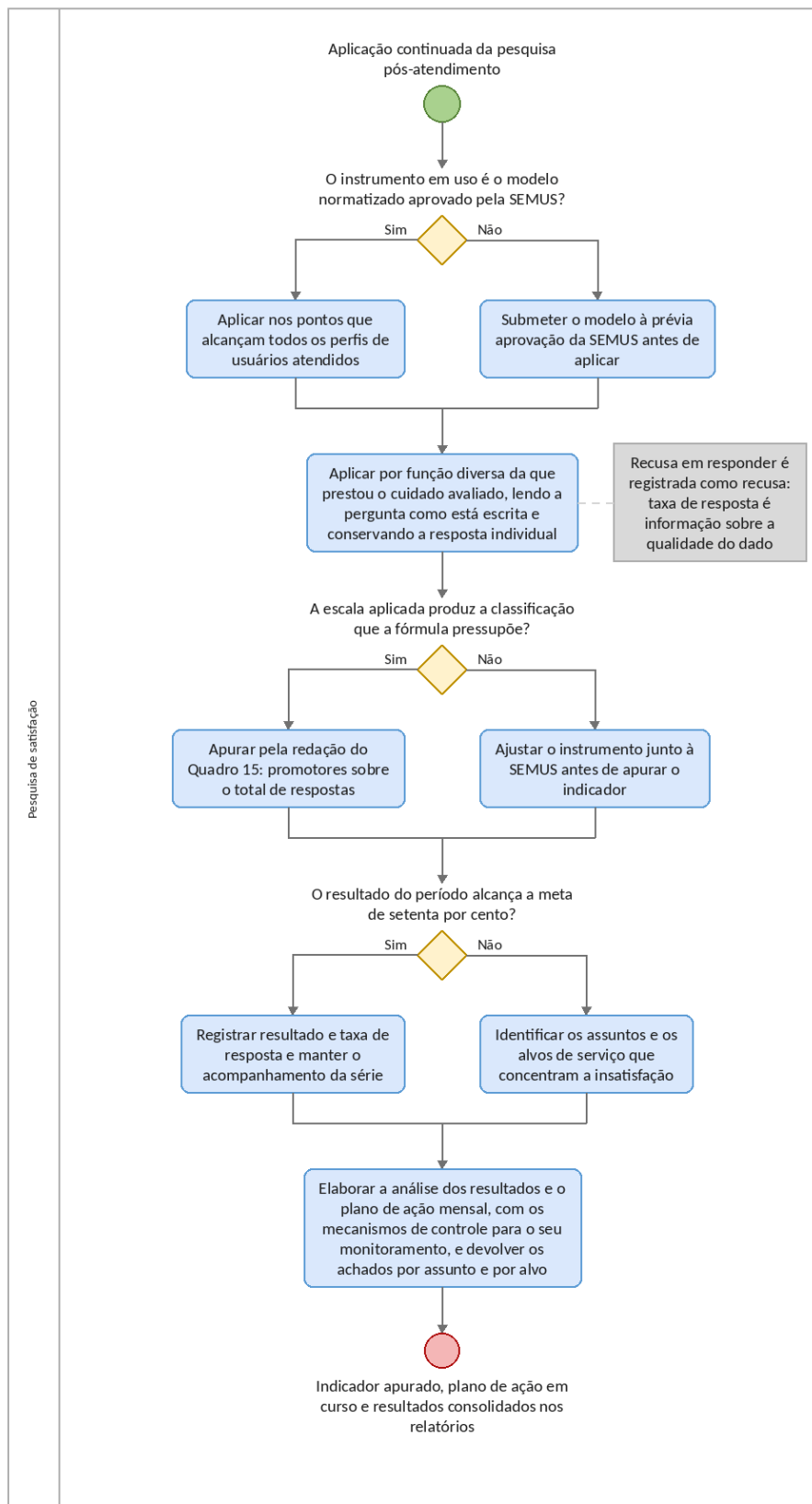
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Modelo aprovado	O instrumento é o normatizado, submetido à prévia aprovação da SEMUS.
Todos os perfis	A abrangência é a do item 12.19.5, e alcança os diferentes pontos de atendimento.
Contínua e pós-atendimento	A periodicidade é a da fonte, e não uma criada aqui.
Fórmula do Quadro 15	Promotores sobre respostas; é a fórmula pela qual a unidade é pontuada.
Taxa de resposta	Resultado alto sobre base pequena diz menos do que parece.

POP-OUV-05.5 Fluxograma

O fluxograma da pesquisa tem três bifurcações que antecedem qualquer número: a aprovação do instrumento pela secretaria, sem a qual a aplicação não começa; a aderência da escala à classificação que a fórmula pressupõe; e o alcance da meta, que abre a identificação dos assuntos e dos alvos de serviço em que a insatisfação se concentra.

POP-OUV-05 — Pesquisa de satisfação: instrumento, amostra e periodicidade



Referência: Edital 001/SEMUS/2026, minuta de contrato de gestão, item 3.46; Termo de Referência HGNI, item 12.19.5; Quadro 15, indicador 24.

POP-OUV-06. Relatório periódico ao órgão de acompanhamento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-OUV-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 11 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-OUV-06.1 Quando usar

- › A cada ciclo bimensal de apresentação do relatório da produção da ouvidoria.
- › Sempre que a Ouvidoria da SEMUS/NI alterar o modelo de relatório apresentado.
- › No fechamento dos demais ciclos de reporte que se alimentam da mesma base.

POP-OUV-06.2 Fundamento

Item 12.30.1 do termo de referência: confeccionar e apresentar relatório bimensal da produção da ouvidoria, contendo as demandas acolhidas no período e as medidas de melhorias diante das solicitações, reclamações, denúncias e sugestões, no modelo apresentado pela Ouvidoria da SEMUS/NI, entregue à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão. Itens 12.19.5 e 12.19.2.1, quanto aos demais ciclos de reporte. Seções 11.9 e 11.13 do protocolo.

! O MODELO E O CICLO SÃO DA FONTE

- › O relatório segue o modelo apresentado pela Ouvidoria da SEMUS/NI; não se propõe modelo próprio.
- › O item 12.30.1 fixa, para a ouvidoria, a periodicidade bimensal do relatório da produção.
- › O destinatário é a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão, para acompanhamento.
- › A base é única: o mesmo registro de manifestações alimenta o relatório bimensal, a análise mensal da pesquisa e o relatório mensal do núcleo de segurança do paciente.

POP-OUV-06.3 Sequência de execução

1. Fechar a base de manifestações do período, conferindo-a contra os registros de entrada de cada canal.
2. Levantar as demandas acolhidas no período, por espécie, assunto, alvo e canal de entrada.
3. Levantar as medidas de melhoria adotadas diante das solicitações, reclamações, denúncias e sugestões do período.
4. Apurar o indicador de resolubilidade na forma do POP-OUV-04 e o de satisfação na forma do POP-OUV-05.
5. Preencher o relatório no modelo apresentado pela Ouvidoria da SEMUS/NI, sem alterar a sua estrutura.
6. Agregar, quando o modelo o comportar, a leitura por assunto, motivo e alvo prevista no item 12.19.5, e a situação das providências definidas no ciclo anterior.
7. Submeter o relatório à validação da direção técnica quanto ao conteúdo assistencial e da direção administrativa quanto à relação com a contratante.
8. Entregar o relatório à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e guardar o comprovante da entrega.
9. Arquivar o relatório e a base que o sustenta entre os arquivos da prestação de contas.
10. Devolver às áreas de origem os achados do período, por assunto e por alvo de serviço.
11. Retomar, no ciclo seguinte, as providências ainda em aberto, com a sua situação declarada.

Produto	Ciclo	Fonte do dever
Relatório da produção da ouvidoria, à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização	Bimensal	Item 12.30.1 do termo de referência
Análise dos resultados da pesquisa e plano de ação	Mensal	Item 12.19.5
Relatório de satisfação dos usuários, com avaliação dos indicadores e planos de ação	Trimestral	Item 12.19.5
Relatório de autoavaliação da gestão e plano de melhorias	Anual	Item 12.19.5
Relatório consolidado de incidentes e eventos adversos, alimentado pela ouvidoria	Mensal	Item 12.19.2.1

Tabela POP-OUV-06.1 — Os ciclos de reporte que se alimentam da base de manifestações e de satisfação.

✓ O QUE SUSTENTA O RELATÓRIO

- › Modelo da Ouvidoria da SEMUS/NI, preenchido sem alteração de estrutura.
- › Base única de manifestações, conferida contra os registros de entrada de cada canal.

✓ O QUE SUSTENTA O RELATÓRIO

- › Medidas de melhoria descritas com a manifestação que as originou.
- › Comprovante de entrega guardado junto do relatório.

✗ O QUE FRAGILIZA O RELATÓRIO

- › Substituir o modelo da secretaria por formato próprio.
- › Esperar o trimestre para entregar o relatório que a fonte fixou como bimensal.
- › Recontar manualmente as manifestações a cada ciclo, produzindo números divergentes.
- › Relatar demanda acolhida sem dizer que medida decorreu dela.
- › Deixar de retomar a providência que ficou em aberto no ciclo anterior.

POP-OUV-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Relatório bimensal da produção da ouvidoria, no modelo da Ouvidoria da SEMUS/NÍ.
- › Comprovante de entrega à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão.
- › Base de apuração do período, arquivada com o relatório.
- › Devolutiva às áreas de origem e situação das providências do ciclo anterior.

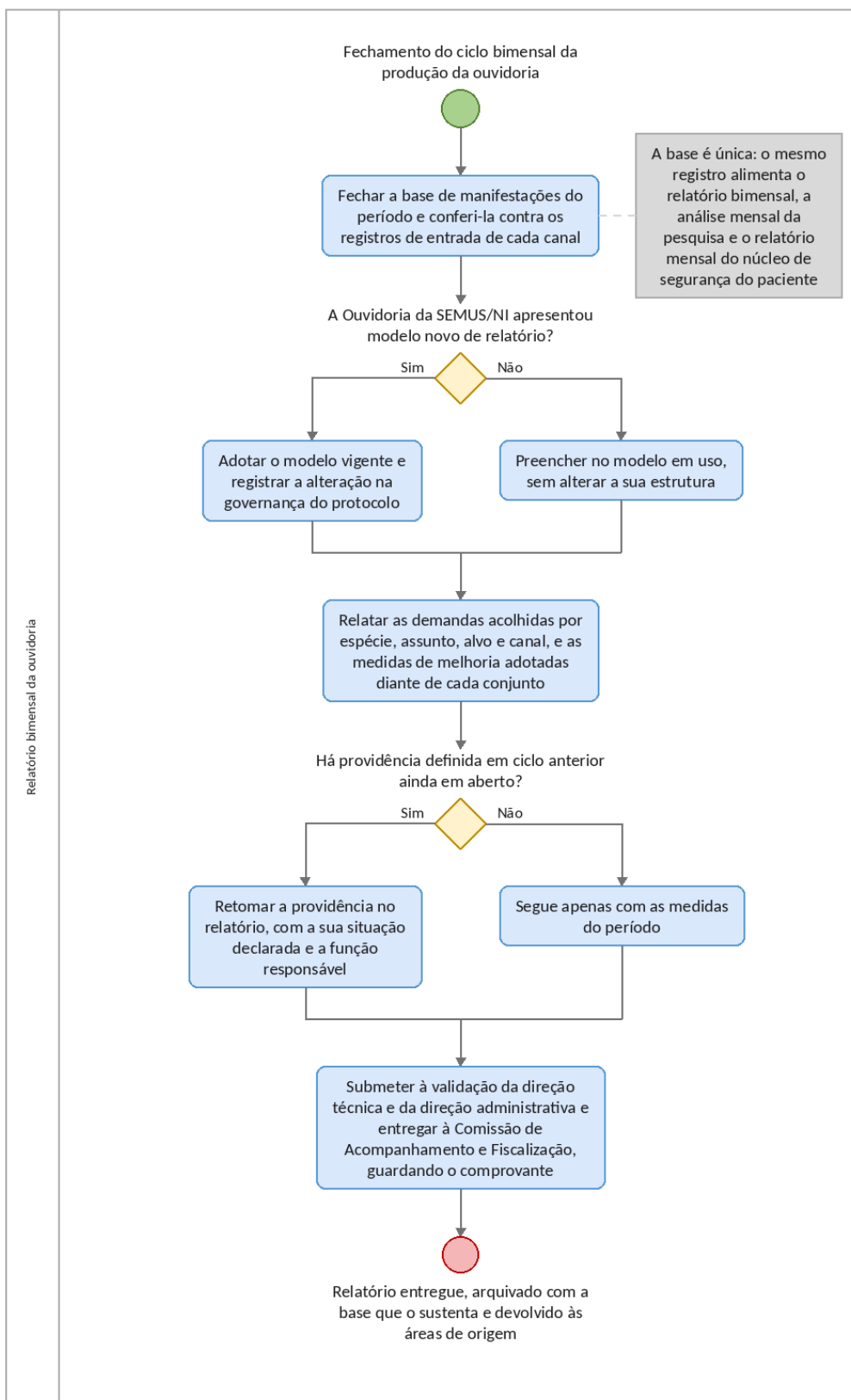
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Bimensal, não trimestral	A regra específica do item 12.30.1 prevalece sobre o caput.
Modelo da secretaria	O relatório segue o modelo apresentado pela Ouvidoria da SEMUS/NÍ.
Destinatário nomeado	A entrega é à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.
Base única	O mesmo registro alimenta todos os ciclos de reporte.
Demanda e medida	Cada demanda acolhida vem acompanhada da melhoria que dela decorreu.

POP-OUV-06.5 Fluxograma

O fluxograma do relatório mostra as duas decisões que efetivamente mudam o seu conteúdo: a eventual apresentação de modelo novo pela Ouvidoria da SEMUS/NÍ, que substitui a estrutura a preencher, e a existência de providência em aberto no ciclo anterior, que retorna ao relatório com a sua situação declarada em vez de desaparecer entre os períodos.

POP-OUV-06 — Relatório periódico ao órgão de acompanhamento



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.30.1, 12.19.5 e 12.19.2.1.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113460.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgep/ouvsus>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, Anexo VII — Critérios de Pontuação da Proposta Técnica. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026, e respectiva minuta de Contrato de Gestão. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Gestão Documental Administrativa e Transparência

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

12.1 Âmbito e finalidade.....	704
12.2 Base normativa.....	705
12.3 Autuação, numeração e tramitação do documento administrativo.....	707
12.4 Comunicação oficial: prazo e comprovante de recebimento.....	708
12.5 Controle de versão, aprovação e revisão de norma interna.....	709
12.6 Publicidade obrigatória e portal da transparência.....	710
12.7 Atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação.....	711
12.8 Guarda e temporalidade do arquivo administrativo.....	712
12.9 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	713
12.10 Interface com todas as áreas.....	714
12.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	715
12.12 Tratamento da não conformidade.....	716
12.13 Indicadores e monitoramento.....	717
12.14 Revisão, versão e governança do protocolo.....	718
12.15 Fluxograma.....	719

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	723
POP-DOC-01 Protocolo, autuação e tramitação de documento administrativo.....	724
POP-DOC-02 Comunicação oficial, com prazo e comprovante de recebimento.....	729
POP-DOC-03 Controle de versão, aprovação e revisão de norma interna.....	733
POP-DOC-04 Publicidade obrigatória e portal da transparência.....	738
POP-DOC-05 Atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação.....	743
POP-DOC-06 Guarda e temporalidade do arquivo administrativo.....	748
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	753

Protocolo 12. Gestão Documental Administrativa e Transparência

12.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade produz, autua, tramita, guarda e torna pública a sua documentação administrativa. Ele governa o percurso que começa quando um documento é produzido internamente ou recebido de terceiro e termina no seu arquivamento definitivo, passando pela tramitação entre as áreas, pela resposta ao que exige manifestação, pela publicação daquilo que a norma manda tornar público e pela guarda pelo prazo que a cada espécie se aplica.

O objeto é o documento administrativo, e a delimitação precisa ser feita logo, sob pena de este protocolo e o do arquivo clínico se sobreporem. Documento administrativo, aqui, é o contrato e o seu aditivo, a prestação de contas e os demonstrativos que a compõem, a ata de reunião de instância colegiada, o processo de compra com as suas cotações e atestos, o documento de pessoal, o ofício expedido e o recebido, a norma interna e o procedimento operacional padrão, o inventário, o relatório de execução e o registro de qualquer decisão que vincule a unidade. O prontuário do paciente tem natureza, regime jurídico e temporalidade próprios, e é objeto do Protocolo Administrativo 2; ele comparece aqui apenas por remissão, quando alguma regra comum precisa ser distinguida da que a ele se aplica.

Três protocolos do conjunto tratam do ciclo de vida de espécies documentais específicas, e com eles a articulação é de complementaridade, não de concorrência. O Protocolo Administrativo 4 disciplina o processo de compra desde a requisição até o recebimento; o 7, a formalização e a execução do contrato; o 6, a documentação patrimonial do bem. O que este protocolo acrescenta a cada um deles é a forma comum: como o documento recebe número, como circula deixando rastro, quanto tempo permanece guardado, onde se localiza quando requisitado e o que dele se publica. A regra de forma é transversal justamente porque o conteúdo é de cada área.

A finalidade não é cartorial. O documento administrativo é a única prova de que o recurso público foi aplicado no objeto do contrato de gestão, e é sobre ele que recai todo o controle a que a unidade se submete. O item 3.27 do contrato de gestão obriga a disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, e o advérbio governa a organização inteira do arquivo: disponibilidade permanente significa que a peça requisitada precisa ser localizada quando pedida, e não reconstituída depois. Documento existente que ninguém encontra produz, na diligência, o mesmo efeito de documento inexistente — com o agravante de que o trabalho de produzi-lo já foi feito.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de gestão documental administrativa e transparência observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e

por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

12.2 Base normativa

O protocolo se apoia em quatro camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a generalização de dispositivo que fala de matéria específica. A primeira é a do instrumento contratual, que fixa o que se publica, quando se publica, o que se arquiviza e por quanto tempo. A segunda é a da legislação federal sobre acesso à informação, arquivos e proteção de dados pessoais. A terceira é a da legislação municipal que disciplina as organizações sociais no município. A quarta é a técnica arquivística, que fornece o método e não a obrigação.

Na camada contratual, os dispositivos mais densos estão no item 12.31 do termo de referência. O item 12.31.9 relaciona, em oito alíneas, o que as contratadas devem disponibilizar em sítio eletrônico próprio, em arquivos de formato aberto que permitam o processamento das informações, conforme o Decreto Municipal n.º 11.742/2019. O item 12.31.10 determina que o link de acesso seja disponibilizado para divulgação no sítio da secretaria e no portal de transparência do município. O item 12.31.11 exige que as informações estejam separadas por contrato de gestão e por unidade de saúde. O item 12.31.12 fixa que as informações relativas ao mês imediatamente transcorrido estejam disponíveis até o décimo quinto dia do mês subsequente. A esses somam-se o item 12.2.21, que manda publicar no sítio eletrônico relatórios periódicos de produção assistencial nos prazos definidos no contrato de gestão, e o item 18.12, que condiciona a liberação e a manutenção dos repasses à regular prestação de contas com ampla publicidade, na forma da Lei Municipal n.º 4.224/2013 e do Decreto Municipal n.º 11.742/2019.

Ainda na camada contratual, quatro dispositivos governam a forma do documento e a sua guarda. O item 12.11.1 subordina os atos e decisões que impliquem alteração relevante na execução do contrato à autorização prévia da área técnica da secretaria, observados os fluxos formais de comunicação e governança contratual, e o item 12.11.2 detalha, nos seus cinco incisos, o que a contratada deve fazer para tanto. O item 12.30.3 determina arquivar pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização quando da entrega mensal da prestação de contas. O item 24.4.1 estabelece o ofício formal como via pela qual aquela comissão reporta ocorrência e solicita esclarecimentos e documentos comprobatórios. E o item 12.35.24 determina que todo tratamento de dados pessoais e de dados pessoais sensíveis dos usuários, em meio físico ou digital, observe a Lei Geral de Proteção de Dados, com protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso.

No contrato de gestão, o item 3.27 impõe a disponibilidade permanente da documentação para auditoria, nomeando entre os comprovantes o pagamento de salários e verbas de habitualidade, o vale-transporte e o auxílio-alimentação, as anotações em carteira de trabalho e o recolhimento de tributos, contribuições e encargos. O item 6.17 faculta à contratante solicitar, a qualquer tempo, documentos complementares, esclarecimentos, relatórios específicos e acesso a sistemas. O item 6.18 obriga a franquear aos órgãos de controle interno e externo o acesso aos documentos físicos e eletrônicos, preservadas as informações protegidas por sigilo legal e pela legislação de proteção de dados pessoais, sem prejuízo do dever de disponibilização integral aos órgãos competentes. O item 6.21 manda manter os documentos de natureza financeira, contábil, fiscal, trabalhista, previdenciária, patrimonial e bancária em arquivo físico ou digital organizado, pelo prazo legal aplicável. E os itens 3.24, 3.38 e 10.4 fixam, respectivamente, o envio das cópias dos contratos na primeira prestação de contas, o encaminhamento do regulamento próprio para publicação no Diário Oficial do Município no prazo de noventa dias da assinatura, e a publicação da prestação de contas pela organização social no seu sítio eletrônico, de forma completa.

Duas precisões merecem registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. A primeira diz respeito ao item 23.4.5.4 do termo de referência, que determina que as medidas de recomposição do equilíbrio econômico-financeiro em situações excepcionais sejam instruídas em processo administrativo próprio, com manifestação técnica e jurídica, observados os princípios da legalidade, motivação, proporcionalidade, transparência e interesse público. O dispositivo é o que mais claramente enuncia a forma do processo administrativo no instrumento, mas o seu âmbito é a cláusula em que está inserido, e não a generalidade dos expedientes. O protocolo adota aquela forma como padrão para as matérias que vinculam a unidade — instrução em processo próprio, com manifestação técnica e jurídica quando a matéria a exigir —, e o faz como princípio de organização do trabalho, declarando a finalidade, que é a rastreabilidade da decisão. Para a forma do processo administrativo em geral, a Lei n.º 9.784, de 1999, é tomada como referência metodológica, reconhecendo-se que ela regula o processo no âmbito da Administração Pública Federal.

A segunda precisão diz respeito ao alcance da Lei de Acesso à Informação sobre a organização social. O item 12.2.18 do termo de referência determina observar integralmente as normas de

transparência e acesso à informação nos termos da Lei n.º 12.527, de 2011, considerando toda a regulamentação municipal, e o item 3.52 do contrato de gestão repete a determinação. A própria lei, no parágrafo único do seu art. 2º, delimita esse alcance para as entidades privadas sem fins lucrativos que recebem recursos públicos mediante contrato de gestão: a publicidade a que estão submetidas refere-se à parcela dos recursos públicos recebidos e à sua destinação, sem prejuízo das prestações de contas a que estejam legalmente obrigadas. Escrever a delimitação é mais seguro do que afirmar sujeição indistinta, e a consequência prática é precisa: o que se publica e o que se abre ao pedido de acesso é o que diz respeito ao recurso público e ao seu emprego, com o tratamento restrito que o art. 31 da mesma lei reserva à informação pessoal.

Na camada arquivística, a Lei n.º 8.159, de 1991, define no art. 3º a gestão de documentos como o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, e no art. 8º identifica os documentos como correntes, intermediários e permanentes. É desse desenho que o protocolo toma o seu método. O art. 9º da mesma lei, que condiciona a eliminação à autorização da instituição arquivística pública, alcança os documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público, e é por essa via que ele incide sobre parte do acervo sob guarda da unidade — matéria tratada, quanto ao acervo clínico, no Protocolo Administrativo 2. As resoluções do Conselho Nacional de Arquivos, em especial a de número 14, de 2001, que aprova o código de classificação e a tabela básica de temporalidade das atividades-meio, e a de número 40, de 2014, sobre os procedimentos de eliminação, obrigam os órgãos e entidades integrantes do sistema nacional de arquivos e são aqui adotadas como referência técnica do método de classificação e avaliação. Os prazos que vinculam a unidade são os do item 12.30.3 do termo de referência e os prazos legais aplicáveis a cada espécie, na forma do item 6.21 do contrato de gestão.

12.3 Autuação, numeração e tramitação do documento administrativo

A autuação é o ato que transforma um papel ou um arquivo em peça de um processo. Antes dela existe documento; depois dela existe matéria administrativa, com número, com histórico e com responsável. É o ato de menor custo e de maior consequência de toda a gestão documental, porque tudo o que vem depois — a tramitação, a resposta, a publicação, a guarda e a localização em diligência — depende de ele ter sido praticado corretamente no momento em que o documento apareceu.

O protocolo é o ponto único de entrada e de saída. Todo expediente recebido de órgão público, de fornecedor, de empregado ou de terceiro é registrado na entrada com data, hora, origem, meio de recebimento, assunto e destinatário interno; todo documento produzido pela unidade que saia dela ou que sustente decisão, despesa, contratação ou ato de pessoal é registrado na produção. O registro é feito no momento em que o fato ocorre, e não ao fim do expediente: data anotada de memória compromete a contagem de qualquer prazo e transforma a discussão sobre tempestividade em disputa de versões.

A regra de organização é uma matéria, um processo. Documento novo que se refira a matéria já em curso é juntado ao processo existente, na ordem cronológica em que chegou, com as folhas numeradas sem intervalo e sem repetição; expediente que inaugura matéria nova recebe processo próprio, com número único, data de abertura e assunto escrito em uma linha para quem

vai procurá-lo anos depois. A dispersão de peças da mesma matéria entre pastas diferentes é a causa mais frequente de documento que existe e não se encontra, e ela nasce quase sempre da pressa em resolver um expediente isolado sem verificar se ele pertence a um conjunto.

A tramitação deixa rastro em cada passagem. Quando o processo passa de uma área a outra, registra-se quem recebeu e quando, e a área destinatária aceita o recebimento ou o devolve declarando a razão da recusa. Sem esse registro, a apuração de um atraso vira discussão entre setores em vez de correção de processo. A retirada de peça já juntada é ato excepcional e se documenta em termo de desentranhamento que declare a razão, a função que autorizou e o destino da peça — a peça retirada sem termo produz um processo com salto de numeração, que é exatamente o que a fiscalização examina primeiro. Concluída a matéria, o processo é encerrado por termo que declare o desfecho e segue ao arquivo administrativo, com a data e o local de guarda registrados no protocolo.

12.4 Comunicação oficial: prazo e comprovante de recebimento

A comunicação oficial é o canal por onde a unidade responde ao controle, e o instrumento contratual a desenha com precisão. O item 24.4.1 do termo de referência estabelece que a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização reporte a ocorrência por meio de ofício formal, comunicando o fato, solicitando esclarecimentos e documentos comprobatórios quando cabível e alertando para a possibilidade de retenção de valores ao final da análise da prestação de contas; o item 24.6, inciso I, repete a estrutura para as hipóteses de irregularidade, inconsistência ou impropriedade. O item 6.17 do contrato de gestão faculta à contratante e aos órgãos competentes solicitar, a qualquer tempo, documentos complementares, esclarecimentos, relatórios específicos e acesso a sistemas. E o item 12.11.1 do termo de referência subordina os atos de alteração relevante aos fluxos formais de comunicação e governança contratual.

Duas regras organizam a resposta. A primeira é que o prazo é o do expediente. Ele é transcrito do próprio documento no momento do registro de entrada, e não presumido a partir de experiência anterior — presumir para menos gera trabalho desnecessário, presumir para mais gera intempestividade. A unidade organiza o seu trabalho de modo a dispor de tempo para reunir a informação antes do vencimento, sem que disso decorra a instituição de um prazo interno paralelo ao fixado por quem expediu o documento. A segunda regra é que a resposta responde ponto a ponto, na ordem em que o expediente perguntou, e anexa o documento comprobatório em vez de descrevê-lo. Ponto sem resposta expressa é ponto considerado não respondido, ainda que a resposta fosse evidente para quem escreveu.

O comprovante de recebimento é parte da resposta, e não formalidade acessória. Resposta expedida por meio que não produza prova de entrega equivale, na discussão posterior, a resposta não expedida — e a discussão posterior é justamente aquela em que o instrumento prevê consequência patrimonial. O meio é escolhido pela prova que produz: recibo do protocolo do órgão destinatário, aviso de recebimento, confirmação eletrônica de entrega ou número gerado pelo sistema oficial quando o próprio órgão o indica como via. A via expedida e o comprovante são juntados ao processo, na ordem cronológica, de modo que o conjunto demonstre por si o que foi pedido, o que foi respondido e quando.

Quando a resposta integral depender de elemento ainda em levantamento, o caminho é responder o que já está apurado e requerer a dilação de forma motivada, dentro do prazo original. O que a experiência mostra é que o silêncio à espera da informação completa produz efeito pior do que a resposta parcial acompanhada de pedido fundamentado: o item 24.4.2 do termo de referência prevê que, não havendo justificativa plausível ou adequação capaz de mitigar o risco identificado, a comissão sugira o não reconhecimento da prática, e o item 6.19 do contrato de gestão relaciona a não apresentação dos documentos exigidos e a apresentação incompleta ou intempestiva entre as hipóteses que podem ensejar retenção cautelar de repasses, glosa de valores e instauração de procedimento de apuração.

12.5 Controle de versão, aprovação e revisão de norma interna

Norma interna é todo instrumento pelo qual a unidade fixa como uma atividade se faz: protocolo, procedimento operacional padrão, regulamento, rotina, instrução e fluxo escrito. Ela existe para produzir conduta uniforme, e por isso o seu defeito característico é o inverso do que se imagina. O problema raramente é a ausência de norma; é a multiplicidade de versões da mesma norma circulando ao mesmo tempo entre turnos e setores, cada uma parecendo vigente para quem a tem em mãos. Duas versões em circulação produzem divergência de conduta, que é exatamente o que a padronização existe para evitar.

O regime de aprovação vem do instrumento contratual e antecede a implantação. O item 12.11.1 do termo de referência determina que os atos e decisões que impliquem alteração relevante na execução do contrato dependam de autorização prévia da área técnica da secretaria, observados os fluxos formais de comunicação e governança contratual. O item 12.11.2 detalha os deveres correspondentes: formalizar previamente qualquer proposta de alteração de procedimentos, rotinas ou práticas não previstas originalmente no contrato de gestão e seus anexos; solicitar autorização prévia para serviços não previstos ou executados de forma diversa da pactuada, com justificativa técnica e demonstração de vantagens; submeter previamente à aprovação qualquer alteração no quadro de direção geral ou técnica; encaminhar as formalizações à área técnica da secretaria para análise e manifestação; e, uma vez autorizadas, comunicá-las à Comissão de Acompanhamento para ciência e monitoramento, formalizando-as por termo aditivo quando necessário.

Há matérias em que a submissão prévia é ainda mais estrita, e o protocolo as identifica para que a área que redige a norma saiba, antes de escrevê-la, a que regime ela se submete. É o caso dos fluxos e rotinas relacionados ao recebimento, à conferência, ao controle e à prestação de contas de medicamentos e insumos hospitalares, cuja submissão prévia é tratada no Protocolo Administrativo 5. A regra prática que daí decorre é simples: diante de dúvida sobre a necessidade de formalização prévia, trata-se a matéria como se ela dependesse — implantar rotina que depois precise ser desfeita custa mais do que aguardar a manifestação.

O controle de versão registra seis elementos por norma: a identificação, com código, título e número da versão; o que mudou em relação à versão anterior, descrito de modo que se leia a alteração sem confrontar os textos inteiros; por que mudou, nomeando a alteração normativa, a mudança de meta ou o achado que a motivou; a partir de quando vale; a função que elaborou, revisou e aprovou; e o registro do encaminhamento e da manifestação da secretaria, quando

exigidos. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida no momento em que a nova entra em vigor, física ou eletrônica. O treinamento sobre a versão vigente é registrado com comprovação de conhecimento. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique. O histórico permanece no arquivo, inclusive o das propostas não acolhidas e a razão da recusa, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

12.6 Publicidade obrigatória e portal da transparência

A publicidade dos atos da unidade é obrigação de origem contratual, com objeto, forma, prazo e destino definidos no próprio instrumento — o que a torna verificável item a item pela fiscalização. O item 12.31.9 do termo de referência determina que as contratadas disponibilizem em sítio eletrônico próprio, em arquivos de formato aberto e que permitam o processamento das informações, conforme o Decreto Municipal n.º 11.742/2019, os oito conjuntos que as suas alíneas relacionam. A exigência de formato aberto tem consequência prática direta e frequentemente subestimada: imagem digitalizada de documento cumpre a aparência da publicação e frustra a finalidade, porque não permite o processamento que o dispositivo exige.

Alínea	O que deve ser disponibilizado em sítio eletrônico próprio
a	Relatório de execução do contrato de gestão, com comparativo específico entre metas propostas e resultados alcançados, acompanhado dos demonstrativos financeiros, inclusive as certidões negativas de débitos do INSS e do FGTS
b	Relatório analítico mensal com todas as despesas realizadas
c	Estatuto social e atas das assembleias ordinárias ou extraordinárias
d	Regulamento próprio com os procedimentos para contratação de obras e serviços, aquisição de bens e locação de espaços com recursos públicos, observados os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade, com cotação prévia de preços
e	Editais e processos de seleção de pessoal, incluindo os critérios adotados para análise curricular dos candidatos
f	Cópias dos contratos firmados com empresas contratadas e seus aditivos, com os respectivos termos de referência, planilhas de custos vigentes e propostas comerciais das empresas participantes
g	Listagem nominal de dirigentes e colaboradores vinculados aos contratos de gestão firmados com o município, com nome completo, cargo, carga horária e somatório das remunerações pagas a qualquer título
h	Campos mínimos do relatório analítico da alínea b: data da despesa, objeto, valor pago, número do contrato ou do procedimento de aquisição, e documento de identificação e nome do beneficiário

Tabela 12.1 — Os conjuntos que o item 12.31.9 do termo de referência manda disponibilizar em sítio eletrônico próprio, em formato aberto.

A forma e o prazo completam a obrigação. O item 12.31.11 exige que as informações divulgadas estejam separadas por contrato de gestão firmado com o município e por unidade de saúde, o que impede a publicação consolidada que dilui o desempenho de cada unidade no conjunto da entidade. O item 12.31.12 fixa que as informações relativas ao mês imediatamente transcorrido estejam disponíveis até o décimo quinto dia do mês subsequente — prazo contratual, contado do calendário e independente de qualquer rotina interna. E o item 12.31.10 determina que o link de acesso seja disponibilizado para divulgação no sítio da secretaria e no

portal de transparência do município, de modo que a publicação só se completa quando o endereço é informado a quem vai divulgá-lo.

Três obrigações de publicidade correm por vias próprias e convivem com a do sítio eletrônico. O regulamento próprio de compras e contratações é encaminhado à contratante para publicação no Diário Oficial do Município no prazo máximo de noventa dias contados da assinatura do contrato de gestão, na forma do item 12.3.5 do termo de referência e do item 3.38 do contrato de gestão, além de figurar na alínea d do item 12.31.9. A prestação de contas é publicada pela secretaria no Diário Oficial e, de forma completa, pela organização social no seu sítio eletrônico, na forma do item 10.4 do contrato de gestão. E os relatórios periódicos de produção assistencial são publicados no sítio eletrônico nos prazos definidos no contrato de gestão, na forma do item 12.2.21 do termo de referência. O item 18.12 dá a razão de tudo isso ao condicionar a liberação, a manutenção e a recomposição dos repasses à regular prestação de contas com ampla publicidade.

A conferência que antecede toda publicação é a do dado pessoal, e ela merece critério escrito porque erra nos dois sentidos. Publicar menos do que a norma manda descumpra a obrigação: a alínea g exige nome completo, cargo, carga horária e somatório das remunerações, e a supressão desses campos esvaziaria justamente o que o dispositivo quis tornar público. Publicar mais do que a norma manda desatende ao princípio da necessidade que orienta o tratamento de dados pessoais: documento de identificação de empregado, endereço residencial, dado de saúde, dado bancário e dado de candidato em processo seletivo não estão entre o que se determina divulgar. O critério, portanto, é taxativo nos dois sentidos — publica-se o que a norma nomeia, na extensão em que a nomeia. A conferência é feita antes de cada publicação e registrada, com a finalidade de demonstrar que ela ocorreu.

12.7 Atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação

A unidade responde a duas espécies de demanda documental que se parecem na aparência e diferem no regime, e confundi-las produz erro nos dois sentidos: opor ao órgão de controle uma restrição que ele não sofre, ou divulgar ao público em geral informação que a norma reserva. A primeira espécie é a requisição de órgão de controle — a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, a área técnica da secretaria, o controle interno municipal, o Tribunal de Contas, o Ministério Público e as auditorias designadas. A segunda é o pedido de acesso à informação formulado pelo público em geral, com fundamento na Lei n.º 12.527, de 2011.

Quanto à primeira, o instrumento é expresso e amplo. O item 3.27 do contrato de gestão obriga a disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, nomeando entre os comprovantes o pagamento de salários e das verbas que, por habitualidade, integram a remuneração, o vale-transporte e o auxílio-alimentação, as anotações em carteira de trabalho e o recolhimento dos tributos, contribuições e encargos. O item 6.17 faculta solicitar, a qualquer tempo, documentos complementares, esclarecimentos, relatórios específicos, acesso a sistemas, demonstrativos contábeis, documentos fiscais, contratos, comprovantes de pagamento e registros bancários. O item 6.18 obriga a franquear o acesso aos documentos físicos e eletrônicos, inclusive registros contábeis, financeiros, bancários, fiscais, trabalhistas, previdenciários, patrimoniais e operacionais, preservadas as informações protegidas

por sigilo legal e pela legislação de proteção de dados pessoais, e o faz sem prejuízo do dever de disponibilização integral aos órgãos de controle competentes — ressalva que precisa ser lida por inteiro, porque é ela que impede transformar a proteção de dados em obstáculo ao controle.

Quanto à segunda espécie, o alcance é o que a própria lei delimita. O parágrafo único do art. 2º da Lei n.º 12.527, de 2011, estabelece que a publicidade a que se submetem as entidades privadas sem fins lucrativos que recebem recursos públicos por contrato de gestão se refere à parcela dos recursos públicos recebidos e à sua destinação, sem prejuízo das prestações de contas a que estejam legalmente obrigadas. O item 12.2.18 do termo de referência e o item 3.52 do contrato de gestão determinam observar a lei integralmente, considerada toda a regulamentação municipal. A informação pessoal recebe o tratamento restrito do art. 31 da mesma lei, que a submete ao respeito à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem — restrição que vale para a via pública e que, como visto, não se opõe ao órgão de controle competente. Pedido cuja resposta caiba à secretaria é encaminhado a ela de imediato, com os elementos necessários para que responda dentro dos prazos que a lei lhe fixa.

A diligência presencial tem cuidados próprios, e todos servem à mesma finalidade: que fique registrado o que foi entregue. O que se disponibiliza vai em relação descritiva, com recibo do requisitante; a equipe de fiscalização é acompanhada por função designada durante toda a diligência; e o que é requisitado verbalmente no curso dela é reduzido a escrito antes de ser atendido. A hipótese que exige tratamento expresso é a do documento requisitado que não se localiza no momento: ela é registrada como ocorrência, apurada quanto à causa e comunicada ao requisitante com a providência adotada, precisamente porque o item 3.27 fala em disponibilidade permanente e é essa a promessa que o arquivo existe para cumprir.

12.8 Guarda e temporalidade do arquivo administrativo

A temporalidade é o instrumento que permite governar um acervo que cresce todos os dias sem que a decisão sobre cada documento precise ser tomada individualmente. Ela organiza os conjuntos documentais por prazo de guarda e por destinação, e o faz por conjunto e por função produtora, que é o que torna a avaliação viável. O método é o da gestão de documentos definida no art. 3º da Lei n.º 8.159, de 1991 — produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento nas fases corrente e intermediária —, e a distinção entre documento corrente, intermediário e permanente, do art. 8º, é a que organiza o espaço físico e o repositório digital.

O prazo que o instrumento contratual fixa tem objeto e termo inicial próprios, e a leitura apressada do dispositivo produz os dois erros de sentido contrário que a caixa adiante enuncia dispositivo a dispositivo. O item 12.30.3 do termo de referência determina arquivar na unidade ou em outro local de escolha da contratada, pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão, os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização quando da entrega mensal da prestação de contas. Três elementos merecem atenção: o objeto é aquele conjunto, e não a totalidade do acervo; o termo inicial é o término do contrato, e não a data do documento, de modo que a contagem começa depois de encerrada a execução; e o local pode ser a unidade ou outro, à escolha da contratada, o que faculta a guarda externa desde que preservada a localização.

▣ O QUE CADA DISPOSITIVO FIXA SOBRE A GUARDA DO DOCUMENTO ADMINISTRATIVO

- Item 12.30.3 do termo de referência: cinco anos após o término do contrato de gestão, para os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização na entrega mensal da prestação de contas. O termo inicial é o término do contrato.
- Item 6.21 do contrato de gestão: os documentos de natureza financeira, contábil, fiscal, trabalhista, previdenciária, patrimonial e bancária são mantidos em arquivo físico ou digital organizado, pelo prazo legal aplicável, disponíveis para consulta, auditoria, fiscalização, inspeção ou tomada de contas.
- Item 3.27 do contrato de gestão: disponibilidade permanente de toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público — é a exigência que transforma a organização do arquivo em obrigação, e não em boa prática.
- Art. 9º da Lei n.º 8.159/1991: a eliminação de documento produzido por instituição pública e de caráter público depende de autorização da instituição arquivística pública competente.
- Prontuário do paciente: regime próprio, com prazo e cadeia de autorização tratados no Protocolo Administrativo 2. A temporalidade desta seção alcança o documento administrativo.

Fora daquele conjunto, o prazo é o legal aplicável a cada espécie, na forma do item 6.21 do contrato de gestão, que manda manter os documentos de natureza financeira, contábil, fiscal, trabalhista, previdenciária, patrimonial e bancária em arquivo físico ou digital organizado, disponíveis para consulta, auditoria, fiscalização, inspeção ou tomada de contas. O protocolo adota deliberadamente essa formulação, que é a da própria fonte, em vez de fixar prazo uniforme: o documento trabalhista, o fiscal e o previdenciário têm prazos legais distintos entre si, e estabelecer um prazo único mais extenso do que o exigível criaria obrigação que a norma não impõe e ônus de guarda que ninguém cobra.

A organização física e digital serve a uma única finalidade, que é a localização. Cada unidade de arquivamento é identificada pelo conjunto, pelo período e pelo prazo aplicável, e o endereçamento é registrado em índice — depósito, estante, prateleira e caixa, ou o repositório e o caminho, quando digital. O empréstimo de documento é controlado com registro de quem retirou, quando retirou e quando devolveu, e a devolução é conferida. Para o acervo digital, mantém-se cópia de segurança, verifica-se periodicamente a legibilidade dos arquivos, em rotina definida pelo serviço, e preservam-se os metadados de origem, data e autoria, que são o que sustenta o valor probatório do arquivo eletrônico. O acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê, exigência que decorre tanto da proteção de dados pessoais quanto da própria natureza de parte do acervo.

Cumprido o prazo aplicável, o que se abre é a avaliação da destinação, e não o descarte. A distinção parece formal e é o núcleo da seção: tratar o término do prazo como autorização automática de eliminação é o erro clássico desta matéria. A avaliação examina o valor probatório e informativo remanescente do conjunto e propõe a destinação; sendo o documento de caráter público, a eliminação depende de autorização da instituição arquivística competente, na forma do art. 9º da Lei n.º 8.159, de 1991. A eliminação admissível é executada com termo, listagem descritiva do que foi eliminado e identificação das funções responsáveis, na forma que

as resoluções do conselho nacional de arquivos estabelecem como referência técnica, e o índice do arquivo é atualizado a cada transferência, eliminação ou mudança de endereçamento.

12.9 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da distinção entre quem produz o documento e quem responde pela sua forma, pela sua guarda e pela sua publicidade. A área que compra produz o processo de compra; a que contrata produz o contrato; a que administra pessoal produz o documento funcional. Nenhuma delas responde, sozinha, por numerar, arquivar, localizar e publicar — essa é a competência transversal que este protocolo organiza, e é a sua concentração que evita que cada área invente a sua própria forma de guardar.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção administrativa	Responde pela gestão documental como sistema, aprova as normas internas na sua alçada, assina a comunicação oficial e responde pelo cumprimento dos prazos de publicidade
Protocolo	Registra a entrada e a saída de todo expediente, autua e numera o processo, distribui às áreas com registro de recebimento e acompanha a tramitação até o desfecho
Responsável pelo arquivo administrativo	Classifica os conjuntos, controla o endereçamento e o índice, guarda pelo prazo aplicável, controla empréstimo e devolução e instrui a avaliação de destinação
Responsável pela transparência	Consolida as peças de publicidade obrigatória, converte para formato aberto, publica no prazo do instrumento e informa o link para divulgação
Assessoria jurídica	Manifesta-se nos processos que o exijam, orienta sobre a extensão do que se pode divulgar e revisa a minuta de resposta em matéria contratual e normativa
Encarregado pelo tratamento de dados pessoais	Orienta a conferência que antecede a publicação e a remessa, e responde pelas solicitações relativas a dados pessoais tratados pela unidade
Coordenação de cada área produtora	Produz o documento com o conteúdo e a tempestividade de que a sua área responde, e encaminha ao protocolo e ao arquivo na forma deste protocolo

Tabela 12.2 — As sete funções que respondem pela gestão documental administrativa e o que cabe a cada uma.

O que não se delega: a decisão de publicar documento sem a conferência prévia do dado pessoal; a expedição de resposta a órgão de controle sem manifestação da direção administrativa; a implantação de norma interna cuja matéria dependa de formalização prévia à secretaria, antes da manifestação desta; e a eliminação de documento sem a avaliação de destinação e, quando for o caso, sem a autorização arquivística. A designação da função que exerce cada uma dessas competências é formal e registrada, de modo que a fiscalização identifique o responsável sem depender de informação verbal.

12.10 Interface com todas as áreas

A gestão documental é o único processo administrativo da unidade que atravessa todos os outros. Ela não produz o conteúdo de nenhum documento e responde pela forma de todos, o que a coloca numa posição peculiar: depende integralmente do trabalho alheio e é cobrada pelo resultado do conjunto. Daí que as interfaces sejam aqui o objeto principal, e não um capítulo

acessório. Cada uma tem um ponto de falha característico, e nomeá-lo é o que permite tratá-lo antes que ele apareça na diligência.

Com as compras e a gestão de contratos, a interface é o processo instruído. O ponto de falha é o processo que se completa nas suas etapas materiais e permanece sem juntada das peças que as comprovam — a cotação que sustentou a escolha, o atesto do recebimento, a manifestação técnica. O tratamento é a conferência da instrução no encerramento, antes do arquivamento, com devolução à área de origem do que faltar. O ciclo de compra é objeto do Protocolo Administrativo 4 e o do contrato, do Protocolo Administrativo 7; o que este acrescenta é a exigência de que o processo chegue ao arquivo íntegro, porque é como processo que ele será examinado.

Com o financeiro e a contabilidade, a interface é a prestação de contas. É a maior massa documental da unidade e a que tem prazo de guarda próprio, contado do término do contrato de gestão. O ponto de falha é a divergência entre o que se enviou à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização e o que se guardou: o conjunto arquivado precisa ser o conjunto enviado, e a conferência entre um e outro se faz na própria entrega, quando ainda é barata. Com a gestão de pessoas, a interface é o documento funcional, que reúne, ao mesmo tempo, a maior densidade de dado pessoal do acervo administrativo e os comprovantes que o item 3.27 do contrato de gestão nomeia — pagamento de salários e verbas de habitualidade, vale-transporte, auxílio-alimentação, anotações em carteira e recolhimento de encargos. É a interface em que a conferência prévia à publicação e à remessa mais importa.

Com o patrimônio, o almoxarifado e a farmácia, a interface é a documentação de bem e de insumo, tratada nos Protocolos Administrativos 6 e 5, cujos termos, fichas e inventários chegam ao arquivo como peças do processo a que pertencem. Com a ouvidoria e as comissões técnicas, a interface é o relatório periódico que o instrumento exige, cuja tempestividade de produção condiciona a tempestividade do envio. Com o arquivo clínico, a interface é de fronteira: o prontuário segue o regime do Protocolo Administrativo 2, e o que este protocolo trata é o documento administrativo que a área produz — escala, requisição, relatório de produção e correspondência. Com a tecnologia da informação, a interface é o repositório digital, a cópia de segurança e o controle de acesso por perfil, sem os quais o acervo eletrônico perde tanto a integridade quanto o valor probatório.

12.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Neste protocolo a afirmação tem sentido literal, porque o registro é o próprio objeto: aqui, a evidência da execução é a existência do documento no lugar em que ele deveria estar, com o número que deveria ter e dentro do prazo em que deveria permanecer. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — a data de entrada anotada de memória corrompe a contagem de prazos, e prazo mal contado produz resposta intempestiva sobre matéria em que se tinha razão.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
----------	-------------	-----------	--------

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Registro de protocolo de entrada e de saída	Protocolo	Livro ou sistema de protocolo	Prazo legal aplicável
Processo administrativo autuado, com termos e folhas numeradas	Protocolo e área da matéria	Arquivo corrente e depois o intermediário	Prazo legal aplicável
Comprovante de recebimento da comunicação expedida	Protocolo	Juntado ao processo da matéria	Prazo legal aplicável
Controle de normas internas, com versões e histórico	Direção administrativa	Pasta de normas internas	Enquanto vigente e pelo prazo aplicável após a substituição
Controle de publicações, com data, peça e endereço eletrônico	Responsável pela transparência	Pasta da transparência	Prazo legal aplicável
Arquivos encaminhados à CAF na prestação de contas mensal	Financeiro e direção administrativa	Arquivo da prestação de contas	Cinco anos após o término do contrato
Relação descritiva e recibo de documento entregue em diligência	Responsável pelo arquivo administrativo	Processo da requisição	Prazo legal aplicável
Índice do arquivo, com endereçamento e prazo por conjunto	Responsável pelo arquivo administrativo	Arquivo administrativo	Atualizado e mantido enquanto houver acervo

Tabela 12.3 — Os oito registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos após o término do contrato de gestão alcança os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização na entrega mensal da prestação de contas, que é o conjunto nomeado pelo item 12.30.3 do termo de referência. Os demais registros observam o prazo legal aplicável a cada espécie, na forma do item 6.21 do contrato de gestão, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico, e a documentação digital observa os requisitos de integridade e de rastreabilidade aplicáveis, com acesso controlado por perfil e registro de consulta.

12.12 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu na produção, na circulação, na publicação ou na guarda do documento. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência. O registro é a condição da correção: desvio que não se anota não gera série, e sem série a coordenação não distingue o incidente isolado do defeito estrutural.

As espécies recorrentes são conhecidas e cada uma tem tratamento próprio. O expediente que circula sem número trata-se regularizando o registro e apurando por onde ele entrou sem passar pelo protocolo. O processo parado sem movimentação registrada trata-se identificando a área em que parou e o motivo, e não apenas cobrando o andamento. A resposta expedida sem

comprovante de recebimento trata-se reexpedindo por meio que produza prova, antes de encerrar o expediente. A versão superada de norma encontrada em circulação trata-se recolhendo a cópia e verificando a distribuição inteira, porque o achado individual quase sempre indica falha na distribuição controlada. E o documento requisitado que não se localiza trata-se como ocorrência de maior gravidade, com apuração da causa e comunicação ao requisitante, pela razão já dita: o item 3.27 do contrato de gestão promete disponibilidade permanente.

Duas espécies têm consequência externa imediata e por isso recebem tratamento prioritário. A primeira é a publicação fora do prazo ou incompleta: o descumprimento é verificável por qualquer pessoa que consulte o sítio eletrônico na data em que a informação deveria estar disponível, e o item 18.12 do termo de referência condiciona a liberação e a manutenção dos repasses à regular prestação de contas com ampla publicidade. A segunda é o expediente de órgão de controle respondido fora do prazo, incompleto ou sem resposta, hipótese que o item 24.4.2 do termo de referência e o item 6.19 do contrato de gestão associam à sugestão de não reconhecimento da prática, à retenção cautelar de repasses, à glosa de valores e à instauração de procedimento de apuração.

A análise das ocorrências é periódica, em rotina definida pelo serviço, e tem finalidade declarada: identificar em que ponto do percurso o documento se perde, para corrigir o processo naquele ponto. A devolutiva vai à área em que a causa nasceu, com dado objetivo e sem juízo sobre pessoas, e o desfecho de cada ocorrência é registrado — inclusive quando o desfecho é a conclusão de que a regra é que precisa mudar, hipótese em que a correção segue o regime de revisão de norma interna da seção 12.5.

12.13 Indicadores e monitoramento

O monitoramento combina indicadores de origem contratual com indicadores internos que explicam os primeiros. Os de origem contratual são os que decorrem de exigência expressa do termo de referência ou do contrato de gestão e cujo descumprimento é verificável por terceiro: a disponibilidade da informação no sítio eletrônico até o décimo quinto dia do mês subsequente, a publicação do regulamento próprio no prazo fixado e a resposta ao expediente de órgão de controle no prazo que ele fixa. Os internos medem o que a gestão documental governa diretamente e que determina o desempenho dos primeiros.

Indicador	Fórmula	Meta	Origem
Publicações disponíveis no prazo contratual	$\text{Conjuntos publicados até o décimo quinto dia} \div \text{conjuntos exigidos no período} \times 100$	= 100,0%	Termo de referência, itens 12.31.9 e 12.31.12
Publicações em formato aberto e separadas por unidade	$\text{Peças publicadas em formato processável e segregadas} \div \text{peças publicadas} \times 100$	= 100,0%	Termo de referência, itens 12.31.9 e 12.31.11
Expedientes de órgão de controle respondidos no prazo do expediente	$\text{Expedientes respondidos dentro do prazo fixado} \div \text{expedientes recebidos} \times 100$	= 100,0%	Termo de referência, item 24.4.1; contrato de gestão, item 6.17

Indicador	Fórmula	Meta	Origem
Expedientes com comprovante de recebimento juntado	Respostas com comprovante juntado ÷ respostas expedidas × 100	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 12.4
Documentos localizados na requisição, no prazo pedido	Documentos entregues no prazo ÷ documentos requisitados × 100	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede as seções 12.7 e 12.8
Processos encerrados com termo e remetidos ao arquivo	Processos com termo de encerramento e guarda registrada ÷ processos concluídos × 100	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede as seções 12.3 e 12.8
Normas internas com versão vigente identificada e histórico	Normas com registro de versão completo ÷ normas em vigor × 100	Série acompanhada pelo serviço	Indicador interno — mede a seção 12.5

Tabela 12.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, meta e origem — os três primeiros de origem contratual, os quatro últimos internos ao serviço.

A leitura obedece a uma ordem. Os três primeiros indicadores são lidos primeiro porque o seu desempenho abaixo do integral significa exposição já consumada, e não risco futuro: a informação que não estava disponível na data devida já foi consultada por quem a procurou, e o expediente respondido fora do prazo já produziu o seu efeito. Os quatro internos admitem leitura por tendência, e é neles que a coordenação encontra a explicação do desempenho dos primeiros — a resposta fora do prazo quase sempre decorre de documento que demorou a ser localizado, e a publicação incompleta, de peça que a área produtora entregou tarde.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e a análise é feita pela direção administrativa com as áreas produtoras, e não isoladamente dentro da gestão documental. A razão é a mesma que organizou a seção da não conformidade: a maior parte dos números que interessam mede processos compartilhados, e medi-los em conjunto é o que impede que cada área conclua que o atraso foi da outra. Os resultados alimentam a devolutiva às áreas de origem e, quando revelam defeito estrutural do próprio desenho, a revisão do protocolo.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

12.14 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e submete-se ao mesmo regime que estabelece para as demais normas internas na seção 12.5, o que é condição da sua autoridade: instrumento que disciplina o controle de versão alheio e circula sem controle do próprio perde a razão de ser lido. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta.

A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração dos dispositivos de transparência do instrumento contratual, mudança na regulamentação municipal aplicável às organizações sociais, alteração da legislação de acesso à informação ou de proteção de dados pessoais, mudança na estrutura do sítio eletrônico ou do portal de transparência do município, e achado de auditoria ou de órgão de controle que revele falha estrutural do processo documental. Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale, e a distribuição é controlada, com recolhimento da cópia superada.

A responsabilidade pela manutenção é da direção administrativa, com validação da assessoria jurídica quanto ao que toca a interpretação de dispositivo contratual e legal, e das áreas produtoras quanto ao que toca a forma dos documentos que elas geram. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida, porque a recusa fundamentada também é memória institucional. Quando a alteração recair sobre matéria que dependa de formalização prévia à área técnica da secretaria, observa-se o regime dos itens 12.11.1 e 12.11.2 do termo de referência antes da implantação.

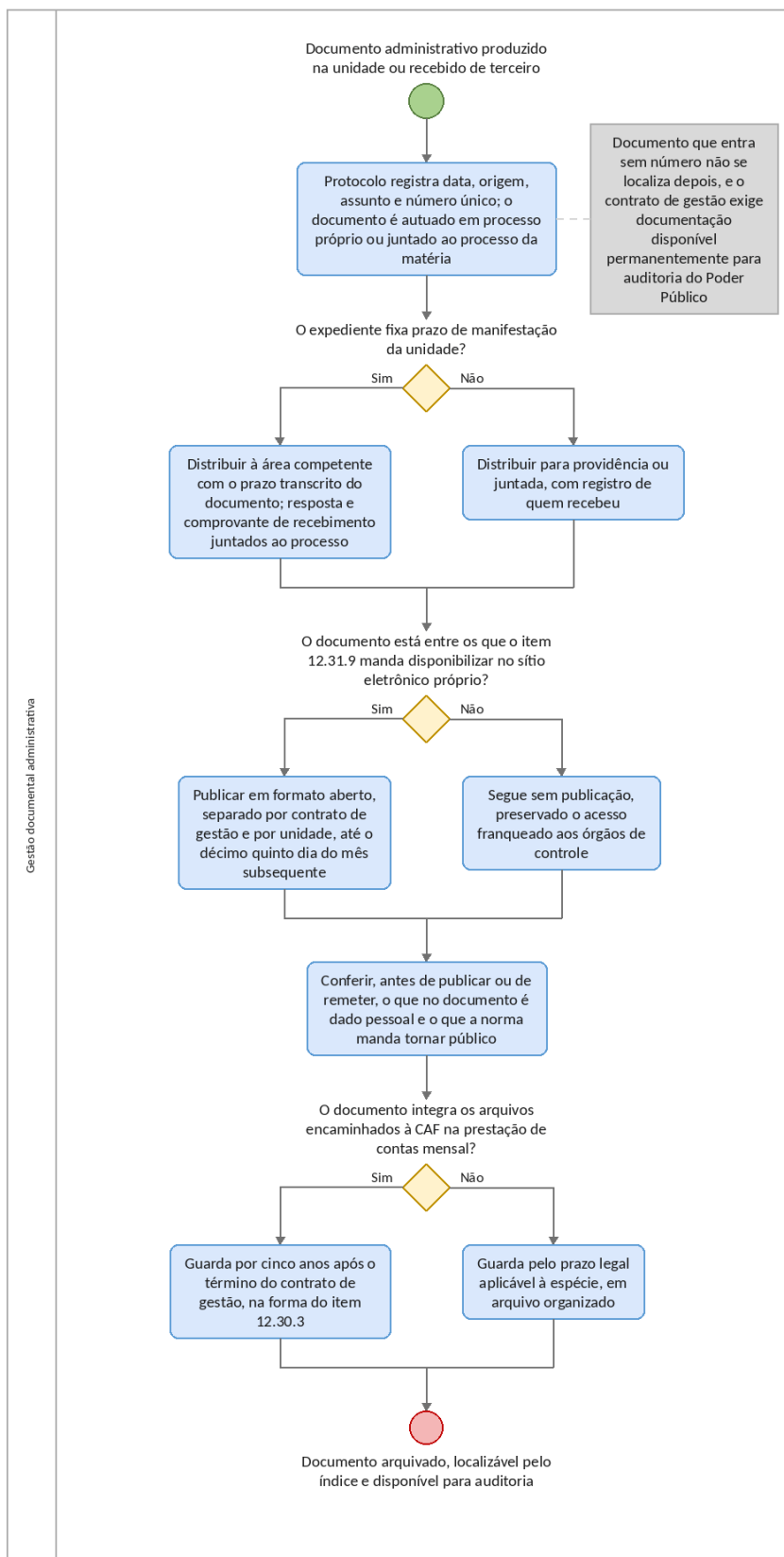
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

12.15 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho do documento administrativo desde a sua produção ou o seu recebimento até a guarda, com as três bifurcações que efetivamente mudam o percurso: se o expediente fixa prazo de manifestação, o que aciona a resposta com comprovante de recebimento; se o documento está entre os que o item 12.31.9 manda disponibilizar no sítio eletrônico, o que define a publicação em formato aberto até o décimo quinto dia do mês subsequente; e se ele integra os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização na prestação de contas mensal, o que separa a guarda por cinco anos após o término do contrato de gestão da guarda pelo prazo legal aplicável à espécie.

Do documento produzido ou recebido à sua guarda e à sua publicidade



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.30.3, 12.31.9 e 12.31.12; Contrato de Gestão, itens 3.27 e 6.21.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 12.2.18, 12.2.21, 12.3.5, 12.11.1, 12.11.2, 12.30.3, 12.31.9 a 12.31.12, 12.35.24, 18.12, 23.4.5.4, 24.4.1 e 24.6. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e minuta de Contrato de Gestão. Itens 3.24, 3.27, 3.38, 3.52, 6.17, 6.18, 6.19, 6.21 e 10.4. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18159.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19784.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução n.º 14, de 24 de outubro de 2001. Aprova a versão revista e ampliada do Código de Classificação de Documentos de Arquivo para a Administração Pública: Atividades-Meio e da Tabela Básica de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo Relativos às Atividades-Meio. Rio de Janeiro: CONARQ, 2001. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução n.º 40, de 9 de dezembro de 2014. Dispõe sobre os procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos. Rio de Janeiro: CONARQ, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 14 de janeiro de 2013. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Município de Nova Iguaçu. Nova Iguaçu: Câmara Municipal, 2013.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 11.742, de 23 de setembro de 2019. Regulamenta a Lei Municipal n.º 4.224/2013. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2019.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os seis procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 12.15 e descreve o percurso inteiro do documento.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-DOC-01	Protocolo, autuação e tramitação de documento administrativo	12.3
POP-DOC-02	Comunicação oficial, com prazo e comprovante de recebimento	12.4
POP-DOC-03	Controle de versão, aprovação e revisão de norma interna	12.5
POP-DOC-04	Publicidade obrigatória e portal da transparência	12.6
POP-DOC-05	Atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação	12.7
POP-DOC-06	Guarda e temporalidade do arquivo administrativo	12.8

Tabela 12.5 — Os seis procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-DOC-01. Protocolo, autuação e tramitação de documento administrativo

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-DOC-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 12 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-DOC-01.1 Quando usar

- › Na entrada de todo expediente recebido de órgão público, de fornecedor, de empregado ou de terceiro que exija providência ou guarda pela unidade.
- › Na produção de todo documento administrativo que saia da unidade ou que sustente decisão, despesa, contratação ou ato de pessoal.
- › Sempre que um expediente novo se relacionar a matéria já em curso, caso em que ele se junta ao processo existente em vez de inaugurar outro.

POP-DOC-01.2 Fundamento

Item 12.11.1 do termo de referência, que subordina os atos e decisões de alteração relevante na execução do contrato de gestão aos fluxos formais de comunicação e governança contratual, e item 23.4.5.4, que exige, na matéria que disciplina, instrução em processo administrativo próprio com manifestação técnica e jurídica. Item 3.27 do edital, que impõe disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público. Seção 12.3 do protocolo.

! O QUE SE REGISTRA NO MOMENTO DA ENTRADA, E NUNCA DEPOIS

- › Data e hora de recebimento ou de produção, anotadas quando o fato ocorre.
- › Origem: órgão, empresa, setor ou pessoa que expediu, e o meio pelo qual chegou.
- › Assunto em uma linha, escrita para quem vai procurar o documento daqui a dois anos.
- › Número único e sequencial, que acompanha o documento por toda a tramitação.
- › Prazo de resposta, quando o próprio expediente o fixar, transcrito do documento e não presumido.

! O QUE SE REGISTRA NO MOMENTO DA ENTRADA, E NUNCA DEPOIS

- › Expediente que entra sem número não tem como ser localizado depois, e o edital exige disponibilidade permanente para auditoria.

POP-DOC-01.3 Sequência de execução

1. Receber o expediente e conferir se ele está completo, legível e acompanhado dos anexos que menciona.
2. Verificar se a matéria já tem processo em curso; havendo, juntar ao processo existente e manter a numeração dele.
3. Não havendo processo em curso, autuar processo novo, atribuindo número único, data de abertura e assunto.
4. Registrar a entrada no livro ou sistema de protocolo, com origem, meio de recebimento, destinatário interno e prazo, quando houver.
5. Numerar as folhas na ordem em que são juntadas e manter a ordem cronológica da juntada.
6. Distribuir à área competente, registrando quem recebeu e quando; o recebimento é aceito pela área ou devolvido com a razão da recusa.
7. Acompanhar a tramitação até o desfecho, sem que o processo permaneça sem movimentação registrada.
8. Havendo necessidade de retirar peça já juntada, lavrar termo de desentranhamento com a razão, a identificação de quem autorizou e a indicação do destino da peça.
9. Concluída a matéria, encerrar o processo com termo que declare o desfecho e encaminhá-lo ao arquivo administrativo, conforme o POP-DOC-06.
10. Registrar, no protocolo, a data do encerramento e o local de guarda.

Elemento	Onde se obtém	Problema que evita
Número único do processo	Atribuído na autuação	Peças da mesma matéria dispersas em pastas diferentes
Data e hora de entrada	Momento do recebimento	Discussão sobre tempestividade da resposta
Origem e meio de recebimento	Face do expediente	Impossibilidade de confirmar recebimento junto ao remetente
Assunto em uma linha	Leitura do expediente	Documento existente e não localizável na busca
Prazo fixado pelo expedidor	Texto do próprio expediente	Prazo presumido, maior ou menor do que o real
Área destinatária e recebedor	Registro da distribuição	Processo parado sem responsável identificado

Tabela POP-DOC-01.1 — Elementos do registro de protocolo e o que cada um resolve.

✓ O QUE MANTÉM O PROCESSO ÍNTEGRO
› Um número por matéria, e todas as peças dela dentro do mesmo processo.
› Folhas numeradas na ordem da juntada, sem intervalo e sem repetição.
› Toda passagem entre áreas com registro de quem recebeu e quando.
› Retirada de peça somente com termo que declare a razão e o destino.

✗ O QUE DESORGANIZA O ACERVO
› Abrir processo novo para matéria que já tem processo em curso.
› Deixar expediente circulando sem número, na expectativa de regularizá-lo depois.
› Anotar a data de entrada de memória, ao fim do expediente.
› Retirar peça do processo sem termo, ainda que para uso interno e breve.

POP-DOC-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

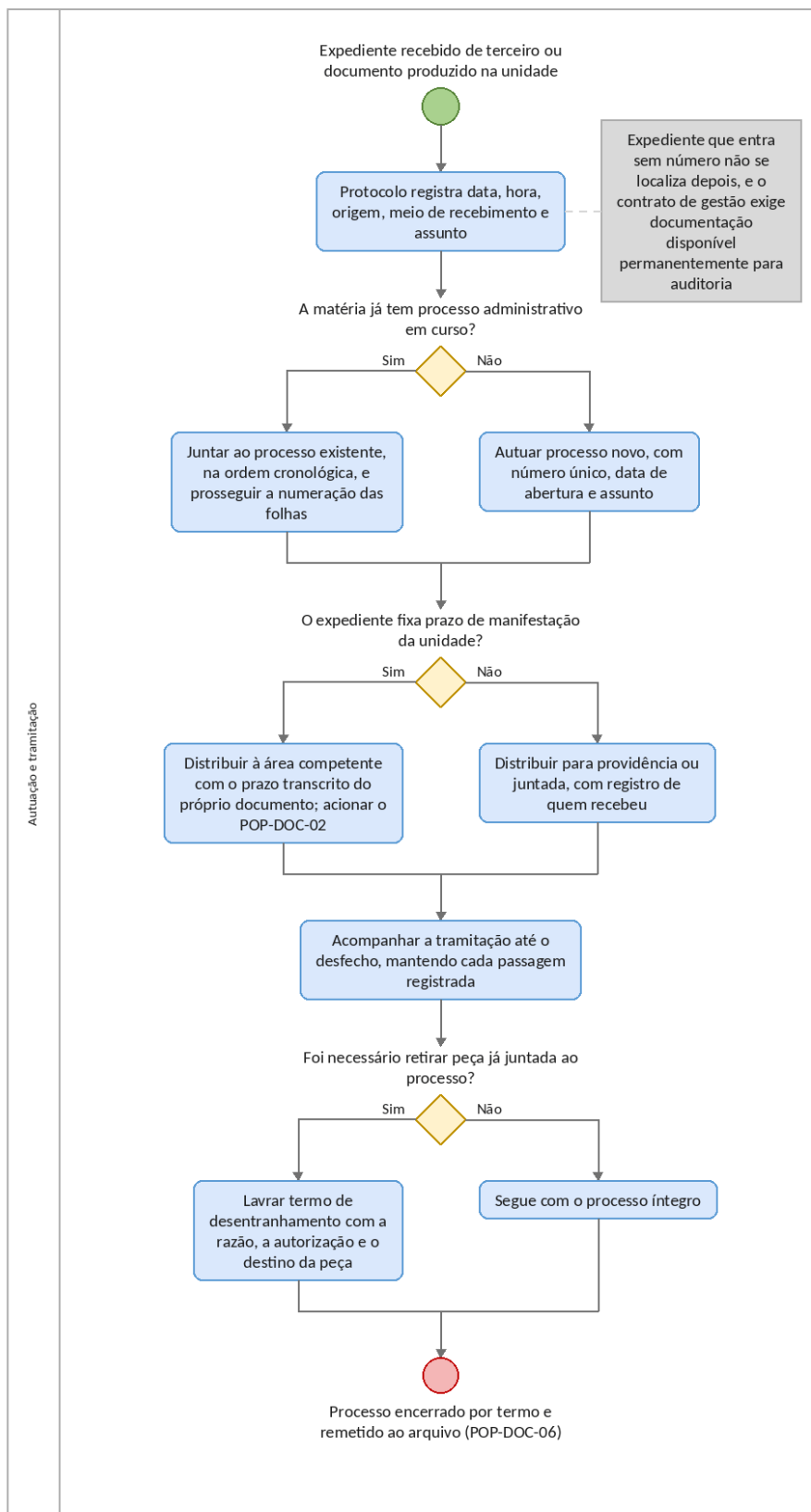
- › Registro de protocolo com número, data, origem, assunto, destino e prazo.
- › Processo autuado, com folhas numeradas e termos de abertura e de encerramento.
- › Comprovantes de distribuição interna, com identificação de quem recebeu.
- › Termo de desentranhamento, quando houver retirada de peça.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Número na entrada	Documento sem número é documento que não se localiza depois.
Uma matéria, um processo	Peça nova da mesma matéria se junta ao processo existente.
Ordem cronológica	A juntada segue a ordem dos fatos e as folhas se numeram nela.
Passagem registrada	Quem recebeu e quando — sem isso, atraso vira discussão de setor.
Retirada com termo	Peça sai do processo apenas com razão escrita e destino declarado.

POP-DOC-01.5 Fluxograma

O fluxograma da autuação tem três bifurcações que mudam o percurso do expediente: a existência de processo em curso, que decide entre juntar e autuar; a fixação de prazo pelo expedidor, que aciona o procedimento de resposta; e a retirada de peça já juntada, que só ocorre mediante termo.

POP-DOC-01 — Protocolo, autuação e tramitação do documento administrativo



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.11.1 e 23.4.5.4; Contrato de Gestão, item 3.27.

POP-DOC-02. Comunicação oficial, com prazo e comprovante de recebimento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-DOC-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 12 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-DOC-02.1 Quando usar

- › No recebimento de ofício, notificação ou solicitação da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, da área técnica da secretaria, do controle interno ou de órgão de controle externo.
- › Na expedição de qualquer comunicação da unidade a órgão público, a fornecedor ou a empregado, quando dela decorra direito, dever ou prazo.
- › Sempre que a resposta depender de documento produzido por outra área da unidade.

POP-DOC-02.2 Fundamento

Item 24.4.1 do termo de referência, que estabelece o ofício formal como via pela qual a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização reporta a ocorrência, solicita esclarecimentos e documentos comprobatórios e alerta para a possibilidade de retenção de valores, e item 24.6, inciso I, de igual teor. Item 6.17 do contrato de gestão, que faculta à contratante solicitar, a qualquer tempo, documentos complementares e esclarecimentos. Seção 12.4 do protocolo.

! O PRAZO É O DO EXPEDIENTE, E A PROVA É O COMPROVANTE

- › O prazo de resposta é o fixado por quem expediu o documento; transcreva-o do texto e não o presuma.
- › Resposta enviada sem comprovante de recebimento equivale, na discussão posterior, a resposta não enviada.
- › Ofício que não é respondido conduz à sugestão de não reconhecimento da prática, na forma do item 24.4.2 do termo de referência.
- › A ausência de resposta, a resposta incompleta e a intempestiva figuram, no item 6.19 do contrato de gestão, entre as hipóteses que podem ensejar retenção cautelar de repasses e glosa de valores.

! O PRAZO É O DO EXPEDIENTE, E A PROVA É O COMPROVANTE

› Quando a resposta integral depender de elemento ainda em levantamento, responda o que já está apurado e peça a dilação de forma motivada, dentro do prazo original.

POP-DOC-02.3 Sequência de execução

1. Receber o expediente pelo protocolo, na forma do POP-DOC-01, e registrar data, hora e meio de recebimento.
2. Ler o expediente e transcrever, no registro, o prazo de resposta que ele fixa e o objeto exato do que se pede.
3. Identificar as áreas que detêm a informação e distribuir a cada uma a parte que lhe cabe, com o prazo do expediente à vista.
4. Reunir as respostas parciais e conferir se, em conjunto, elas respondem a todos os pontos do expediente, um a um.
5. Verificando que algum ponto depende de elemento ainda não disponível, preparar resposta com o que está apurado e pedido de dilação motivado, protocolado dentro do prazo original.
6. Submeter a minuta à direção administrativa e, quando a matéria for jurídica ou contratual, à assessoria jurídica.
7. Expedir a resposta pelo meio que produza comprovante: protocolo com recibo, aviso de recebimento ou confirmação eletrônica de entrega.
8. Juntar ao processo a via expedida e o comprovante de recebimento, na ordem cronológica.
9. Registrar o desfecho no controle de expedientes e acompanhar eventual retorno.
10. Encaminhar à direção administrativa a relação dos expedientes respondidos e dos pendentes, para acompanhamento periódico definido pelo serviço.

Meio	Comprovante que produz	Quando é o meio indicado
Protocolo presencial	Recibo com data, hora e identificação do recebedor	Entrega de volume documental ao órgão de destino
Correspondência com aviso de recebimento	Aviso assinado e datado	Destinatário externo sem protocolo próprio
Mensagem eletrônica institucional	Confirmação de entrega e de leitura	Expediente de rotina e remessa de arquivo em formato aberto
Sistema oficial do órgão	Número de protocolo emitido pelo sistema	Quando o próprio órgão indica o sistema como via

Tabela POP-DOC-02.1 — Meios de expedição e a prova que cada um produz.

✓ O QUE SUSTENTA A RESPOSTA

✓ O QUE SUSTENTA A RESPOSTA

- › Responder ponto a ponto, na ordem em que o expediente perguntou.
- › Anexar o documento comprobatório pedido, e não apenas descrevê-lo.
- › Guardar o comprovante de recebimento junto da via expedida, no mesmo processo.
- › Pedir dilação motivada dentro do prazo original, quando o elemento ainda estiver em levantamento.

✗ O QUE FRAGILIZA A POSIÇÃO DA UNIDADE

- › Responder por meio que não produza comprovante de recebimento.
- › Deixar ponto do expediente sem resposta expressa, ainda que a resposta seja negativa.
- › Encaminhar a resposta depois de esgotado o prazo, sem pedido de dilação anterior.
- › Enviar documento com dado pessoal excedente ao que foi solicitado.

POP-DOC-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro de entrada do expediente, com prazo transcrito e área destinatária.
- › Minuta e via expedida da resposta, juntadas ao processo.
- › Comprovante de recebimento pelo destinatário.
- › Controle de expedientes com o desfecho de cada um.

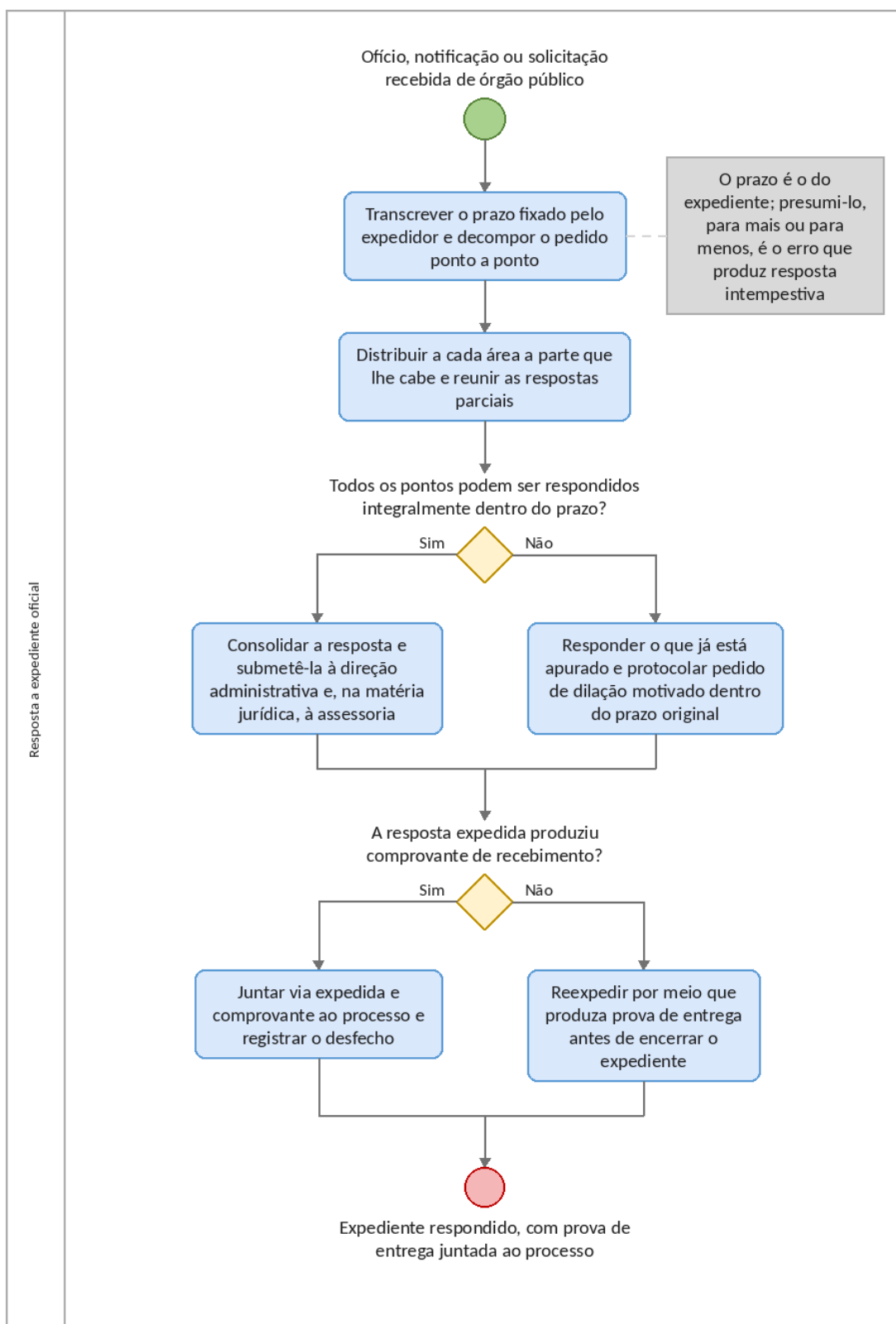
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Prazo de quem expediu	Transcrito do documento, nunca presumido.
Resposta ponto a ponto	Cada item do expediente tem resposta expressa.
Comprovante é a prova	Sem ele, a resposta não se demonstra depois.
Dilação é motivada	Pedida dentro do prazo original, com o que já se apurou.
Silêncio custa caro	A falta de resposta figura entre as hipóteses de retenção e glosa.

POP-DOC-02.5 Fluxograma

O fluxograma da comunicação oficial mostra as duas decisões de que depende o desfecho: a possibilidade de responder integralmente dentro do prazo, que separa a resposta consolidada do pedido de dilação motivado, e a existência de comprovante de recebimento, sem o qual o expediente não se encerra.

POP-DOC-02 — Comunicação oficial, com prazo e comprovante de recebimento



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 24.4.1 e 24.6, I; Contrato de Gestão, itens 6.17 e 6.19.

POP-DOC-03. Controle de versão, aprovação e revisão de norma interna

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-DOC-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 12 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-DOC-03.1 Quando usar

- › Na elaboração de norma, protocolo, procedimento operacional padrão, regulamento ou rotina interna da unidade.
- › Na revisão de norma já vigente, por alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique.
- › Sempre que a alteração recair sobre procedimento, rotina ou prática não prevista originalmente no contrato de gestão e seus anexos.

POP-DOC-03.2 Fundamento

Itens 12.11.1 e 12.11.2 do termo de referência: os atos e decisões que impliquem alteração relevante na execução do contrato de gestão dependem de autorização prévia da área técnica da secretaria, cabendo à contratada formalizar previamente a proposta de alteração de procedimentos, rotinas ou práticas não previstas originalmente, encaminhar as formalizações à área técnica e, uma vez autorizadas, comunicá-las à Comissão de Acompanhamento para ciência e monitoramento. Seção 12.5 do protocolo.

! ANTES DE IMPLANTAR, VERIFIQUE SE A MATÉRIA EXIGE FORMALIZAÇÃO PRÉVIA

- › A alteração recai sobre procedimento, rotina ou prática não prevista originalmente no contrato de gestão e seus anexos? Então ela se formaliza previamente, na forma do item 12.11.2, inciso I.
- › A matéria é recebimento, conferência, controle ou prestação de contas de medicamentos e insumos? Então há submissão prévia específica, tratada no Protocolo Administrativo 5.

! ANTES DE IMPLANTAR, VERIFIQUE SE A MATÉRIA EXIGE FORMALIZAÇÃO PRÉVIA

- › A alteração atinge o quadro de direção geral ou técnica? Então depende de aprovação prévia, na forma do inciso III.
- › Autorizada a alteração, ela é comunicada à Comissão de Acompanhamento e formalizada por termo aditivo quando necessário, na forma do inciso V.
- › Norma implantada sem a formalização exigida constrói prática que depois precisa ser desfeita.

POP-DOC-03.3 Sequência de execução

1. Identificar a necessidade da norma nova ou da revisão, com a razão que a motiva registrada por escrito.
2. Verificar se a matéria está entre as que dependem de formalização ou autorização prévia da secretaria; havendo dúvida, tratar como se dependesse.
3. Elaborar a minuta com identificação, objeto, âmbito, fundamento, conteúdo e data de vigência proposta.
4. Submeter a minuta à análise técnica interna da área que a executa e à assessoria jurídica quando a matéria for contratual ou normativa.
5. Dependendo a matéria de formalização prévia, encaminhá-la à área técnica da secretaria e aguardar a manifestação antes de implantar.
6. Autorizada, comunicar à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização e providenciar o termo aditivo quando ele for necessário.
7. Registrar a versão no controle de normas internas, indicando o que mudou em relação à anterior, a razão da mudança e a data a partir da qual vale.
8. Distribuir a versão vigente às áreas que a executam e recolher a cópia superada, física ou eletrônica.
9. Registrar o treinamento sobre a versão vigente e a comprovação de conhecimento.
10. Manter o histórico das versões anteriores no arquivo administrativo, inclusive das propostas não acolhidas e da razão da recusa.

Campo	Conteúdo	Para que serve
Identificação	Código, título e número da versão	Distinguir versões em circulação
O que mudou	Descrição objetiva da alteração em relação à versão anterior	Permitir leitura comparativa sem confrontar os textos inteiros
Por que mudou	Alteração normativa, mudança de meta ou achado que motivou	Preservar a memória da decisão
A partir de quando vale	Data de vigência	Definir qual versão rege o ato praticado em cada data

Campo	Conteúdo	Para que serve
Quem aprovou	Função que elaborou, revisou e aprovou	Identificar a instância responsável, sem nominar pessoa
Formalização prévia	Registro do encaminhamento e da manifestação, quando exigidos	Demonstrar o cumprimento do item 12.11.2

Tabela POP-DOC-03.1 — O que cada registro de versão precisa dizer.

✓ O QUE MANTÉM A NORMA CONFIÁVEL
› Uma única versão vigente por matéria, e ela identificada como tal.
› Cópia superada recolhida no momento em que a nova entra em vigor.
› Histórico preservado, inclusive das propostas recusadas e da razão da recusa.
› Formalização prévia verificada antes da implantação, e não depois dela.

✗ O QUE PRODUZ DIVERGÊNCIA DE CONDUTA
› Deixar duas versões circulando ao mesmo tempo entre turnos ou setores.
› Alterar norma sem registrar o que mudou e por quê.
› Implantar alteração de matéria que dependia de formalização prévia.
› Distribuir versão nova sem recolher a anterior.

POP-DOC-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Controle de normas internas, com versão vigente e histórico.
- › Minuta, parecer técnico e manifestação jurídica, quando houver.
- › Comprovante do encaminhamento à secretaria e da autorização, quando exigidos.
- › Registro do treinamento e da comprovação de conhecimento da versão vigente.

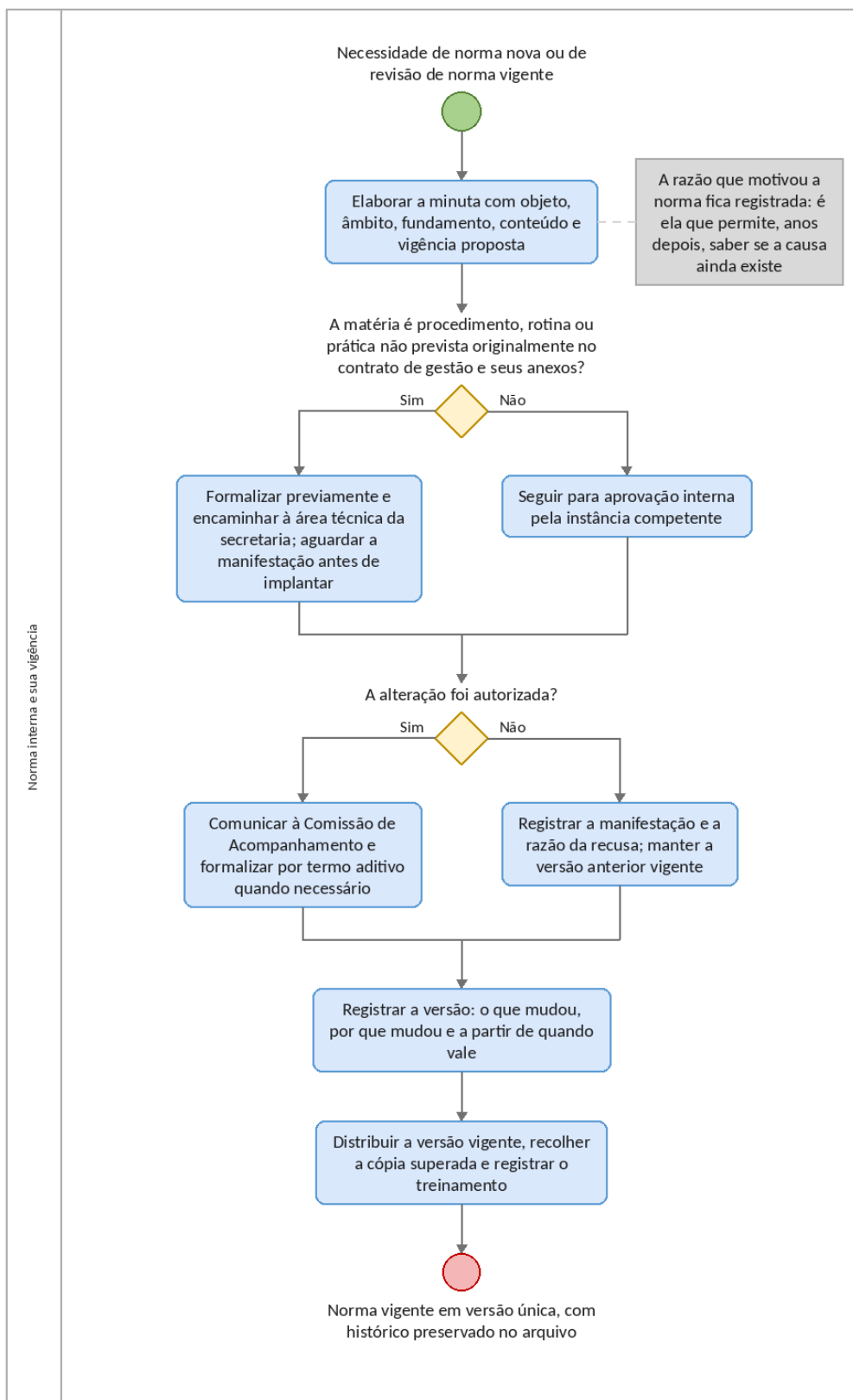
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Uma versão vigente	Duas em circulação produzem conduta divergente entre setores.
Formalização antes	Matéria não prevista originalmente formaliza-se antes de implantar.
O que mudou e por quê	Toda versão registra a alteração e a razão dela.
Cópia superada recolhida	A distribuição da nova inclui o recolhimento da anterior.
Recusa também é memória	A proposta não acolhida fica registrada com a razão.

POP-DOC-03.5 Fluxograma

O fluxograma da norma interna tem duas decisões que definem quando ela passa a valer: se a matéria exige formalização prévia à área técnica da secretaria, e se a alteração foi autorizada —

hipótese em que se comunica a Comissão de Acompanhamento e, quando necessário, se formaliza o termo aditivo.

POP-DOC-03 — Controle de versão, aprovação e revisão de norma interna



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.11.1 e 12.11.2, incisos I a V.

POP-DOC-04. Publicidade obrigatória e portal da transparência

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-DOC-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 12 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-DOC-04.1 Quando usar

- › Mensalmente, para as informações relativas ao mês imediatamente transcorrido.
- › Na assinatura do contrato de gestão, para o regulamento próprio de compras e contratações, no prazo de noventa dias que o instrumento fixa.
- › Sempre que houver alteração de estatuto, ata de assembleia, contrato firmado com empresa, aditivo ou processo de seleção de pessoal.

POP-DOC-04.2 Fundamento

Item 12.31.9 do termo de referência, que relaciona o que as contratadas devem disponibilizar em sítio eletrônico próprio, em arquivos de formato aberto, conforme o Decreto Municipal n.º 11.742/2019; item 12.31.10, que manda disponibilizar o link para divulgação no sítio da secretaria e no portal de transparência do município; item 12.31.11, que exige separação por contrato de gestão e por unidade; e item 12.31.12, que fixa a disponibilidade até o décimo quinto dia do mês subsequente. Itens 12.3.5 do termo de referência e 3.38 do contrato de gestão, quanto ao regulamento próprio. Seção 12.6 do protocolo.

! O QUE A NORMA FIXA E QUE NÃO SE NEGOCIA NA PUBLICAÇÃO

- › Formato aberto, que permita o processamento das informações — arquivo de imagem não atende ao que o item 12.31.9 exige.
- › Separação por contrato de gestão firmado com o município e por unidade de saúde, na forma do item 12.31.11.
- › Disponibilidade das informações do mês imediatamente transcorrido até o décimo quinto dia do mês subsequente, na forma do item 12.31.12.

! O QUE A NORMA FIXA E QUE NÃO SE NEGOCIA NA PUBLICAÇÃO

- › Link de acesso disponibilizado para divulgação no sítio da secretaria e no portal de transparência do município, na forma do item 12.31.10.
- › O relatório analítico de despesas contém, no mínimo, data, objeto, valor pago, número do contrato ou do procedimento de aquisição, e o documento de identificação e o nome do beneficiário.

POP-DOC-04.3 Sequência de execução

1. Levantar, junto às áreas produtoras, os documentos e demonstrativos do período que integram as alíneas do item 12.31.9.
2. Conferir se o relatório analítico de despesas traz os campos mínimos que o próprio item enumera.
3. Converter cada peça para formato aberto que permita o processamento das informações, mantendo a íntegra do conteúdo.
4. Conferir, antes de publicar, o que no documento é dado pessoal e o que a norma manda tornar público, suprimindo o excedente.
5. Organizar a publicação por contrato de gestão e por unidade de saúde.
6. Publicar no sítio eletrônico próprio até o décimo quinto dia do mês subsequente ao período de referência.
7. Informar o link de acesso para divulgação no sítio da secretaria e no portal de transparência do município.
8. Encaminhar à contratante, para publicação no Diário Oficial do Município, o regulamento próprio de compras e contratações no prazo fixado no contrato de gestão.
9. Registrar a data de cada publicação, a peça publicada e o endereço eletrônico em que ela ficou disponível.
10. Conferir periodicamente, em rotina definida pelo serviço, se os endereços permanecem acessíveis e se os arquivos abrem, com a finalidade de assegurar publicidade efetiva.

Conjunto publicado	Área que o produz	Cuidado na publicação
Relatório de execução do contrato de gestão e demonstrativos financeiros	Direção administrativa e contabilidade	Incluir as certidões negativas que o item enumera
Relatório analítico mensal de despesas	Financeiro	Conferir os campos mínimos exigidos pelo item
Estatuto social e atas de assembleia	Mantenedora e secretaria de governança	Publicar a versão registrada e vigente
Regulamento próprio de compras e contratações	Direção administrativa e jurídica	Publicação também no Diário Oficial, no prazo do contrato

Conjunto publicado	Área que o produz	Cuidado na publicação
Editais e processos de seleção de pessoal	Gestão de pessoas	Publicar critérios de análise curricular, sem dado pessoal de candidato
Contratos, aditivos, termos de referência e propostas	Gestão de contratos	Conferir dado pessoal de representante antes de publicar
Listagem nominal de dirigentes e colaboradores	Gestão de pessoas	Publicar os campos que o item nomeia, e apenas eles

Tabela POP-DOC-04.1 — Origem interna de cada conjunto que se publica.

✓ O QUE TORNA A PUBLICAÇÃO EFETIVA

- › Formato aberto e processável, com a íntegra do conteúdo preservada.
- › Separação por contrato de gestão e por unidade, como a norma determina.
- › Publicação até o décimo quinto dia do mês subsequente, com a data registrada.
- › Link informado para divulgação no sítio da secretaria e no portal do município.

✗ O QUE ESVAZIA A TRANSPARÊNCIA

- › Publicar imagem digitalizada de documento em lugar de arquivo processável.
- › Reunir num só arquivo informação de mais de um contrato de gestão ou de mais de uma unidade.
- › Publicar dado pessoal além do que a norma manda tornar público.
- › Deixar o endereço eletrônico publicado sem conferência de que ele permanece acessível.

POP-DOC-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

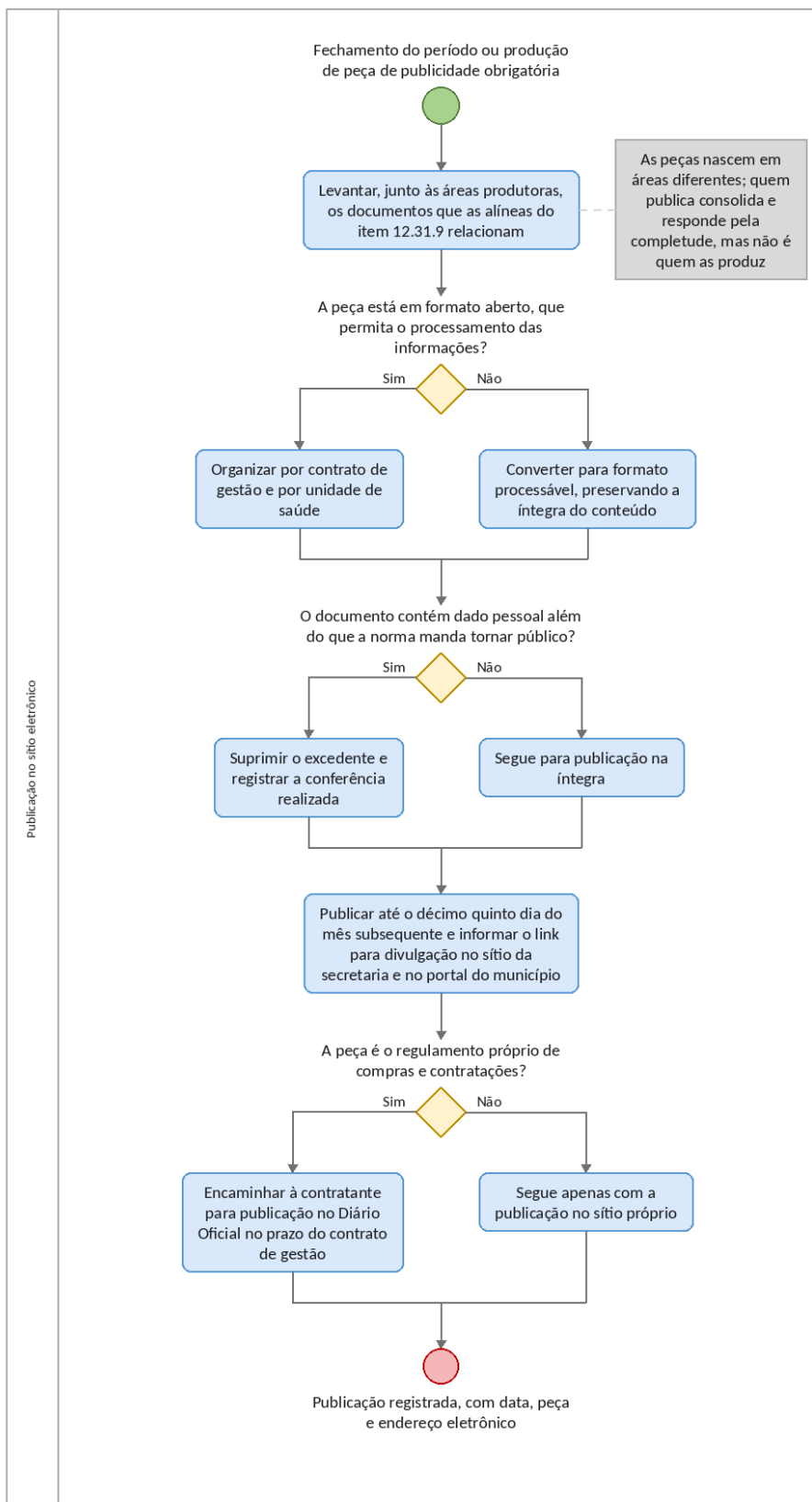
- › Controle de publicações, com data, peça publicada e endereço eletrônico.
- › Comprovante do encaminhamento do link à secretaria.
- › Comprovante do encaminhamento do regulamento próprio para publicação no Diário Oficial.
- › Registro da conferência de dado pessoal feita antes de cada publicação.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Formato aberto	O arquivo tem de permitir o processamento das informações.
Décimo quinto dia	As informações do mês transcorrido ficam disponíveis até essa data.
Por contrato e por unidade	A separação é exigência expressa do instrumento.
Link à secretaria	A publicação só se completa com a divulgação do endereço.
Dado pessoal conferido	Publica-se o que a norma nomeia, e apenas isso.

POP-DOC-04.5 Fluxograma

O fluxograma da publicidade percorre três bifurcações: o formato do arquivo, que precisa permitir o processamento das informações; a presença de dado pessoal excedente, que exige supressão antes de publicar; e a natureza da peça, porque o regulamento próprio de compras tem, além da publicação no sítio, o encaminhamento ao Diário Oficial.

POP-DOC-04 — Publicidade obrigatória e portal da transparência



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.31.9 a 12.31.12 e 12.3.5; Contrato de Gestão, item 3.38.

POP-DOC-05. Atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-DOC-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 12 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-DOC-05.1 Quando usar

- › No recebimento de requisição da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, do controle interno municipal, do Tribunal de Contas, do Ministério Público ou de auditoria designada.
- › No recebimento de pedido de acesso à informação encaminhado pela secretaria ou dirigido diretamente à unidade.
- › Em diligência presencial de fiscalização, inspeção ou tomada de contas.

POP-DOC-05.2 Fundamento

Item 3.27 do contrato de gestão, que obriga a disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os comprovantes que enumera; itens 6.17 e 6.18, que facultam à contratante e aos órgãos de controle solicitar documentos a qualquer tempo e impõem franquear o acesso aos documentos físicos e eletrônicos, preservadas as informações protegidas por sigilo legal e pela legislação de proteção de dados pessoais; item 3.52 e item 12.2.18 do termo de referência, quanto à Lei n.º 12.527/2011. Seção 12.7 do protocolo.

! DUAS VIAS DISTINTAS, COM REGIMES DISTINTOS

- › Requisição de órgão de controle: o acesso é franqueado de forma integral, na forma do item 6.18 do contrato de gestão, que ressalva o dever de disponibilização integral aos órgãos competentes.
- › Pedido de acesso à informação do público em geral: a publicidade alcança a parcela dos recursos públicos recebidos e a sua destinação, na forma do parágrafo único do art. 2º da Lei n.º 12.527/2011.
- › Informação pessoal tem tratamento restrito na via pública, na forma do art. 31 da mesma lei, e isso não a subtrai do órgão de controle.

! DUAS VIAS DISTINTAS, COM REGIMES DISTINTOS

- › Pedido dirigido à unidade e que caiba à secretaria responder é encaminhado a ela de imediato, com a informação necessária, para que o órgão responda nos prazos do art. 11.
- › Documento requisitado e não localizado é ocorrência a registrar e apurar: o item 3.27 do contrato de gestão fala em disponibilidade permanente.

POP-DOC-05.3 Sequência de execução

1. Receber a requisição pelo protocolo e registrar data, hora, órgão requisitante e prazo fixado, na forma do POP-DOC-02.
2. Classificar a via: requisição de órgão de controle ou pedido de acesso à informação do público em geral.
3. Identificar, item a item, qual documento responde a cada ponto da requisição e em que processo ou pasta ele está.
4. Localizar as peças e conferir se estão completas e legíveis, reunindo-as em relação descritiva.
5. Tratando-se de órgão de controle, franquear o acesso integral, inclusive a registros contábeis, financeiros, bancários, fiscais, trabalhistas, previdenciários, patrimoniais e operacionais.
6. Tratando-se de pedido do público em geral, verificar se a informação diz respeito à parcela dos recursos públicos recebidos e à sua destinação, e conferir o tratamento devido à informação pessoal.
7. Havendo dúvida sobre a extensão do que se pode divulgar, submeter à assessoria jurídica antes de responder.
8. Encaminhar à secretaria, de imediato, o pedido cuja resposta lhe caiba, com os elementos necessários para que ela responda nos prazos legais.
9. Expedir a resposta pelo meio que produza comprovante de recebimento e juntar tudo ao processo.
10. Em diligência presencial, acompanhar a equipe, registrar o que foi disponibilizado e lavrar o termo ou recibo correspondente.
11. Registrar, ao final, o que foi requisitado, o que foi entregue e o prazo em que a entrega ocorreu.

Objeto do pedido	Documento que o comprova	Onde está
Pagamento de salários e verbas de habitualidade	Folha, recibos e comprovantes de crédito	Gestão de pessoas
Vale-transporte e auxílio-alimentação	Comprovantes de concessão e de pagamento	Gestão de pessoas
Anotações em carteira de trabalho	Registros de admissão e alterações contratuais	Gestão de pessoas

Objeto do pedido	Documento que o comprova	Onde está
Recolhimento de tributos, contribuições e encargos	Guias quitadas e certidões de regularidade	Financeiro e contabilidade
Aplicação de recursos em despesa do objeto	Processo de aquisição, contrato, nota fiscal e comprovante de pagamento	Compras, contratos e financeiro
Movimentação da conta específica	Extratos e planilhas de fluxo financeiro	Financeiro

Tabela POP-DOC-05.1 — O que responde a cada pedido de comprovação recorrente.

✓ O QUE FAZ A DILIGÊNCIA CORRER BEM
› Relação descritiva do que foi entregue, com recibo do requisitante.
› Documento entregue completo e legível, na forma em que existe no processo.
› Acompanhamento da equipe de fiscalização por função designada, durante toda a diligência.
› Encaminhamento imediato à secretaria do pedido cuja resposta lhe caiba.

✗ O QUE COMPROMETE O ATENDIMENTO
› Entregar documento sem relação descritiva e sem recibo.
› Opor ao órgão de controle restrição de acesso que a norma reserva à via pública.
› Divulgar informação pessoal na via pública além do que a norma admite.
› Deixar sem registro a requisição atendida verbalmente durante a diligência.

POP-DOC-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

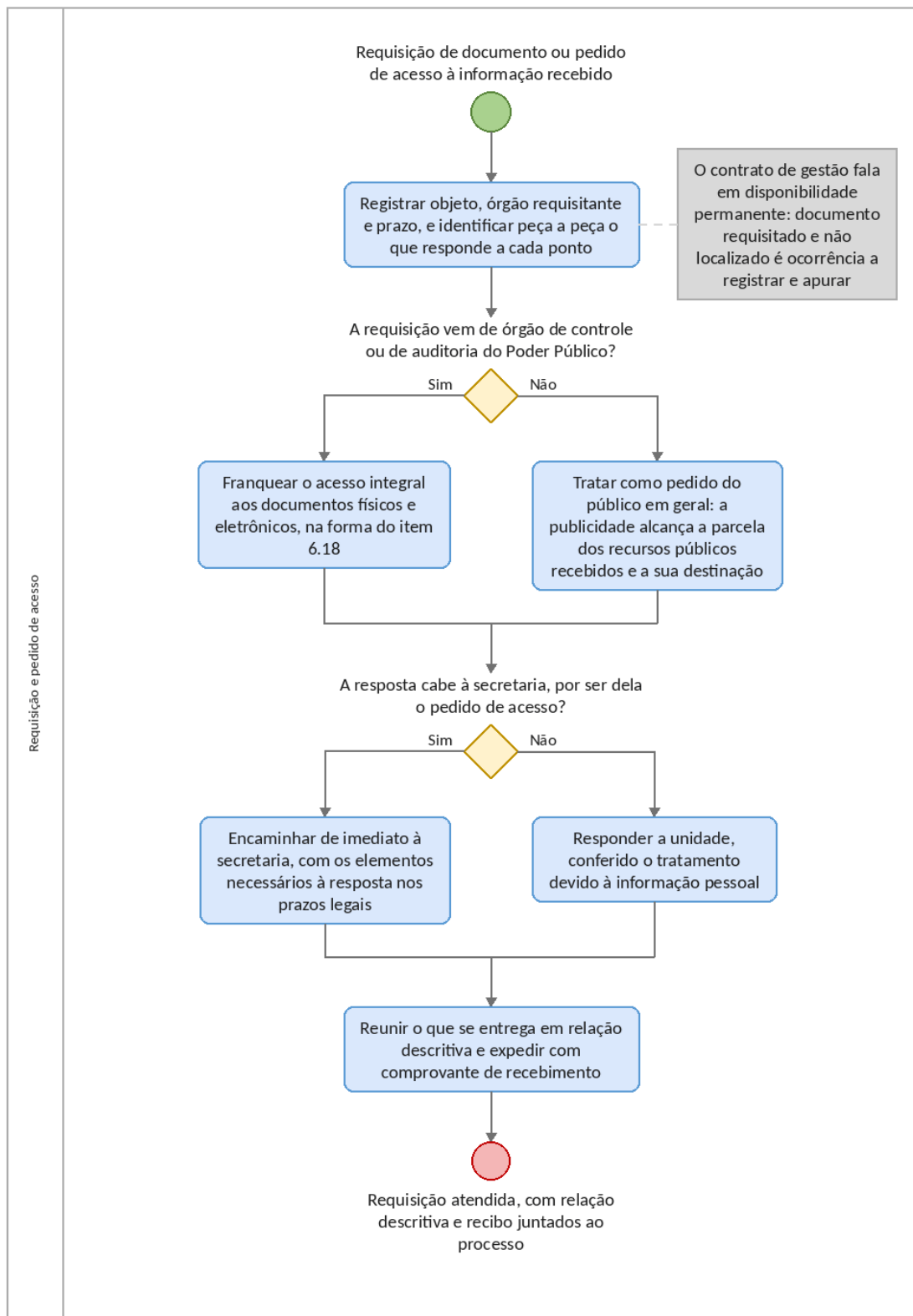
- › Registro da requisição, com órgão, objeto e prazo.
- › Relação descritiva do que foi entregue, com recibo do requisitante.
- › Cópia da resposta expedida e o comprovante de recebimento.
- › Termo de diligência presencial, quando houver.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Disponibilidade permanente	O contrato de gestão exige documentação disponível a qualquer tempo para auditoria.
Controle recebe integral	A ressalva de sigilo não se opõe ao órgão de controle competente.
Público em geral	A publicidade alcança a parcela de recursos públicos e a sua destinação.
Dado pessoal	Tratamento restrito na via pública, na forma do art. 31 da Lei de Acesso.
Recibo sempre	O que se entrega vai em relação descritiva, com recibo.

POP-DOC-05.5 Fluxograma

O fluxograma do atendimento separa, logo na primeira decisão, as duas vias que têm regimes distintos: a requisição de órgão de controle, que recebe acesso integral, e o pedido do público em geral, cuja publicidade alcança a parcela dos recursos públicos e a sua destinação. A segunda decisão define quem responde.

POP-DOC-05 — Atendimento a órgãos de controle e a pedido de acesso à informação



Referência: Contrato de Gestão, itens 3.27, 3.52, 6.17 e 6.18; Lei n.º 12.527/2011.

POP-DOC-06. Guarda e temporalidade do arquivo administrativo

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-DOC-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 12 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-DOC-06.1 Quando usar

- › No encerramento de processo administrativo e na transferência de documento do arquivo corrente para o arquivo intermediário.
- › Na entrega mensal da prestação de contas, para os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.
- › Ao término do prazo de guarda aplicável a um conjunto documental, quando se decide a sua destinação.

POP-DOC-06.2 Fundamento

Item 12.30.3 do termo de referência, que determina arquivar, na unidade ou em outro local de escolha da contratada, pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão, os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização quando da entrega mensal da prestação de contas; item 6.21 do contrato de gestão, que manda manter os documentos de natureza financeira, contábil, fiscal, trabalhista, previdenciária, patrimonial e bancária em arquivo físico ou digital organizado, pelo prazo legal aplicável, disponíveis para consulta, auditoria, fiscalização, inspeção ou tomada de contas. Seção 12.8 do protocolo.

! O PRAZO DE CINCO ANOS TEM OBJETO E TERMO INICIAL PRÓPRIOS

- › O objeto são os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização na entrega mensal da prestação de contas.
- › O termo inicial é o término do contrato de gestão, e não a data do documento — a contagem começa depois de encerrada a execução.
- › O local pode ser a unidade ou outro de escolha da contratada, na forma do próprio item 12.30.3.

! O PRAZO DE CINCO ANOS TEM OBJETO E TERMO INICIAL PRÓPRIOS

- › Os demais documentos administrativos observam o prazo legal aplicável a cada espécie, na forma do item 6.21 do contrato de gestão.
- › O prontuário do paciente tem regime próprio e é objeto do Protocolo Administrativo 2; não se aplica a ele a temporalidade deste procedimento.

POP-DOC-06.3 Sequência de execução

1. Encerrar o processo com termo que declare o desfecho e conferir a numeração das folhas.
2. Classificar o conjunto documental pela função que o produziu e identificar o prazo de guarda aplicável e o fundamento que o fixa.
3. Separar os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização na prestação de contas mensal, que têm prazo próprio contado do término do contrato de gestão.
4. Acondicionar o documento em unidade de arquivamento identificada, com indicação do conjunto, do período e do prazo aplicável.
5. Registrar o endereçamento — depósito, estante, prateleira e caixa, ou o repositório digital e o caminho — de modo que a peça se localize por consulta ao índice.
6. Controlar o empréstimo de documento do arquivo com registro de quem retirou, quando e quando devolveu, e conferir a devolução.
7. Para o acervo digital, manter cópia de segurança, verificar periodicamente a legibilidade dos arquivos e preservar os metadados de origem, data e autoria.
8. Cumprido o prazo aplicável, submeter o conjunto à avaliação de destinação, que examina o valor probatório e informativo remanescente.
9. Sendo o documento de caráter público, observar que a eliminação depende de autorização da instituição arquivística competente, na forma do art. 9º da Lei n.º 8.159/1991.
10. Havendo eliminação admissível, executá-la com termo, listagem descritiva do que foi eliminado e identificação das funções responsáveis.
11. Atualizar o índice do arquivo a cada transferência, eliminação ou mudança de endereçamento.

Conjunto	Prazo	Fundamento
Arquivos encaminhados à CAF na prestação de contas mensal	Cinco anos após o término do contrato de gestão	Termo de referência, item 12.30.3
Documentos financeiros, contábeis, fiscais, trabalhistas, previdenciários, patrimoniais e bancários	Prazo legal aplicável a cada espécie	Contrato de gestão, item 6.21

Conjunto	Prazo	Fundamento
Normas internas e o seu histórico de versões	Enquanto vigentes e pelo prazo aplicável após a substituição	Termo de referência, item 12.11.2
Documento de caráter público sob guarda da unidade	Prazo aplicável, com eliminação sujeita a autorização arquivística	Lei n.º 8.159/1991, art. 9º
Prontuário do paciente	Regime próprio, tratado em protocolo específico	Protocolo Administrativo 2

Tabela POP-DOC-06.1 — Regimes de guarda que convivem no arquivo administrativo.

✓ O QUE MANTÉM O ACERVO UTILIZÁVEL
› Endereçamento registrado, de modo que a peça se localize pelo índice.
› Unidade de arquivamento identificada com conjunto, período e prazo aplicável.
› Empréstimo com registro de retirada e conferência da devolução.
› Cópia de segurança e verificação periódica da legibilidade do acervo digital.

✗ O QUE INUTILIZA O ARQUIVO
› Arquivar sem classificar, deixando a identificação para depois.
› Contar o prazo do item 12.30.3 da data do documento em vez do término do contrato.
› Eliminar documento por término de prazo, sem avaliação da destinação.
› Retirar documento do arquivo sem registro de quem levou e quando devolveu.

POP-DOC-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

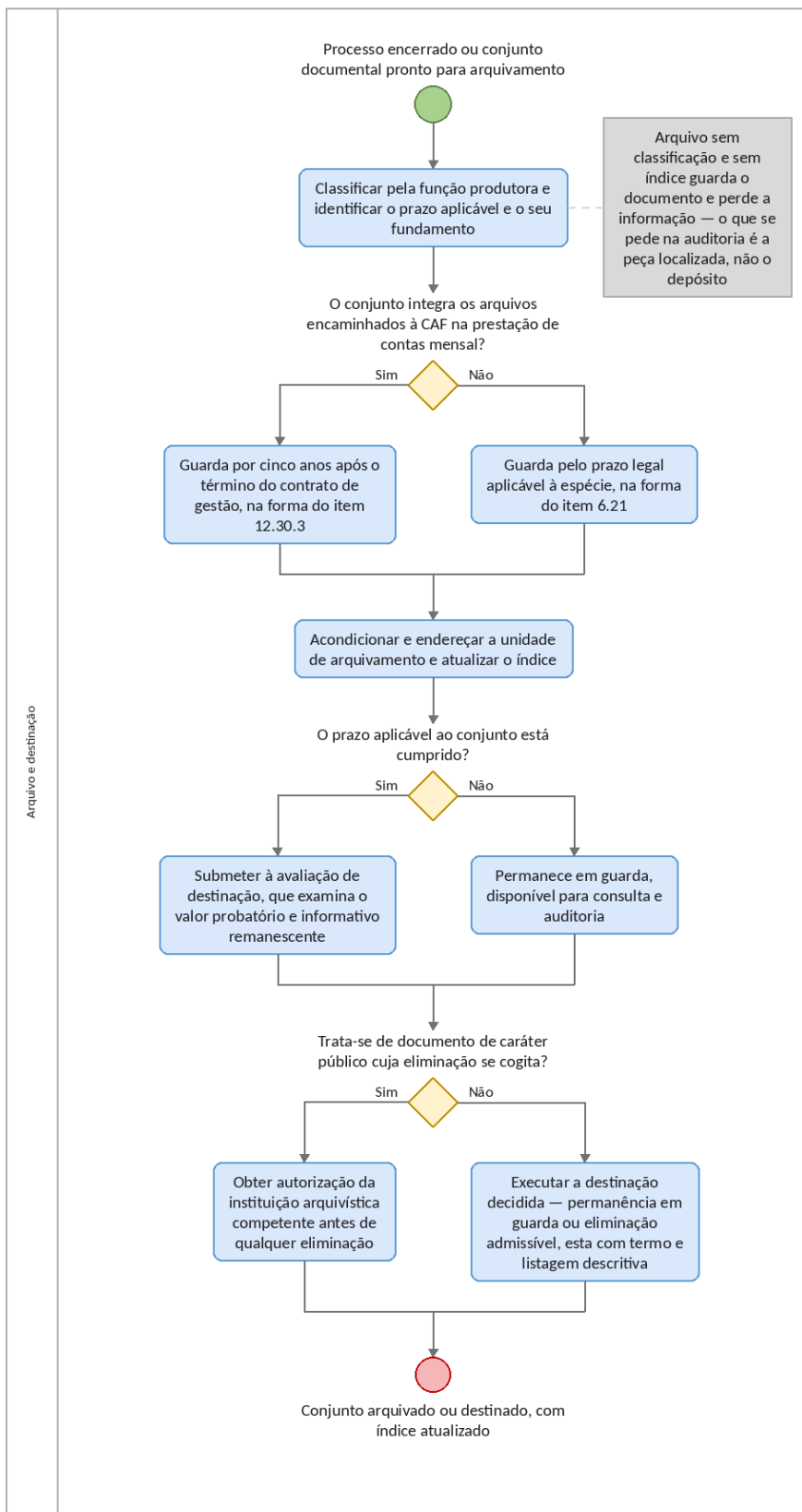
- › Índice do arquivo, com conjunto, período, endereçamento e prazo aplicável.
- › Termo de encerramento e de transferência de processo para o arquivo.
- › Controle de empréstimo e devolução de documento.
- › Termo de eliminação com listagem descritiva, quando houver.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Objeto e termo inicial	Cinco anos contados do término do contrato, para os arquivos da prestação de contas.
Demais documentos	Observam o prazo legal aplicável a cada espécie.
Localizar é a função	Arquivo sem índice guarda o documento e perde a informação.
Prazo cumprido abre avaliação	O término do prazo não é autorização automática de eliminação.
Prontuário à parte	O regime do documento clínico está no Protocolo Administrativo 2.

POP-DOC-06.5 Fluxograma

O fluxograma do arquivo mostra as três decisões que governam a guarda: o conjunto a que o documento pertence, que define entre o prazo do item 12.30.3 e o prazo legal da espécie; o cumprimento do prazo, que abre a avaliação de destinação e não a eliminação automática; e a natureza pública do documento, que condiciona a eliminação à autorização arquivística.

POP-DOC-06 — Guarda e temporalidade do arquivo administrativo



Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18159.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19784.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução n.º 14, de 24 de outubro de 2001. Aprova a versão revista e ampliada do Código de Classificação de Documentos de Arquivo para a Administração Pública: Atividades-Meio e da Tabela Básica de Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo Relativos às Atividades-Meio. Rio de Janeiro: CONARQ, 2001. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq>. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. Resolução n.º 40, de 9 de dezembro de 2014. Dispõe sobre os procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos. Rio de Janeiro: CONARQ, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Decreto Municipal n.º 11.742, de 23 de setembro de 2019. Regulamenta a Lei Municipal n.º 4.224/2013. Nova Iguaçu: Prefeitura Municipal, 2019.

NOVA IGUAÇU (Município). Lei Municipal n.º 4.224, de 14 de janeiro de 2013. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Município de Nova Iguaçu. Nova Iguaçu: Câmara Municipal, 2013.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e minuta de Contrato de Gestão. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Manutenção, Infraestrutura e Engenharia Clínica

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

13.1 Âmbito e finalidade.....	756
13.2 Base normativa.....	757
13.3 O parque instalado e a criticidade de cada sistema	758
13.4 Ordem de serviço: abertura, priorização e encerramento.....	760
13.5 Plano de manutenção preventiva e preditiva	760
13.6 Manutenção corretiva e substituição por equipamento equivalente ou superior	761
13.7 Calibração e qualificação de equipamento.....	762
13.8 Contingência dos sistemas críticos.....	763
13.9 Obra e benfeitoria: autorização prévia e incorporação.....	765
13.10 Atribuições e responsabilidades das equipes	765
13.11 Interface com patrimônio, contratos e assistência.....	766
13.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados	767
13.13 Tratamento da não conformidade.....	768
13.14 Indicadores e monitoramento	769
13.15 Revisão, versão e governança do protocolo	770
13.16 Fluxograma	771

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	775
POP-MAN-01 Abertura, priorização e encerramento de ordem de serviço.....	776
POP-MAN-02 Plano de manutenção preventiva e preditiva com cronograma.....	781
POP-MAN-03 Manutenção corretiva e substituição por equipamento equivalente.....	786
POP-MAN-04 Calibração e qualificação de equipamento	791
POP-MAN-05 Contingência de sistema crítico	796
POP-MAN-06 Obra e benfeitoria: autorização prévia e incorporação	801
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	806

Protocolo 13. Manutenção, Infraestrutura e Engenharia Clínica

13.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a organização conserva o parque instalado do Hospital Geral de Nova Iguaçu e sustenta a continuidade dos sistemas de que a assistência depende. Ele governa o percurso que começa na identificação da demanda — a falha observada, o chamado do setor ou a atividade prevista no cronograma — e termina no encerramento da ordem de serviço com atesto e no lançamento da intervenção na ficha histórica do bem. O instrumento contratual atribui à contratada, no item 12.9.1, assegurar a organização, a administração e o gerenciamento da unidade mediante técnicas adequadas que garantam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da unidade e de seus equipamentos, e o item 3.7 do contrato de gestão repete a exigência nos mesmos termos.

O protocolo trata de três domínios que compartilham o mesmo processo e têm normas, prestadores e ciclos próprios, e a distinção entre eles é a primeira decisão técnica de toda demanda. A manutenção predial alcança a edificação e as suas instalações — alvenaria, elétrica, hidráulica, água e esgoto, revestimentos e conforto ambiental — e o item 12.13 a relaciona expressamente entre os serviços que a contratada deve fornecer. A infraestrutura crítica alcança os sistemas cuja interrupção repercute imediatamente sobre o cuidado: energia e grupo de geradores, água, gases medicinais, climatização, elevadores e plataformas, e as instalações de prevenção e combate a incêndio, todos nomeados no item 8.7.11.1. A engenharia clínica alcança o equipamento médico-assistencial, e o mesmo item 12.13 a define como a manutenção preditiva, preventiva e corretiva de todos os equipamentos médico-hospitalares disponibilizados para o funcionamento da unidade.

A finalidade do conjunto é assistencial antes de ser patrimonial, e dizê-lo importa porque orienta a priorização. Falha em sistema de infraestrutura hospitalar é evento assistencial, não incidente administrativo: ela alcança o paciente pelo caminho mais curto, e por isso o protocolo organiza a resposta pela criticidade do sistema e pelo efeito da falha sobre o cuidado, e não pela ordem de chegada do chamado. A finalidade patrimonial vem em seguida e é igualmente exigível: o item 12.5.5 determina que os equipamentos necessários à execução dos serviços sejam mantidos em perfeitas condições de funcionamento, conservação e segurança, observadas as normas técnicas e sanitárias aplicáveis, e o item 12.9.2 impõe a devolução de todas as áreas, equipamentos, instalações e utensílios em perfeitas condições de uso ao término da vigência, ressalvado o desgaste natural decorrente do uso regular e substituídos aqueles irrecuperáveis.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de manutenção, infraestrutura e engenharia clínica observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O

ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

13.2 Base normativa

O protocolo apoia-se em cinco camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que fixa o dever de manutenção, o seu alcance e as evidências que o comprovam. A segunda é a do instrumento convocatório e da minuta do contrato de gestão, que reiteram a manutenção física e acrescentam o dever de estoque de reposição. A terceira é a sanitária, que governa as condições de funcionamento do serviço de saúde, o projeto físico e o gerenciamento das tecnologias em uso. A quarta é a técnica, das normas brasileiras que disciplinam as instalações elétricas em estabelecimento assistencial, o tratamento de ar, os sistemas centralizados de gases medicinais e os programas de gerenciamento de equipamentos. A quinta é a da segurança do trabalho e da segurança contra incêndio, cujas exigências alcançam a execução de toda intervenção.

Na camada contratual, seis blocos sustentam o processo. O item 12.6.2.1 obriga a administrar, manter, conservar e reparar os bens móveis e imóveis cujo uso é permitido, até a sua restituição. O item 12.6.2.2 obriga a manter em perfeitas condições de uso os equipamentos e instrumentais cedidos, realizando manutenção preditiva, preventiva e corretiva, inclusive com substituição por equipamentos de padrão técnico equivalente ou superior, sempre que necessário. O item 12.6.2.3 exige a ficha histórica individualizada dos equipamentos cedidos, com o registro das intervenções realizadas, dos serviços executados, das peças substituídas e da periodicidade de manutenção. O item 8.7.11.1 enumera o alcance da manutenção predial e da infraestrutura, e o item 12.13 relaciona a engenharia clínica, a manutenção predial e os gases medicinais entre os serviços que a contratada deve fornecer. O bloco 12.35, nos seus itens 12.35.6 a 12.35.13,

detalha as evidências exigidas de cada frente. E o item 12.2.12 obriga a providenciar e manter válidos os alvarás, as licenças e as autorizações necessárias à execução das atividades.

Na camada do instrumento convocatório, o objeto do contrato de gestão inclui expressamente a administração dos serviços acessórios necessários ao funcionamento da unidade, entre eles a manutenção predial e de conforto ambiental e a engenharia clínica. O item 3.22 exige que os equipamentos e o instrumental necessários à realização dos serviços sejam mantidos em perfeitas condições; o item 3.5 determina manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto; e o item 13.1 arrola entre as hipóteses de inadimplemento contratual o deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos, o que basta para medir a consequência de um plano de manutenção que exista apenas no papel.

Na camada sanitária e técnica, aplicam-se a resolução que estabelece os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, da qual decorrem a conservação das instalações físicas e a realização de ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada; a resolução sobre gerenciamento de tecnologias em saúde, que organiza o ciclo do equipamento no estabelecimento; o regulamento técnico de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, que governa a obra e a adequação de ambiente; e a legislação que impõe o plano de manutenção, operação e controle aos sistemas de climatização — plano que o próprio instrumento contratual exige atualizado nos itens 12.35.8.6 e 12.35.9.7. Somam-se as normas brasileiras de instalações elétricas em estabelecimentos assistenciais de saúde, de tratamento de ar, de sistemas centralizados de suprimento de gases medicinais e de gerenciamento de equipamentos, e as normas regulamentadoras de segurança em eletricidade, de proteção contra incêndios e de segurança do trabalho em serviços de saúde.

Uma precisão merece registro expresse, porque a sua ausência produziria obrigação criada pelo próprio documento. O instrumento contratual fixa periodicidade em hipóteses determinadas, e apenas nelas: relatório técnico semestral comprovando a manutenção preventiva e a calibração de todos os equipamentos de suporte à vida e diagnóstico, no item 12.35.6.1; inspeções mensais ou bimestrais do grupo de geradores, no item 12.35.11.2; visitas mensais e certificado de inspeção anual dos elevadores e plataformas, nos itens 12.35.12.4 e 12.35.12.8. Fora dessas hipóteses, o instrumento exige cronograma e plano atualizados, e não intervalo determinado. Por isso este protocolo, sempre que a fonte silencia, remete o intervalo ao plano de manutenção e à recomendação do fabricante, declarando a finalidade: conservar a condição de uso e antecipar a falha. Transcrever periodicidade sem fonte converteria escolha administrativa em requisito verificável pela fiscalização, o que é mais oneroso do que a própria norma.

13.3 O parque instalado e a criticidade de cada sistema

O objeto deste protocolo é um conjunto heterogêneo, e a primeira tarefa da coordenação é mantê-lo descrito. O parque compreende a edificação e as suas instalações, os sistemas de infraestrutura que a servem e o equipamento médico-assistencial que nela opera, incluídos os equipamentos cedidos pela contratante, os adquiridos com recursos do contrato de gestão, os recebidos em doação e os obtidos por locação em complemento ao parque próprio, cujo inventário o item 12.35.10.13 exige apresentar. Cada item do parque é identificado pelo número

de patrimônio, e é esse número que liga a ordem de serviço à ficha histórica e ao cadastro patrimonial — sem ele a manutenção produz relatório, mas não produz série.

Sistema ou frente	Domínio	Exigência de fonte contratual
Instalações prediais: alvenaria, elétrica, hidráulica, água e esgoto	Manutenção predial	Itens 12.13 e 8.7.11.1; item 12.35.7.1
Quadros de eletricidade, subestação e instalações de baixa e média tensão	Infraestrutura crítica	Item 8.7.11.1
Grupo de geradores e transferência de carga	Infraestrutura crítica	Itens 8.7.11.1 e 12.35.11.1 a 12.35.11.3
Rede de gases medicinais, da central ao ponto de consumo	Infraestrutura crítica	Itens 8.7.11.1 e 12.35.10.1 a 12.35.10.9
Climatização e conforto ambiental	Infraestrutura crítica	Itens 12.13 e 12.35.8.1 a 12.35.8.6
Elevadores e plataformas de acessibilidade	Infraestrutura crítica	Itens 8.7.11.1 e 12.35.12.1 a 12.35.12.8
Prevenção e combate a incêndio e extintores	Infraestrutura crítica	Itens 8.7.11.1, 12.35.13.1 e 12.35.3.2.4
Equipamentos de suporte à vida e de diagnóstico	Engenharia clínica	Itens 12.6.2.2, 12.13, 12.35.6.1 e 12.35.9.1
Ficha histórica individualizada dos equipamentos cedidos	Engenharia clínica	Item 12.6.2.3
Equipamentos locados em complemento ao parque próprio	Engenharia clínica	Itens 12.35.10.10 a 12.35.10.13
Rede de dados e telefonia	Infraestrutura de apoio	Itens 12.35.14.1 a 12.35.14.3

Tabela 13.1 — As frentes do parque instalado, o domínio a que cada uma pertence e o dispositivo do instrumento contratual que a sustenta.

A criticidade não é atributo do equipamento em abstrato: é o efeito da sua falha sobre o cuidado, num setor determinado, num momento determinado. O protocolo classifica cada sistema e cada equipamento por três perguntas, respondidas com a direção técnica. A primeira: a falha alcança diretamente o paciente, e em quanto tempo? A segunda: existe recurso alternativo disponível para manter o serviço enquanto durar a indisponibilidade, e por quanto tempo ele sustenta a operação? A terceira: qual é o tempo aceitável de restabelecimento antes que a capacidade instalada do serviço fique comprometida? A combinação das três define a prioridade da ordem de serviço, a frequência do acompanhamento e o desenho da contingência.

Dessa classificação decorre uma consequência que o protocolo enuncia como regra de redação, e não apenas de conduta. Sobre a condição do parque escreve-se sempre a hipótese, nunca o fato consumado: quando um equipamento estiver indisponível, o serviço é mantido pelo equipamento reserva ou por outro de padrão técnico equivalente ou superior; quando um sistema apresentar desempenho abaixo do esperado, abre-se a ordem de serviço e registra-se a condição apurada. A razão é técnica e documental ao mesmo tempo: a condição de um parque hospitalar muda a cada intervenção, e o documento que afirma um estado permanente envelhece

no dia seguinte ao da sua aprovação, ao passo que o documento que descreve a resposta permanece verdadeiro em qualquer estado do parque.

13.4 Ordem de serviço: abertura, priorização e encerramento

A ordem de serviço é a unidade de registro deste protocolo, e o instrumento contratual a trata como tal. O item 12.35.7.5 exige, na manutenção predial, ordem de serviço com documento de autorização e de encerramento devidamente assinado pelo fiscal da unidade hospitalar; o item 12.35.12.7 exige, na manutenção de elevadores e plataformas, ordem de serviço assinada pelo responsável técnico da empresa e pelo fiscal do contrato. A consequência prática é dupla: intervenção sem ordem aberta é serviço sem evidência, e ordem encerrada sem atesto é execução sem aceite. Entre uma coisa e outra fica todo o processo que este protocolo descreve.

A abertura é aberta a todos: qualquer profissional que observe falha, ruído anormal, vazamento, oscilação, perda de desempenho ou condição insegura pode comunicar a demanda pelo canal de chamados ou ao plantão. Restringir quem pode abrir chamado produz subnotificação, e subnotificação produz falha que aparece tarde. O que a abertura exige é conteúdo: quem observou, em que setor, em que sistema ou equipamento — identificado pelo número de patrimônio —, o que foi observado e desde quando. A qualificação técnica da demanda é da manutenção, e é ela que classifica o domínio, atribui a prioridade e define se a execução cabe à equipe própria ou ao prestador contratado.

A priorização segue a criticidade do sistema e o impacto assistencial da falha, e não a ordem de chegada. Quatro faixas organizam a fila. A emergencial alcança a falha em sistema crítico ou em equipamento de suporte à vida, com risco imediato ao paciente ou à continuidade do serviço, e aciona simultaneamente o plantão, a contingência do sistema e a comunicação à direção técnica e ao fiscal do contrato. A alta alcança a falha que reduz a capacidade instalada de um serviço ou compromete área crítica sem interromper o cuidado em curso. A programada alcança as atividades do cronograma preventivo e preditivo. A corretiva comum alcança a falha sem repercussão assistencial imediata. A faixa atribuída é registrada na ordem, e a sua alteração também — porque a fila que se reorganiza sem registro deixa de ser critério e passa a ser preferência.

O encerramento exige evidência, e a evidência é a que o instrumento contratual nomeia. O descritivo detalhado da intervenção, com data, horários, peças substituídas e assinatura do responsável técnico, é exigido nos itens 12.35.8.5 e 12.35.9.6; o relatório técnico individualizado com data, horários de início e fim e diagnóstico é exigido no item 12.35.12.6; o registro fotográfico do estado anterior, do andamento e do resultado é exigido na manutenção predial pelo item 12.35.7.4. Reunidas essas peças, a ordem vai ao atesto do fiscal, e só então se encerra. Ordem encerrada por decurso de prazo, e não por atesto, deixa a intervenção sem comprovação e o indicador sem denominador confiável — e é exatamente o tipo de lacuna que a fiscalização localiza sem esforço, porque basta comparar a relação de ordens encerradas com a de atestos emitidos.

13.5 Plano de manutenção preventiva e preditiva

O item 12.6.2.2 obriga à manutenção preditiva, preventiva e corretiva, e a ordem em que as três aparecem no dispositivo não é casual: a corretiva é a última, e o objetivo do plano é que ela seja a menos frequente. O plano de manutenção é o instrumento que organiza as duas primeiras. Ele relaciona cada item do parque, atribui-lhe a criticidade, define as atividades aplicáveis e declara, para cada uma, a fonte do seu intervalo. Essa última exigência é a que distingue um plano técnico de uma lista de intenções, e é ela que torna o plano auditável: quem o lê consegue verificar, atividade por atividade, de onde veio o prazo adotado.

A fonte do intervalo tem quatro origens possíveis, e o plano registra qual delas se aplica. A primeira é o próprio instrumento contratual, nas hipóteses em que ele fixa periodicidade: inspeções mensais ou bimestrais do grupo de geradores, com troca de filtros, análise de fluidos, teste de baterias, verificação do sistema de arrefecimento e teste de transferência em carga, no item 12.35.11.2; visitas mensais para lubrificação, ajustes técnicos e testes de segurança nos elevadores e plataformas, no item 12.35.12.4, e certificado de inspeção anual, no item 12.35.12.8; e a comprovação semestral da preventiva e da calibração do parque de suporte à vida e de diagnóstico, no item 12.35.6.1. A segunda é a norma técnica ou sanitária aplicável ao sistema. A terceira é a recomendação do fabricante, registrada com a referência do manual. A quarta, residual, é o plano de manutenção adotado pelo serviço, com a finalidade declarada e o intervalo revisto pelo histórico de falhas do próprio equipamento.

O cronograma é a projeção do plano no tempo, e o item 12.35.7.6 declara com precisão os dois males que ele existe para evitar: a sobreposição de atividades e a negligência de sistemas. A sobreposição concentra paradas simultâneas e deixa a unidade sem margem; a negligência deixa um sistema inteiro fora da cobertura por um período longo, e a falha aparece justamente onde ninguém olhou. Por isso o cronograma distribui as atividades, compatibiliza as paradas programadas com a agenda assistencial dos setores alcançados e registra toda remarcação com a causa e a nova data. Remarcação registrada é informação de gestão; remarcação silenciosa é apenas atividade que deixou de existir.

A manutenção preditiva entra onde a técnica é aplicável ao sistema, e o instrumento contratual já a antecipa ao exigir a análise de fluidos nas inspeções do grupo de geradores. Somam-se, conforme o equipamento, a termografia de quadros e conexões elétricas, a medição de vibração em conjuntos rotativos, o ensaio de estanqueidade em redes e a análise de tendência dos parâmetros de operação. O valor da preditiva é o de converter a parada em decisão programada: em vez de reagir à falha, o serviço a antecipa e a trata na janela que escolheu. Nos sistemas de climatização, o plano de manutenção, operação e controle atualizado, exigido nos itens 12.35.8.6 e 12.35.9.7, cumpre essa função e acrescenta as rotinas de higienização e de verificação da integridade do sistema, das quais depende a qualidade do ar interior a que se refere o item 12.35.8.3.

13.6 Manutenção corretiva e substituição por equipamento equivalente ou superior

A manutenção corretiva é a resposta à falha ocorrida, e o que o protocolo governa nela é menos o reparo em si — que é técnico e cabe a quem tem competência para executá-lo — do que as três decisões que o cercam: se o equipamento pode permanecer em uso enquanto se aguarda o

reparo, como o serviço assistencial segue funcionando enquanto ele estiver fora, e a partir de que ponto o reparo sucessivo deixa de ser a melhor resposta. Essas três decisões têm dono, critério e registro, e é a sua ausência que transforma a corretiva em imprevisto.

A primeira decisão é técnica e cabe ao responsável técnico, com a direção técnica quando houver repercussão assistencial. Quando a permanência em uso não for tecnicamente segura, o equipamento é retirado do uso assistencial, recebe identificação visível da sua condição — para que ninguém o devolva ao uso antes da liberação — e a chefia do setor é comunicada. Quando o reparo exigir a saída do equipamento da unidade, a saída é previamente informada e a ficha cadastral atualizada, na forma do item 12.8.3, que trata do deslocamento de mobiliário, materiais e equipamentos permanentes.

A segunda decisão é de continuidade, e o instrumento contratual a resolve com clareza: o item 12.6.2.2 determina manter em perfeitas condições de uso os equipamentos e instrumentais cedidos, inclusive com substituição por equipamentos de padrão técnico equivalente ou superior, sempre que necessário. A substituição é, portanto, obrigação contratual expressa, e não liberalidade — e o padrão de referência é o equivalente ou o superior, jamais o inferior. Para que ela seja exequível, o item 3.5 do contrato de gestão determina manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto, e é sobre esse estoque que o serviço decide o que mantém disponível: a peça de maior consumo, a de maior prazo de obtenção e a que serve ao equipamento de maior criticidade.

A terceira decisão é de ciclo de vida, e o próprio termo de referência a fundamenta. O item 15.2 reconhece que, ainda que exista manutenção preventiva e corretiva, há situações em que a manutenção sucessiva se torna menos eficiente e mais onerosa do que a substituição programada de determinado item, seja por recorrência de falhas, indisponibilidade, necessidade de peças específicas ou exigências de calibração e adequação técnica. O protocolo converte esse reconhecimento em rotina: quando a série da ficha histórica revelar recorrência da mesma falha, dependência de peça de difícil obtenção ou custo acumulado desproporcional ao valor de reposição, a engenharia clínica elabora parecer técnico com proposta de substituição. O parecer é encaminhado à direção administrativa, e a decisão sobre o destino patrimonial do bem permanece onde o instrumento a coloca: o item 12.9.3 condiciona a permuta a prévia avaliação e autorização expressa da contratante. Diagnosticar é da manutenção; decidir o destino do bem público é de quem detém a sua propriedade.

13.7 Calibração e qualificação de equipamento

Calibração e manutenção preventiva caminham juntas no instrumento contratual e são operações distintas. O item 12.35.6.1 obriga a fornecer, semestralmente, relatório técnico comprovando a manutenção preventiva e a calibração de todos os equipamentos de suporte à vida e diagnóstico, assegurando que a assistência prestada não seja interrompida ou prejudicada por falhas técnicas; o item 12.35.9.3 exige a apresentação de certificado de calibração e de testes de segurança elétrica. São, portanto, três evidências de naturezas diferentes que o mesmo parque precisa produzir: a preventiva demonstra conservação, a calibração demonstra exatidão de medida e o teste de segurança elétrica demonstra ausência de risco elétrico ao paciente e ao operador.

A calibração é a comparação do equipamento com um padrão de referência rastreável, e o seu produto é o certificado que declara o erro medido em cada ponto e a incerteza associada. Ela informa, mas por si só não decide: quem decide o uso é a verificação, que confronta o erro apurado com o critério de aceitação previamente definido para aquele uso assistencial. Definir o critério antes é a etapa mais frequentemente omitida, e a omissão tem consequência prática — um certificado sem critério de aceitação declarado permite arquivar o documento, mas não permite afirmar que o equipamento pode ser usado. O critério é definido com a direção técnica, à vista da finalidade clínica do equipamento, e registrado junto ao seu cadastro.

A qualificação é operação distinta das duas anteriores e cabe sobretudo na entrada em uso. Ela demonstra, documentalmente, que o equipamento foi instalado conforme o especificado, que opera dentro dos parâmetros previstos e que desempenha a função a que se destina nas condições reais do serviço. Aplica-se ao equipamento novo, ao locado, ao recebido em doação e ao que retorna de intervenção externa relevante, e o instrumento contratual acompanha essa lógica ao exigir, no item 12.35.9.2, relatório de visita técnica e de instalação com o detalhamento dos serviços executados, e ao exigir, no item 12.35.9.5, comprovantes de treinamento que evidenciem a capacitação das equipes assistenciais para a operação de novos equipamentos. Equipamento instalado sem que quem o opera tenha sido capacitado é risco assistencial que nenhuma calibração corrige.

O controle da situação de calibração é o que dá utilidade cotidiana a tudo isso. Cada equipamento sujeito a calibração recebe identificação legível com a data da última operação e a validade adotada, de modo que quem o opera saiba, sem consultar arquivo, se pode usá-lo. A relação dos equipamentos sujeitos a calibração, com a data da última e a da próxima prevista, é mantida atualizada e alimenta o cronograma. Quando o resultado apurado ficar fora do critério de aceitação, o equipamento é retido para ajuste ou tem a restrição de uso declarada e comunicada à direção técnica, com a decisão registrada — porque a decisão de manter em uso equipamento com restrição é clínica, e não administrativa. Os certificados do período são consolidados no relatório semestral exigido pelo item 12.35.6.1 e arquivados na pasta do equipamento, junto à sua ficha histórica.

13.8 Contingência dos sistemas críticos

Contingência é o conjunto de providências que mantêm o cuidado em curso enquanto um sistema crítico estiver indisponível. Ela se distingue da manutenção corretiva por objeto e por tempo: a corretiva trata a causa, a contingência trata o efeito, e a segunda precisa funcionar antes de a primeira começar. Por isso a primeira providência de toda ocorrência é assistencial — assegurar o suporte ao paciente que depende do sistema afetado — e só depois vêm o diagnóstico e o reparo. Inverter essa ordem é o erro mais caro que se comete diante de uma falha de infraestrutura hospitalar.

O instrumento contratual fixa o desenho da contingência de energia com precisão numérica incomum. O item 12.35.11.1 vincula a contratação de serviços especializados de manutenção preventiva e corretiva de grupos geradores à continuidade no fornecimento de energia elétrica, de modo a não comprometer equipamentos de suporte à vida, a refrigeração de vacinas e os centros cirúrgicos. O item 12.35.11.2 detalha a preventiva, incluindo o teste de transferência em

carga, que é a única evidência de que o sistema responderá quando precisar. E o item 12.35.11.3 exige atendimento corretivo emergencial em regime de vinte e quatro horas por sete dias, com tempo de resposta definido, e fixa que o tempo de indisponibilidade não deverá ser superior a quinze segundos.

▣ O QUE O INSTRUMENTO CONTRATUAL FIXA PARA OS SISTEMAS CRÍTICOS

- Energia: o tempo de indisponibilidade não deverá ser superior a quinze segundos — item 12.35.11.3.
- Grupo de geradores: preventiva com inspeções mensais ou bimestrais, com troca de filtros, análise de fluidos, teste de baterias, verificação do arrefecimento e teste de transferência em carga — item 12.35.11.2.
- Grupo de geradores: atendimento corretivo emergencial em regime de vinte e quatro horas por sete dias, com tempo de resposta definido — item 12.35.11.3.
- Parque médico-assistencial: relatório técnico semestral de manutenção preventiva e calibração dos equipamentos de suporte à vida e de diagnóstico — item 12.35.6.1.
- Elevadores e plataformas: visitas mensais de manutenção preventiva e certificado de inspeção anual — itens 12.35.12.4 e 12.35.12.8.
- Gases medicinais: certificado de análise do lote conforme a Farmacopeia Brasileira e comprovante de rastreabilidade da origem do lote e da data de enchimento — itens 12.35.10.3 e 12.35.10.5.
- Fora dessas hipóteses o instrumento exige plano e cronograma atualizados, e o intervalo segue o plano de manutenção e a recomendação do fabricante.

Os gases medicinais têm regime próprio e uma qualificação que muda tudo: o item 12.35.10.8 registra que os gases medicinais são classificados como medicamentos pela agência sanitária federal, e o item 12.35.10.9 obriga a garantir que o insumo mantenha as suas propriedades terapêuticas e de segurança até o ponto de consumo. A consequência é que a cadeia não termina na central de suprimento: alcança a rede distribuidora, as válvulas, os postos e o dispositivo junto ao leito. O item 12.35.10.3 exige certificado de análise do lote com a comprovação da pureza e da conformidade do gás fornecido, conforme a Farmacopeia Brasileira; o item 12.35.10.5 exige comprovante de rastreabilidade que permita identificar a origem do lote e a data de enchimento e distribuição; e o item 12.35.10.4 exige relatório de manutenção assinado por técnico habilitado, com a identificação dos equipamentos e cilindros manuseados.

A climatização de área crítica é o terceiro sistema de contingência estruturante. O item 12.35.8.3 vincula a manutenção à qualidade do ar interior, ao conforto térmico dos usuários e à preservação de equipamentos sensíveis, e o item 12.35.8.2 exige a execução de serviços contínuos para garantir a operacionalidade dos sistemas. Em centro cirúrgico, terapia intensiva e demais áreas com requisito de condição ambiental, a interrupção repercute em segurança do paciente antes de repercutir em conforto, e por isso o plano de contingência desses setores é construído com a direção técnica e com o serviço de controle de infecção. Somam-se a água e o esgoto, cuja interrupção compromete a higienização, o processamento de material e a hotelaria; os elevadores e plataformas, cuja falha interrompe o transporte interno de pacientes e a acessibilidade; e as instalações de prevenção e combate a incêndio, articuladas ao plano de emergência contra incêndio da edificação exigido no item 12.35.3.2.4 e à brigada mantida na forma do item 12.35.3.

Toda ocorrência de contingência é registrada com quatro horários — o do início, o da entrada do recurso de contingência, o do restabelecimento e o do encerramento do acionamento — anotados no momento em que ocorrem. Anotar de memória ao fim do plantão corrompe justamente a informação que o instrumento exige medir. O acionamento se encerra com a confirmação das chefias assistenciais de que o serviço voltou à condição esperada, e a ocorrência que se repete, ou cujo restabelecimento exceder o tempo previsto, abre análise de causa com ação corretiva, responsável por função e prazo, e é levada à reunião de acompanhamento do contrato do prestador responsável pelo sistema.

13.9 Obra e benfeitoria: autorização prévia e incorporação

Obra e benfeitoria têm regime distinto do da manutenção, e distinguir uma coisa da outra é a primeira decisão do procedimento. A manutenção conserva o que existe e devolve o bem à condição de uso; a benfeitoria acrescenta, adapta ou instala, e produz consequência patrimonial imediata. O item 12.5.4 do termo de referência é expresso: as benfeitorias, adaptações e instalações de bens móveis ou imobilizados realizadas na unidade objeto da permissão de uso, inclusive aquelas efetuadas nos bens já existentes, integram automaticamente o patrimônio municipal, sem que assista à contratada qualquer direito de retenção, indenização ou retirada, salvo mediante prévia e expressa autorização do Poder Público. O item 3.21 do contrato de gestão dispõe no mesmo sentido.

Da literalidade do dispositivo decorre a regra operacional deste protocolo: a autorização é prévia e é expressa, e nenhuma intervenção que configure benfeitoria se inicia antes dela. A ressalva do item 12.5.4 opera para trás, não para a frente — obtida depois, ela já não alcança o que foi executado. Executar na expectativa de regularizar durante a obra retira da organização qualquer discussão posterior sobre o destino do que foi construído ou instalado, e transforma um problema de planejamento em um problema de prestação de contas.

A instrução do pedido é a que o próprio instrumento contratual desenha. O item 12.35.7.3 exige planilha orçamentária com detalhamento de itens, quantitativos e preços unitários baseados em tabelas de referência, e memória de cálculo com a planilha quantitativa dos materiais e das horas técnicas aplicadas, declarando a finalidade de garantir a transparência do gasto. Os itens 12.35.8.8 e 12.35.9.8 exigem laudos técnicos, nos casos de recuperação ou de adequações de grande porte, acompanhados da respectiva anotação de responsabilidade técnica, com a finalidade expressa de transparência e rastreabilidade nos processos de pagamento por validação documental. O item 12.2.12 obriga a providenciar e manter válidos os alvarás, licenças e autorizações necessárias à execução das atividades. E o projeto observa o regulamento técnico sanitário de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e as normas técnicas dos sistemas alcançados.

Obra em unidade hospitalar em funcionamento tem exigência que a obra em terreno vazio desconhece: o hospital continua operando ao lado da frente de trabalho. Por isso as medidas de contenção — barreiras físicas, controle de particulado, gestão de ruído, circulação segregada de material e de resíduo, e a janela de execução — são acordadas com o serviço de controle de infecção e com as chefias assistenciais antes do início, e não durante. A execução é acompanhada com registro fotográfico do estado anterior, do andamento e do resultado, na

forma do item 12.35.7.4. Concluída a intervenção, faz-se o recebimento técnico com o fiscal do contrato e a chefia do setor beneficiado, com as pendências e os prazos registrados, reúne-se a documentação da incorporação enquanto as peças ainda estão juntas e inclui-se o que foi instalado no plano de manutenção e no cronograma. Sistema novo que entra em operação fora do plano é o candidato mais provável à primeira falha não prevista.

13.10 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. Dois princípios as organizam. O primeiro é o da competência técnica: cada domínio — predial, infraestrutura crítica e engenharia clínica — responde por quem tem habilitação para nele intervir, e a intervenção fora da competência é a origem mais comum do dano colateral. O segundo é o da segregação entre executar e atestar: quem executa a intervenção não é quem atesta o serviço, porque o atesto é ato de fiscalização e a sua utilidade depende de ser feito por quem não participou da execução.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Coordenação de manutenção e infraestrutura	Responde pelo plano de manutenção e pelo cronograma, pela priorização das ordens de serviço, pela análise dos indicadores e pela devolutiva às áreas de origem
Responsável técnico de engenharia clínica	Responde pelo parque médico-assistencial: recebimento técnico, ficha histórica, calibração, teste de segurança elétrica e parecer sobre substituição
Equipe de manutenção predial	Executa a intervenção nas instalações prediais e registra o que foi feito, com o descritivo detalhado e o registro fotográfico exigidos
Plantão de manutenção	Atende o chamado de sistema crítico fora do horário administrativo, aciona a contingência e registra a ocorrência com os horários no momento em que ocorrem
Fiscal do contrato de manutenção	Autoriza e atesta a ordem de serviço do prestador, confere a documentação exigida para a medição e comunica a ocorrência à gestão do contrato
Coordenação de patrimônio	Mantém o cadastro do bem e a correspondência entre a ficha histórica do equipamento e o registro patrimonial, inclusive nos deslocamentos
Direção administrativa	Submete à autorização prévia e expressa a benfeitoria, a adaptação e a instalação, e responde pela documentação da incorporação
Direção técnica	Valida a criticidade atribuída a cada sistema, o critério de aceitação da calibração e a decisão de retirar equipamento do uso assistencial

Tabela 13.2 — As oito funções que respondem pela manutenção, pela infraestrutura e pela engenharia clínica, e o que cabe a cada uma.

O que não se delega: a decisão de devolver ao uso assistencial equipamento cuja calibração esteja fora do critério de aceitação, que é da direção técnica; o atesto de ordem de serviço sem a documentação que o instrumento contratual exige, que é do fiscal e não se supre por informação verbal; e o início de intervenção que configure benfeitoria antes da autorização prévia e expressa do Poder Público, que a nenhuma função interna compete dispensar.

13.11 Interface com patrimônio, contratos e assistência

A manutenção é o serviço que mais depende de informação produzida fora dele e que mais produz informação de que outros dependem. Quatro interfaces são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. A regra comum a todas é a tempestividade: informação que chega depois do fato já custou um cadastro divergente, uma parada não programada ou uma glosa.

Com o patrimônio, a interface é o bem e a sua ficha. O ponto de falha é a intervenção executada sem lançamento na ficha histórica individualizada, que o item 12.6.2.3 exige conter o registro das intervenções realizadas, dos serviços executados, das peças substituídas e da periodicidade de manutenção — sem esse lançamento, a série do equipamento se perde e a proposta de substituição fica sem base. O segundo ponto de falha é o deslocamento do bem sem atualização cadastral, inclusive a saída para reparo externo, que o item 12.8.3 exige informar previamente com atualização da respectiva ficha cadastral. A fronteira entre os dois protocolos é nítida: a manutenção diagnostica e executa, o patrimônio registra e responde pelo cadastro, e a decisão sobre permuta ou baixa é da contratante, na forma do item 12.9.3.

Com a gestão de contratos, a interface é o prestador. Boa parte das frentes deste protocolo é executada por empresa especializada contratada — manutenção predial, climatização, engenharia clínica, gases medicinais, geradores, elevadores e extintores —, e o instrumento contratual condiciona a validação do documento fiscal à apresentação da documentação comprobatória de conformidade técnica, como faz expressamente o item 12.35.10.2 quanto aos gases medicinais. O ponto de falha é a medição atestada sem o conjunto documental que a sustenta: relatório e descritivo da intervenção, certificados, laudos com anotação de responsabilidade técnica, notas fiscais detalhadas e certidões de regularidade. A manutenção é quem verifica a conformidade técnica do serviço; a gestão do contrato é quem responde pelo ciclo contratual e pela consequência do descumprimento.

Com a assistência, a interface é o uso. O ponto de falha é a demanda que chega tarde, porque quem opera o equipamento percebe a alteração antes de qualquer indicador, e o protocolo depende dessa percepção para antecipar a falha. O tratamento é o canal de chamados aberto a todos, a devolutiva sobre o que foi feito e o treinamento na operação de equipamento novo, exigido pelo item 12.35.9.5. Com o faturamento e a informação em saúde, por fim, a interface é o cadastro nacional do estabelecimento: o item 12.12.24 obriga a garantir os itens condicionantes para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames, nomeando expressamente os equipamentos entre esses condicionantes. Equipamento que sustenta uma habilitação e deixa de constar do cadastro compromete a apresentação da produção do serviço correspondente — razão pela qual toda entrada, saída e substituição de equipamento relevante é comunicada a quem mantém o cadastro, na forma do protocolo de faturamento e informação em saúde.

13.12 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e neste protocolo a evidência é, em larga medida, a própria condição de remuneração do serviço contratado: o bloco 12.35 condiciona a validação documental do pagamento à apresentação das peças que enumera. Por isso o registro é tratado

como parte da execução, e não como consequência dela. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — o horário da ocorrência, a peça substituída, a fotografia do estado anterior — porque nenhum desses elementos se reconstitui com fidelidade depois.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Ordem de serviço aberta, priorizada e encerrada com atesto	Manutenção, com atesto do fiscal	Sistema de chamados e pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Plano de manutenção e cronograma, com a fonte do intervalo de cada atividade	Coordenação de manutenção	Pasta do plano de manutenção	Prazo aplicável ao documento
Ficha histórica individualizada do equipamento	Engenharia clínica	Cadastro do equipamento, junto ao patrimônio	Até a restituição do bem
Descritivo da intervenção com data, horários, peças e responsável técnico	Prestador ou equipe executora	Anexo da ordem de serviço	Prazo aplicável ao documento
Registro fotográfico do antes, do durante e do depois	Prestador ou equipe executora	Anexo da ordem de serviço	Prazo aplicável ao documento
Certificado de calibração e de teste de segurança elétrica	Prestador, conferido pela engenharia clínica	Pasta do equipamento	Prazo aplicável ao documento
Relatório técnico semestral de preventiva e calibração do parque crítico	Coordenação de manutenção e engenharia clínica	Pasta da prestação de contas	Cinco anos
Plano de manutenção, operação e controle da climatização	Prestador, com validação técnica da unidade	Pasta de infraestrutura crítica	Versão vigente e as anteriores
Registro de acionamento de contingência de sistema crítico	Plantão de manutenção	Livro de ocorrências e pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Autorização prévia de benfeitoria e documentação da incorporação	Direção administrativa	Processo próprio e pasta patrimonial	Cinco anos

Tabela 13.3 — Os dez registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança o relatório técnico semestral e a documentação da autorização e da incorporação, que integram os arquivos da prestação de contas e seguem o prazo destes. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. A ficha histórica é caso à parte por natureza: ela acompanha o bem enquanto o bem estiver sob a permissão de uso, porque o item 12.9.2 condiciona a devolução à perfeita condição de uso, ressalvado o desgaste natural, e é a série da ficha que torna essa fronteira verificável. Em qualquer caso a regra vale para o documento em papel e para o eletrônico, e o acesso ao acervo é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê.

13.13 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: intervenção executada sem ordem aberta, ordem encerrada sem atesto, atividade preventiva vencida sem remarcação registrada, equipamento devolvido ao uso sem a

verificação da calibração, descritivo entregue sem peças ou sem responsável técnico identificado, contingência acionada sem registro de horários, e benfeitoria iniciada sem autorização prévia. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

O tratamento tem quatro momentos e cada um deixa registro. Primeiro, a classificação: se a não conformidade é de execução, quando o serviço foi feito de modo diverso do previsto; de registro, quando o serviço foi feito e a evidência falta; de planejamento, quando a atividade sequer foi programada; ou de conformidade contratual, quando a falha alcança exigência expressa do instrumento e repercute na medição do prestador. Segundo, a análise de causa, que distingue a falha isolada da falha de processo — e a distinção se faz pela série, não pelo episódio. Terceiro, a ação corretiva, com responsável por função e prazo declarados. Quarto, a verificação da eficácia, que confirma se a causa foi de fato removida.

Duas espécies merecem tratamento nomeado. A primeira é a não conformidade que alcança prestador contratado: a evidência é a mesma que instrui a medição, e por isso a constatação técnica da manutenção é encaminhada ao fiscal e à gestão do contrato para o tratamento contratual cabível, que pode alcançar a notificação e a glosa da parcela correspondente. A segunda é a que alcança o dever de conservação do bem público: o item 13.1 do contrato de gestão arrola entre as hipóteses de inadimplemento contratual o deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos, e essa é a medida exata da consequência de um plano de manutenção que não se executa. Registrar a não conformidade, tratá-la e demonstrar o tratamento é, também por isso, instrumento de defesa da própria execução contratual.

13.14 Indicadores e monitoramento

O quadro de indicadores de desempenho do contrato de gestão mede resultados assistenciais e de alimentação dos sistemas de informação, e não contém indicador específico de manutenção. O monitoramento deste protocolo, por isso, combina obrigações contratuais aferíveis — as que têm exigência de fonte e cujo cumprimento se demonstra por documento — com indicadores internos que o serviço acompanha para governar o próprio processo. A distinção entre umas e outros é declarada na tabela, para que não se confunda o que o instrumento exige com o que o serviço adota como instrumento de gestão.

Indicador	Fórmula	Referência	Origem
Cumprimento do cronograma preventivo	Atividades preventivas concluídas ÷ atividades programadas no período × 100	Cronograma exigido	Item 12.35.7.6
Preventiva e calibração do parque crítico	Equipamentos de suporte à vida e de diagnóstico com preventiva e calibração comprovadas ÷ equipamentos do parque × 100	Relatório semestral	Item 12.35.6.1
Encerramento de ordem com atesto	Ordens encerradas com atesto do fiscal ÷ ordens encerradas × 100	Exigência contratual	Itens 12.35.7.5 e 12.35.12.7
Teste de transferência em carga do grupo gerador	Testes realizados e registrados ÷ testes previstos no plano do prestador × 100	Exigência contratual	Itens 12.35.11.2 e 12.35.11.3

Indicador	Fórmula	Referência	Origem
Disponibilidade do equipamento crítico	$\text{Horas em condição de uso} \div \text{horas do período} \times 100$	Série do serviço	Indicador interno — explica a continuidade assistencial
Reincidência de corretiva no mesmo bem	$\text{Bens com mais de uma corretiva pela mesma causa} \div \text{bens com corretiva no período} \times 100$	Série do serviço	Indicador interno — antecede a proposta de substituição, item 15.2

Tabela 13.4 — Os indicadores do protocolo, com fórmula, referência e origem — quatro de exigência contratual direta e dois adotados pelo serviço para governar o processo.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha o cumprimento das obrigações de fonte contratual, cuja evidência é documental e cuja falha tem consequência nomeada na medição do prestador. A segunda acompanha os indicadores que explicam o resultado: o cumprimento do cronograma, o tempo entre a abertura e o encerramento da ordem por faixa de prioridade, o volume de ordens abertas sem desfecho e a proporção de corretiva sobre o total de intervenções, que é a leitura mais direta de um plano preventivo que não está funcionando. A terceira acompanha a condição do parque: a série de intervenções por equipamento, os acionamentos de contingência por sistema e os tempos de restabelecimento apurados.

A análise é feita pela coordenação com as áreas de origem, e não isoladamente dentro da manutenção. A razão é a mesma que organiza a seção 13.11: os indicadores mais relevantes medem comportamento que nasce fora do setor — a demanda é comunicada pela assistência, o atesto é do fiscal, a peça de reposição depende de suprimentos e a execução, em várias frentes, é de prestador contratado. Medi-los em conjunto é o que impede que cada área conclua que a falha foi da outra, e é o que transforma o número em pauta de correção em vez de instrumento de atribuição de responsabilidade.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

13.15 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia obsoleta. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração dos dispositivos contratuais relativos à manutenção e à infraestrutura, mudança nas normas sanitárias de funcionamento do serviço de saúde ou de gerenciamento de tecnologias,

atualização das normas técnicas dos sistemas críticos, entrada em operação de sistema ou de parque de tecnologia diversa, ou ocorrência que revele falha estrutural do plano de manutenção.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, com comprovação de conhecimento, e alcança tanto a equipe própria quanto os prestadores contratados nas frentes que executam, porque boa parte da evidência exigida pelo instrumento contratual é produzida por eles.

A responsabilidade pela manutenção do documento é da coordenação de manutenção e infraestrutura, com validação da direção técnica quanto ao que toca a criticidade dos sistemas, o critério de aceitação da calibração e a retirada de equipamento do uso assistencial, e da direção administrativa quanto ao que toca a autorização de benfeitoria, a incorporação patrimonial e a prestação de contas. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, inclusive do plantão e das chefias assistenciais, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida — porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

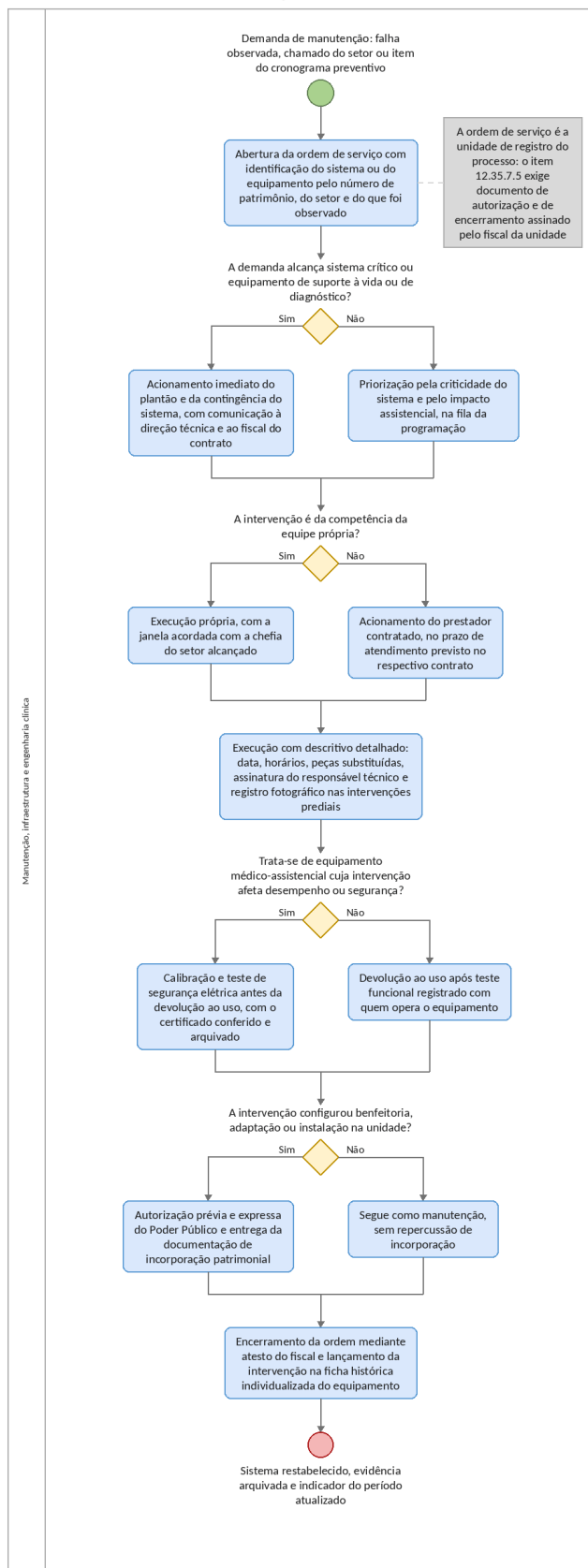
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

13.16 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho da demanda de manutenção até o encerramento da ordem de serviço com atesto, com as quatro bifurcações que efetivamente mudam o percurso: a criticidade do sistema alcançado, que separa o acionamento imediato da contingência da fila de programação; a competência da execução, que decide entre equipe própria e prestador contratado; a natureza médico-assistencial do equipamento, que impõe a calibração e o teste de segurança elétrica antes da devolução ao uso; e o enquadramento da intervenção como benfeitoria, que aciona a autorização prévia e expressa e a documentação da incorporação patrimonial.

Da demanda de manutenção ao encerramento com atesto



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 12.6.2.2, 12.9.1, 12.35.7.5 e 12.35.9.3; Contrato de gestão, Itens 3.7 e 3.22.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.7.11.1, 12.2.12, 12.5.4, 12.5.5, 12.6.2.1 a 12.6.2.3, 12.8.3, 12.9.1 a 12.9.3, 12.12.24, 12.13, 12.35.6 a 12.35.14 e 15.2. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e minuta de contrato de gestão. Itens 3.5, 3.7, 3.21, 3.22 e 13.1. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.589, de 4 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a manutenção de instalações e equipamentos de sistemas de climatização de ambientes. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13589.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 15943: diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 13534: instalações elétricas de baixa tensão — requisitos específicos para instalação em estabelecimentos assistenciais de saúde. Rio de Janeiro: ABNT. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 7256: tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde — requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro: ABNT. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 12188: sistemas centralizados de suprimento de gases medicinais, de gases para dispositivos médicos e de vácuo para uso em serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABNT. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Farmacopeia Brasileira. Brasília, DF: Anvisa. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/farmacopeia-brasileira>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras NR-10 (segurança em instalações e serviços em eletricidade), NR-23 (proteção contra incêndios) e NR-32 (segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde). Brasília, DF: MTE. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto Estadual n.º 42.155, de 26 de novembro de 2009. Código de Segurança Contra Incêndio e Pânico do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Governo do Estado, 2009. Disponível em: <https://www.cbmerj.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os seis procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 13.16 e descreve o ciclo inteiro da ordem de serviço, da demanda ao encerramento com atesto.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-MAN-01	Abertura, priorização e encerramento de ordem de serviço	13.4 e 13.13
POP-MAN-02	Plano de manutenção preventiva e preditiva com cronograma	13.5 e 13.12
POP-MAN-03	Manutenção corretiva e substituição por equipamento equivalente	13.6 e 13.11
POP-MAN-04	Calibração e qualificação de equipamento	13.7
POP-MAN-05	Contingência de sistema crítico	13.8
POP-MAN-06	Obra e benfeitoria: autorização prévia e incorporação	13.9 e 13.11

Tabela 13.5 — Os seis procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-MAN-01. Abertura, priorização e encerramento de ordem de serviço

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-MAN-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 13 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-MAN-01.1 Quando usar

- › Sempre que houver falha, defeito, ruído anormal, vazamento, interrupção ou perda de desempenho em instalação predial, em sistema de infraestrutura ou em equipamento.
- › Na execução de cada atividade prevista no cronograma de manutenção preventiva.
- › Quando o serviço assistencial ou a fiscalização apontar condição que exija intervenção técnica na estrutura física ou no parque instalado.

POP-MAN-01.2 Fundamento

Item 12.9.1 do termo de referência, que atribui à contratada a manutenção física da unidade e de seus equipamentos mediante técnicas adequadas; item 12.35.7.5, que exige ordem de serviço com documento de autorização e de encerramento assinado pelo fiscal da unidade hospitalar; e item 12.35.12.7, que exige ordem de serviço assinada pelo responsável técnico da empresa e pelo fiscal do contrato. Seções 13.4 e 13.13 do protocolo.

! A ORDEM DE SERVIÇO NÃO SE ENCERRA ENQUANTO FALTAR QUALQUER UM DESTES

- › Descrição do que foi executado, com data e horários de início e de término.
- › Relação das peças e dos materiais substituídos ou aplicados na intervenção.
- › Identificação e assinatura do responsável técnico que executou o serviço.
- › Registro fotográfico do estado anterior, do andamento e do resultado, quando a intervenção for predial, na forma do item 12.35.7.4.
- › Atesto do fiscal, que é o que converte a execução em serviço aceito e remunerável.

! A ORDEM DE SERVIÇO NÃO SE ENCERRA ENQUANTO FALTAR QUALQUER UM DESTES

› Ordem encerrada por decurso de prazo, e não por atesto, deixa a intervenção sem evidência e o indicador sem denominador confiável.

POP-MAN-01.3 Sequência de execução

1. Receber a demanda pelo canal de chamados, pelo plantão ou pelo cronograma preventivo, e registrar quem a comunicou, o setor, o sistema ou o equipamento e o que foi observado.
2. Identificar o bem pelo número de patrimônio e conferir a sua localização no cadastro, acionando o protocolo de patrimônio quando o bem estiver registrado em posição diversa.
3. Classificar a demanda pelo domínio: manutenção predial, infraestrutura crítica ou engenharia clínica, porque cada um tem norma, prestador e evidência próprios.
4. Atribuir a prioridade pela criticidade do sistema e pelo impacto assistencial da falha, conforme a tabela de priorização deste procedimento.
5. Tratando-se de sistema crítico ou de equipamento de suporte à vida ou de diagnóstico, acionar de imediato o POP-MAN-05 e comunicar a direção técnica e o fiscal do contrato.
6. Definir a execução: equipe própria ou prestador contratado, observando o prazo de atendimento previsto no respectivo contrato.
7. Emitir a autorização de execução e, quando a intervenção alcançar área assistencial em funcionamento, combinar com a chefia do setor a janela de intervenção e as medidas de isolamento.
8. Acompanhar a execução e recolher o descritivo detalhado, com data, horários, peças substituídas e assinatura do responsável técnico.
9. Verificar se a intervenção configurou benfeitoria, adaptação ou instalação; em caso positivo, acionar o POP-MAN-06 antes do encerramento.
10. Submeter a ordem ao atesto do fiscal e encerrá-la somente após o atesto.
11. Lançar a intervenção na ficha histórica individualizada do equipamento, na forma do item 12.6.2.3, e arquivar a ordem com os seus anexos.

Prioridade	Situação que a caracteriza	Encaminhamento
Emergencial	Falha em sistema crítico ou em equipamento de suporte à vida, com risco imediato ao paciente ou à continuidade do serviço	Acionamento imediato do plantão e da contingência do sistema, com comunicação à direção técnica e ao fiscal
Alta	Falha que reduz a capacidade instalada de um serviço ou compromete área crítica sem interromper o cuidado em curso	Execução programada para a primeira janela disponível, com acompanhamento diário até o encerramento

Prioridade	Situação que a caracteriza	Encaminhamento
Programada	Atividade prevista no cronograma de manutenção preventiva ou preditiva	Execução na data do cronograma, com remarcação registrada e justificada quando houver sobreposição
Corretiva comum	Falha sem repercussão assistencial imediata, em área administrativa ou de apoio	Execução na fila da programação, pela ordem de abertura e pelo impacto declarado

Tabela POP-MAN-01.1 — Priorização da ordem de serviço pela criticidade do sistema e pelo impacto da falha.

✓ O QUE SUSTENTA A ORDEM DE SERVIÇO

- › Abertura no momento em que o fato é comunicado, com a descrição de quem observou a falha.
- › Identificação do bem pelo número de patrimônio, que é o que liga a ordem à ficha histórica.
- › Prioridade atribuída pela criticidade do sistema, e não pela ordem de chegada do chamado.
- › Encerramento por atesto do fiscal, com o descritivo e o registro fotográfico anexados.

✗ O QUE FRAGILIZA A ORDEM DE SERVIÇO

- › Executar intervenção sem ordem aberta, deixando a manutenção sem rastro documental.
- › Encerrar a ordem pela informação verbal de que o serviço foi concluído.
- › Registrar peças substituídas por estimativa, depois da intervenção, em vez de no momento.
- › Tratar demanda de sistema crítico na mesma fila da demanda administrativa.

POP-MAN-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

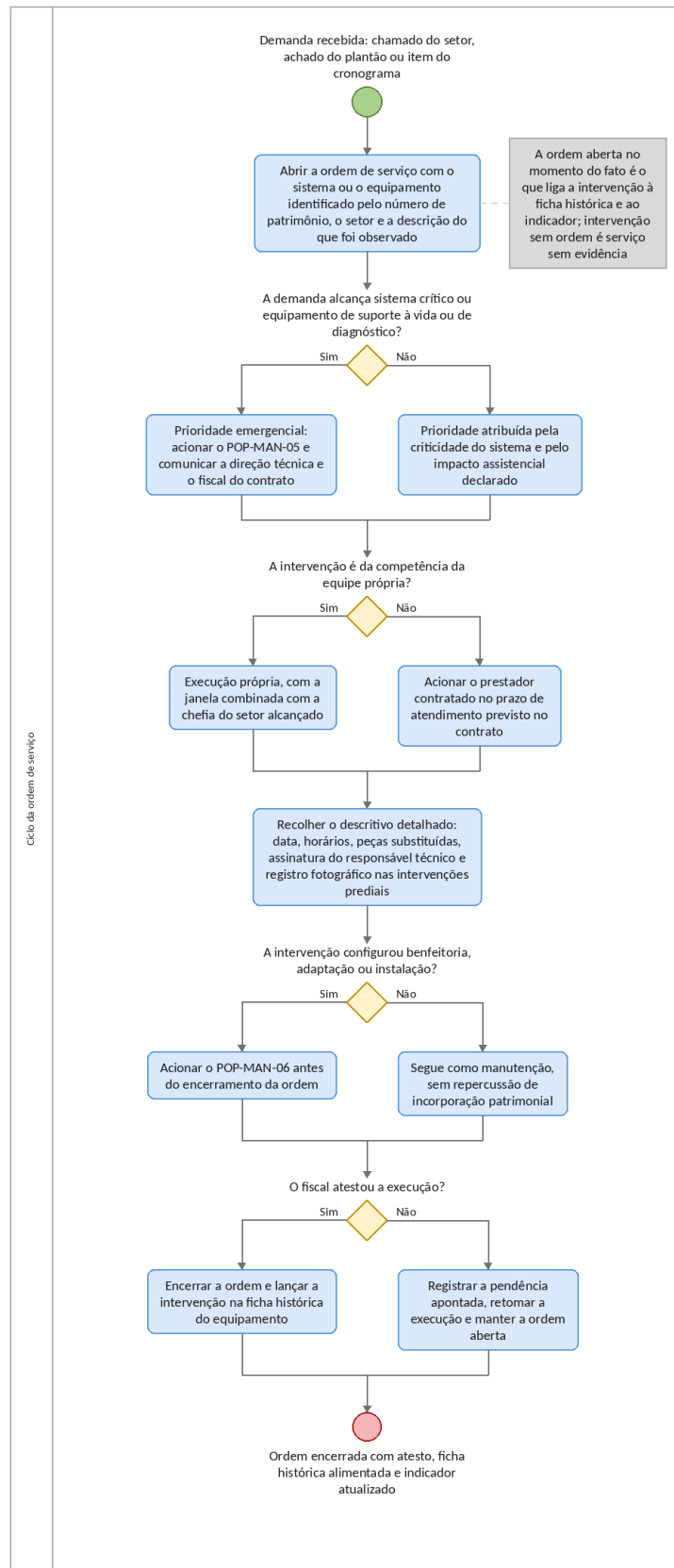
- › Ordem de serviço aberta, priorizada e encerrada, no sistema de chamados e na pasta da competência.
- › Descritivo da intervenção com data, horários, peças substituídas e responsável técnico.
- › Registro fotográfico do antes, do durante e do depois, nas intervenções prediais.
- › Atesto do fiscal e lançamento correspondente na ficha histórica do equipamento.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A ordem é a unidade de registro	Intervenção sem ordem aberta é serviço sem evidência e sem indicador.
Prioridade vem da criticidade	O que decide a fila é o efeito da falha sobre o cuidado, não a hora do chamado.
Encerramento é por atesto	O item 12.35.7.5 exige documento de autorização e de encerramento assinado pelo fiscal.
Descritivo completo	Data, horários, peças substituídas e assinatura do responsável técnico.
Ficha histórica alimentada	O item 12.6.2.3 exige o registro das intervenções, dos serviços e das peças substituídas.

POP-MAN-01.5 Fluxograma

O fluxograma da ordem de serviço tem quatro bifurcações que mudam o percurso: a criticidade do sistema alcançado, que separa o acionamento emergencial da fila de programação; a competência da execução, que decide entre equipe própria e prestador contratado; a natureza da intervenção, que aciona o regime da benfeitoria quando ela deixa de ser manutenção; e o atesto do fiscal, sem o qual a ordem permanece aberta.

POP-MAN-01 — Abertura, priorização e encerramento de ordem de serviço



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 12.9.1, 12.35.7.5 e 12.35.12.7.

POP-MAN-02. Plano de manutenção preventiva e preditiva com cronograma

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-MAN-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 13 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-MAN-02.1 Quando usar

- › Na elaboração e na revisão do plano de manutenção do parque predial, da infraestrutura crítica e do parque médico-assistencial.
- › Na montagem do cronograma do período e a cada remanejamento de atividade programada.
- › Sempre que entrar em uso sistema ou equipamento novo, locado ou recebido, que precise ser incorporado ao plano.

POP-MAN-02.2 Fundamento

Item 12.6.2.2 do termo de referência, que obriga a manter em perfeitas condições de uso os equipamentos e instrumentais cedidos, realizando manutenção preditiva, preventiva e corretiva; item 12.35.7.6, que exige cronograma de manutenção com o planejamento temporal das atividades preventivas para evitar sobreposição ou negligência de sistemas; e itens 12.35.8.6 e 12.35.9.7, que exigem plano de manutenção, operação e controle atualizado. Seções 13.5 e 13.12 do protocolo.

! DE ONDE SAI O INTERVALO DE CADA ATIVIDADE PREVENTIVA

- › Do próprio instrumento contratual, onde ele o fixa: inspeções mensais ou bimestrais do grupo de geradores, no item 12.35.11.2; visitas mensais e certificado de inspeção anual dos elevadores e plataformas, nos itens 12.35.12.4 e 12.35.12.8.
- › Da norma técnica ou sanitária aplicável ao sistema, quando ela fixa o intervalo.
- › Da recomendação do fabricante do equipamento, registrada no plano com a referência do manual.
- › Fora dessas hipóteses o intervalo decorre do plano de manutenção adotado pelo serviço, declarada a sua finalidade, e é revisto pelo histórico de falhas do próprio equipamento.

! DE ONDE SAI O INTERVALO DE CADA ATIVIDADE PREVENTIVA

› Intervalo transcrito sem fonte é obrigação criada pelo documento, e não requisito técnico.

POP-MAN-02.3 Sequência de execução

1. Levantar o parque objeto do plano, separando manutenção predial, infraestrutura crítica e equipamento médico-assistencial, e vinculando cada item ao seu número de patrimônio.
2. Atribuir a criticidade de cada sistema e de cada equipamento, com validação da direção técnica quanto ao efeito da falha sobre o cuidado.
3. Reunir, para cada item, a fonte do intervalo: dispositivo contratual, norma técnica, manual do fabricante ou definição do serviço, registrando a referência ao lado da atividade.
4. Definir as atividades preditivas aplicáveis ao sistema, tais como análise de fluidos, termografia, medição de vibração e ensaio de estanqueidade, quando a técnica for aplicável ao equipamento.
5. Montar o cronograma do período distribuindo as atividades no tempo, de modo a evitar sobreposição de paradas e a impedir que um sistema fique sem cobertura.
6. Compatibilizar as paradas programadas com a agenda assistencial, ouvindo as chefias dos setores alcançados.
7. Consolidar o plano de manutenção, operação e controle dos sistemas de climatização, com as rotinas de higienização e de verificação da integridade do sistema.
8. Submeter o plano e o cronograma à coordenação e dar ciência ao fiscal do contrato.
9. Abrir a ordem de serviço de cada atividade programada, na forma do POP-MAN-01.
10. Acompanhar o cumprimento e registrar remarcação, com a causa e a nova data, sempre que a atividade não ocorrer na data prevista.
11. Consolidar o relatório técnico semestral que comprova a manutenção preventiva e a calibração dos equipamentos de suporte à vida e de diagnóstico, na forma do item 12.35.6.1.
12. Rever o plano à vista do histórico de falhas, das remarcações acumuladas e das alterações do parque.

Frente	O que abrange	Origem do intervalo
Manutenção predial	Alvenaria, elétrica, hidráulica, água e esgoto, revestimentos e conforto ambiental	Norma técnica aplicável e plano de manutenção adotado pelo serviço
Energia e grupo de geradores	Quadros, instalações de baixa e média tensão, grupo de geradores e transferência de carga	Item 12.35.11.2, que fixa inspeções mensais ou bimestrais

Frente	O que abrange	Origem do intervalo
Climatização	Condicionadores, dutos, filtros e qualidade do ar interior	Plano de manutenção, operação e controle, na forma dos itens 12.35.8.6 e 12.35.9.7
Gases medicinais	Central de suprimento, rede distribuidora, válvulas e postos de consumo	Norma técnica do sistema e recomendação do fabricante, com relatório de manutenção do item 12.35.10.4
Elevadores e plataformas	Cabines, casas de máquinas, dispositivos de segurança e acessibilidade	Itens 12.35.12.4 e 12.35.12.8, que fixam visitas mensais e inspeção anual
Parque médico-assistencial	Equipamentos de suporte à vida, de diagnóstico e de apoio assistencial	Recomendação do fabricante, com a comprovação semestral do item 12.35.6.1

Tabela POP-MAN-02.1 — Frentes do plano de manutenção e a origem do intervalo de cada uma.

✓ O QUE FAZ O PLANO FUNCIONAR

- › Cada atividade com a fonte do seu intervalo registrada ao lado, para que ela seja auditável.
- › Cronograma que distribui as paradas no tempo, evitando sobreposição e ausência de cobertura.
- › Remarcação registrada com a causa e com a nova data, e não simplesmente omitida.
- › Plano revisto pelo histórico de falhas do próprio parque, que é a melhor evidência de que o intervalo adotado está adequado.

✗ O QUE ESVAZIA O PLANO

- › Fixar intervalo sem fonte, transformando escolha administrativa em requisito técnico.
- › Programar preventiva de vários sistemas críticos para a mesma janela.
- › Deixar equipamento novo, locado ou recebido fora do plano até a primeira falha.
- › Tratar a preventiva como atividade adiável sempre que houver corretiva na fila.

POP-MAN-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Plano de manutenção e cronograma do período, com a fonte do intervalo de cada atividade.
- › Ordens de serviço preventivas abertas, executadas e encerradas.
- › Registro das remarcações, com causa e nova data.
- › Plano de manutenção, operação e controle da climatização, em versão vigente.
- › Relatório técnico semestral de manutenção preventiva e calibração do parque crítico.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Três frentes, três lógicas	Predial, infraestrutura crítica e engenharia clínica têm norma e ciclo próprios.
O intervalo tem fonte	Contrato, norma, fabricante ou plano do serviço — sempre declarada.

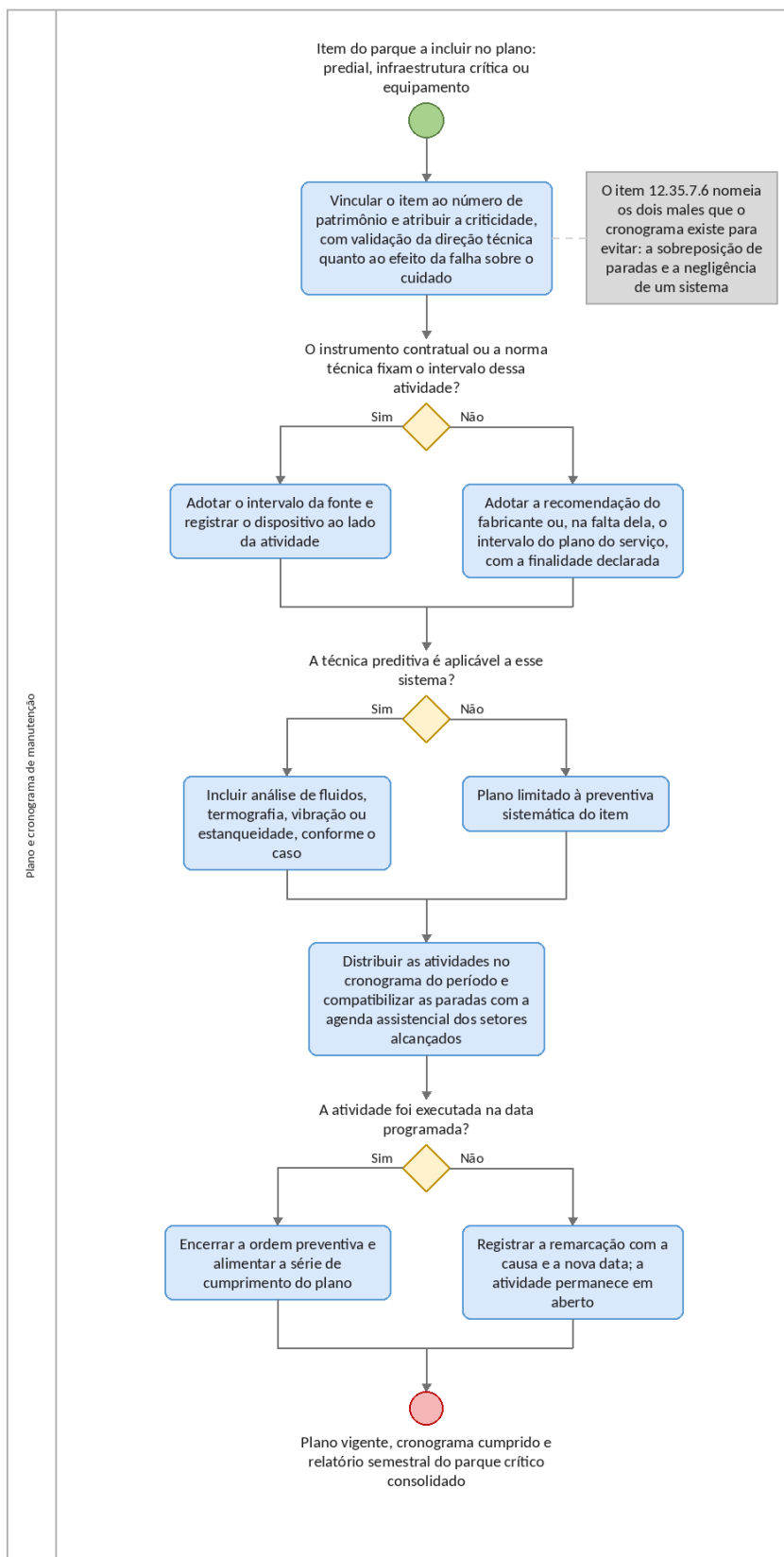
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Cronograma evita dois males	O item 12.35.7.6 nomeia os dois: sobreposição e negligência de sistemas.
Preditiva onde é aplicável	Análise de fluidos, termografia e vibração antecipam a falha em sistema rotativo.
Semestral é do contrato	O item 12.35.6.1 exige o relatório de preventiva e calibração do parque crítico.

POP-MAN-02.5 Fluxograma

O fluxograma do plano mostra as três decisões que o organizam: de onde sai o intervalo de cada atividade, que é o que separa requisito técnico de obrigação criada pelo documento; a aplicabilidade da técnica preditiva ao sistema; e o cumprimento da data programada, que distingue a atividade encerrada da atividade remarcada com causa registrada.

POP-MAN-02 — Plano de manutenção preventiva e preditiva com cronograma



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.6.2.2, 12.35.7.6, 12.35.8.6 e 12.35.9.7.

POP-MAN-03. Manutenção corretiva e substituição por equipamento equivalente

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-MAN-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 13 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-MAN-03.1 Quando usar

- › Quando um equipamento ou sistema apresentar falha, perda de desempenho ou condição que recomende a sua retirada do uso assistencial.
- › Quando a mesma falha se repetir no mesmo equipamento, ou quando o reparo depender de peça cuja obtenção se mostrar demorada.
- › Quando a intervenção corretiva exigir substituição temporária para que o serviço assistencial não sofra interrupção.

POP-MAN-03.2 Fundamento

Item 12.6.2.2 do termo de referência, que determina a realização de manutenção corretiva inclusive com substituição por equipamentos de padrão técnico equivalente ou superior, sempre que necessário; item 3.22 do contrato de gestão, que exige a manutenção dos equipamentos em perfeitas condições, e item 3.5, que determina manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição; e item 15.2, que reconhece a hipótese em que a manutenção sucessiva se torna menos eficiente e mais onerosa do que a substituição programada. Seções 13.6 e 13.11 do protocolo.

! COMO SE ESCREVE A CONDIÇÃO DO EQUIPAMENTO

- › Quando um equipamento estiver indisponível, o serviço é mantido pelo equipamento reserva ou pelo de padrão técnico equivalente ou superior, na forma do item 12.6.2.2.
- › Equipamento retirado do uso assistencial recebe identificação visível da condição, para que ninguém o devolva ao uso antes da liberação técnica.

! COMO SE ESCREVE A CONDIÇÃO DO EQUIPAMENTO

- › A retirada e o retorno ao uso são registrados na ficha histórica e comunicados à chefia do setor onde o equipamento estava.
- › A saída do equipamento da unidade para reparo externo é previamente informada, com atualização da ficha cadastral, na forma do item 12.8.3.
- › A decisão sobre o destino patrimonial do bem — permuta ou baixa — depende de prévia avaliação e autorização expressa da contratante, na forma do item 12.9.3.

POP-MAN-03.3 Sequência de execução

1. Abrir a ordem de serviço corretiva pelo POP-MAN-01, com a descrição do sintoma observado e a identificação patrimonial do bem.
2. Avaliar tecnicamente a falha e decidir, com o responsável técnico, se o equipamento pode permanecer em uso durante a espera do reparo.
3. Quando a permanência em uso não for tecnicamente segura, retirar o equipamento do uso assistencial, identificar visivelmente a condição e comunicar a chefia do setor.
4. Prover a continuidade do serviço pelo equipamento reserva ou por equipamento de padrão técnico equivalente ou superior, registrando a substituição adotada.
5. Verificar a disponibilidade da peça no estoque de reposição e, se necessário, acionar suprimentos e o prestador contratado.
6. Executar ou acompanhar o reparo, recolhendo o descritivo detalhado com data, horários, peças substituídas e assinatura do responsável técnico.
7. Tratando-se de equipamento médico-assistencial cuja intervenção afete desempenho ou segurança, acionar o POP-MAN-04 antes da devolução ao uso.
8. Realizar o teste funcional de retorno, com a presença de quem opera o equipamento, e registrar o resultado.
9. Lançar a intervenção na ficha histórica individualizada e devolver o equipamento ao setor de origem, atualizando a localização no cadastro.
10. Analisar a série de intervenções do equipamento e, quando ela indicar recorrência de falhas ou dependência de peça de difícil obtenção, elaborar parecer técnico com a proposta de substituição.
11. Encaminhar o parecer à direção administrativa, que o submeterá à contratante quando a proposta alcançar bem cujo destino patrimonial dependa de autorização expressa.

Elemento da decisão	O que se examina	Evidência que a sustenta
Recorrência da falha	Número e intervalo das corretivas pela mesma causa no mesmo equipamento	Série da ficha histórica individualizada, item 12.6.2.3

Elemento da decisão	O que se examina	Evidência que a sustenta
Disponibilidade de peça	Existência de peça de reposição no mercado e prazo de obtenção	Consulta ao fabricante ou ao representante, registrada no parecer
Custo do reparo	Relação entre o custo acumulado das intervenções e o valor de reposição do bem	Planilha de custos das ordens de serviço do equipamento
Exigência técnica remanescente	Possibilidade de calibração e de adequação técnica do equipamento após o reparo	Certificado de calibração e teste de segurança elétrica, item 12.35.9.3
Efeito assistencial	Repercussão da indisponibilidade sobre a capacidade instalada do serviço	Manifestação da direção técnica registrada no parecer

Tabela POP-MAN-03.1 — O que separa o reparo da proposta de substituição.

✓ O QUE MANTÉM O SERVIÇO DE PÉ

- › Substituição por equipamento de padrão técnico equivalente ou superior, na literalidade do item 12.6.2.2.
- › Identificação visível do equipamento retirado do uso, para que a retirada seja efetiva.
- › Teste funcional de retorno registrado, feito com quem opera o equipamento.
- › Parecer técnico fundamentado na série da ficha histórica, e não na impressão do plantão.

✗ O QUE COMPROMETE A CORRETIVA

- › Devolver ao uso equipamento reparado sem teste funcional e sem registro.
- › Deslocar equipamento para reparo externo sem informar previamente e sem atualizar a ficha cadastral.
- › Decidir isoladamente o destino patrimonial do bem, que depende de autorização expressa.
- › Repetir o mesmo reparo indefinidamente sem abrir a análise de causa.

POP-MAN-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Ordem de serviço corretiva, com descritivo, peças substituídas e responsável técnico.
- › Registro da retirada do uso, da substituição adotada e do retorno, na ficha histórica.
- › Comunicação prévia de saída do equipamento da unidade, com atualização da ficha cadastral.
- › Parecer técnico de substituição, quando houver, com a série de intervenções que o sustenta.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Equivalente ou superior	É o padrão que o item 12.6.2.2 fixa para a substituição.
Escrever a condição	Quando um equipamento estiver indisponível, o serviço segue pela reserva ou pela substituição.
Estoque de reposição	O item 3.5 do contrato de gestão determina manter peças e componentes de reposição.

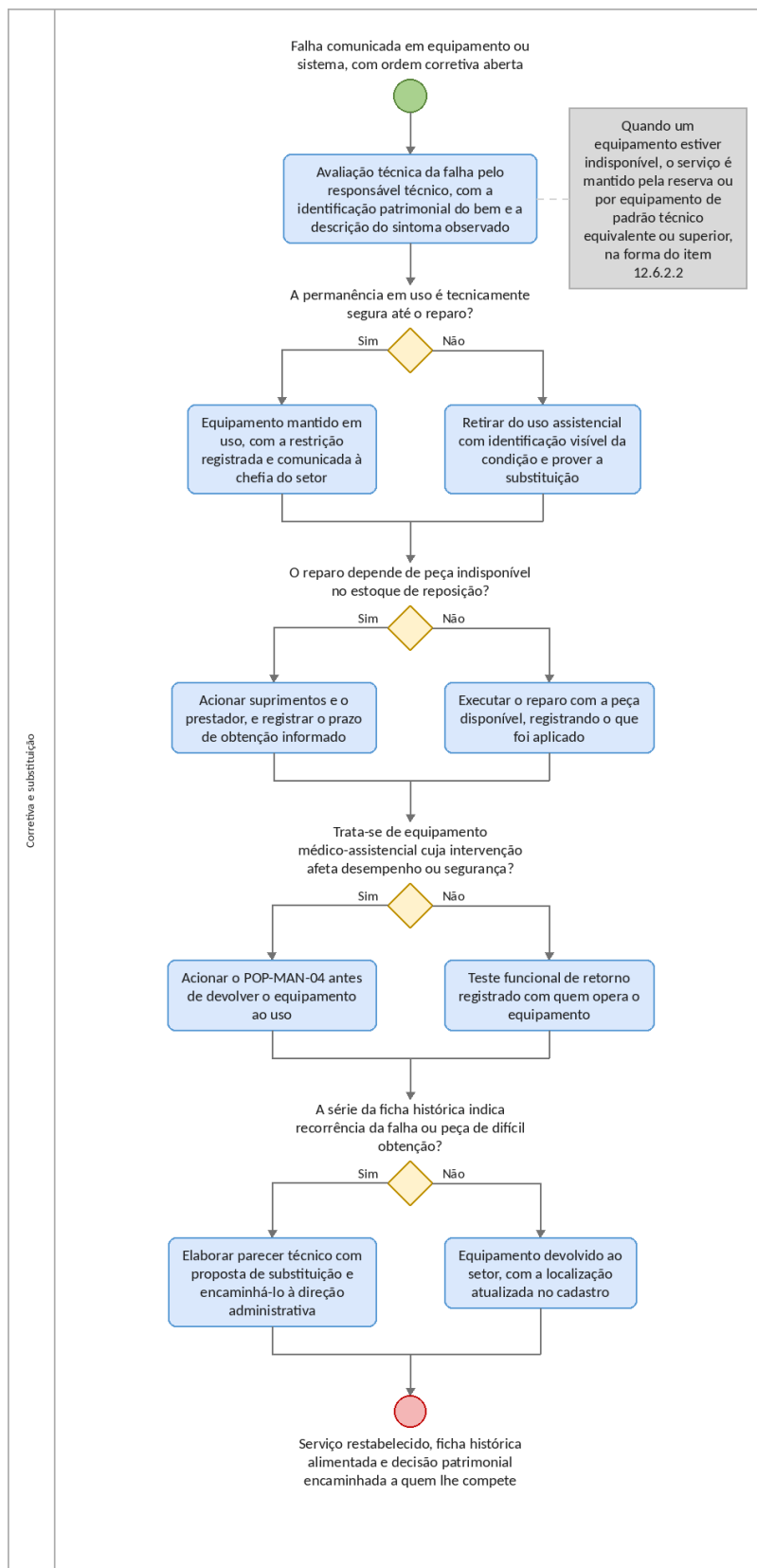
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A série decide	Recorrência, peça e custo acumulado é que sustentam a proposta de substituição.
Destino patrimonial não é da manutenção	Permuta e baixa dependem de avaliação prévia e autorização expressa, item 12.9.3.

POP-MAN-03.5 Fluxograma

O fluxograma da corretiva percorre quatro decisões: a segurança de manter o equipamento em uso até o reparo, que define se há retirada e substituição; a disponibilidade da peça de reposição; a natureza médico-assistencial do equipamento, que aciona a calibração antes do retorno; e a leitura da série da ficha histórica, que é o que abre a proposta de substituição.

POP-MAN-03 — Manutenção corretiva e substituição por equipamento equivalente



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.6.2.2, 12.8.3, 12.9.3 e 15.2; contrato de gestão, itens 3.5 e 3.22.

POP-MAN-04. Calibração e qualificação de equipamento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-MAN-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 13 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-MAN-04.1 Quando usar

- › Nos equipamentos de suporte à vida e de diagnóstico, na periodicidade que o plano de manutenção e a recomendação do fabricante estabelecerem, e com a comprovação semestral que o instrumento contratual exige.
- › Após intervenção corretiva que alcance elemento de medição, de controle ou de segurança elétrica do equipamento.
- › Na entrada em uso de equipamento novo, locado, recebido em doação ou devolvido de reparo externo.

POP-MAN-04.2 Fundamento

Item 12.35.6.1 do termo de referência, que obriga a fornecer, semestralmente, relatório técnico comprovando a manutenção preventiva e a calibração de todos os equipamentos de suporte à vida e diagnóstico; item 12.35.9.3, que exige a apresentação de certificado de calibração e testes de segurança elétrica; e item 12.35.9.5, que exige comprovantes de treinamento das equipes assistenciais para a operação de novos equipamentos. Aplicam-se ainda os requisitos sanitários de boas práticas de funcionamento e de gerenciamento de tecnologias em saúde. Seção 13.7 do protocolo.

! O QUE DISTINGUE CALIBRAÇÃO, VERIFICAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

- › Calibração é a comparação do equipamento com um padrão de referência rastreável, e o seu produto é o certificado com o erro medido e a incerteza associada.
- › Verificação é a conferência de que o erro medido permanece dentro do critério de aceitação adotado para aquele uso, e é ela que autoriza ou recusa o uso assistencial.

! O QUE DISTINGUE CALIBRAÇÃO, VERIFICAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

- › Qualificação é a demonstração documentada de que o equipamento foi instalado, opera e desempenha conforme o especificado, e cabe sobretudo na entrada em uso.
- › Teste de segurança elétrica é medida distinta das anteriores, que verifica correntes de fuga e continuidade do aterramento, e o item 12.35.9.3 o exige ao lado do certificado.
- › Certificado de calibração sem critério de aceitação declarado não permite dizer se o equipamento pode ser usado: ele informa o erro, mas quem decide o uso é a verificação.

POP-MAN-04.3 Sequência de execução

1. Manter a relação dos equipamentos sujeitos a calibração, identificados por patrimônio, modelo e número de série, com a data da última calibração e a da próxima prevista.
2. Definir, para cada equipamento, o critério de aceitação aplicável ao uso assistencial a que ele se destina, com validação da direção técnica.
3. Programar a calibração no cronograma do POP-MAN-02, considerando a recomendação do fabricante e a comprovação semestral exigida pelo instrumento contratual.
4. Acionar o prestador ou o laboratório com competência técnica demonstrada e rastreabilidade metrológica declarada.
5. Abrir a ordem de serviço, retirar o equipamento do uso pelo tempo do procedimento e assegurar a continuidade do serviço pelo equipamento reserva.
6. Acompanhar a execução da calibração e do teste de segurança elétrica e recolher os respectivos certificados.
7. Conferir no certificado a identificação do equipamento, o padrão utilizado, a data, os valores medidos, a incerteza e a identificação do responsável técnico.
8. Verificar o resultado contra o critério de aceitação e decidir a liberação: aprovado, aprovado com restrição de uso declarada, ou retido para ajuste.
9. Aplicar no equipamento a identificação da situação de calibração, com a data e a validade, de modo legível a quem o opera.
10. Registrar o resultado na ficha histórica individualizada e arquivar o certificado na pasta do equipamento.
11. Providenciar o treinamento da equipe assistencial quando o equipamento for novo ou quando a intervenção alterar o modo de operação, e arquivar o comprovante.
12. Consolidar os certificados do período no relatório técnico semestral exigido pelo item 12.35.6.1.

Elemento do certificado	O que ele demonstra	Consequência da ausência
-------------------------	---------------------	--------------------------

Elemento do certificado	O que ele demonstra	Consequência da ausência
Identificação do equipamento	Patrimônio, modelo e número de série do bem efetivamente calibrado	Certificado que não se prova referente àquele equipamento
Padrão de referência e rastreabilidade	Que a medição se apoia em padrão reconhecido, e não em instrumento sem referência	Resultado sem valor probatório para a auditoria e para a fiscalização
Valores medidos e incerteza	O erro apurado em cada ponto e a incerteza associada à medição	Impossibilidade de comparar o resultado com o critério de aceitação
Critério de aceitação e decisão	Se o erro apurado é admissível para o uso assistencial pretendido	Liberação sem base técnica, que é o defeito mais frequente
Data e validade declarada	O momento da calibração e o horizonte de validade adotado	Perda do controle da situação de calibração do parque
Responsável técnico identificado	Quem executou e responde pelo resultado apresentado	Documento sem responsável, que o item 12.35.9.6 não admite

Tabela POP-MAN-04.1 — O que se confere no certificado antes de liberar o equipamento para uso.

✓ O QUE TORNA A CALIBRAÇÃO ÚTIL

- › Critério de aceitação definido antes, e validado pela direção técnica.
- › Identificação da situação de calibração aplicada no próprio equipamento, legível a quem opera.
- › Certificado conferido elemento a elemento, e não apenas arquivado.
- › Resultado lançado na ficha histórica, que é onde a série do equipamento se forma.

✗ O QUE INVALIDA A CALIBRAÇÃO

- › Arquivar o certificado sem conferir se o erro apurado cabe no critério de aceitação.
- › Devolver ao uso equipamento retido para ajuste antes da nova verificação.
- › Tratar teste de segurança elétrica como equivalente à calibração.
- › Deixar o equipamento sem identificação da situação de calibração, transferindo a quem opera a dúvida sobre o seu estado.

POP-MAN-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Relação dos equipamentos sujeitos a calibração, com data da última e da próxima prevista.
- › Certificado de calibração e de teste de segurança elétrica, na pasta do equipamento.
- › Registro da decisão de liberação, de restrição de uso ou de retenção para ajuste.
- › Comprovante de treinamento da equipe assistencial, quando aplicável.
- › Relatório técnico semestral consolidado, na pasta da prestação de contas.

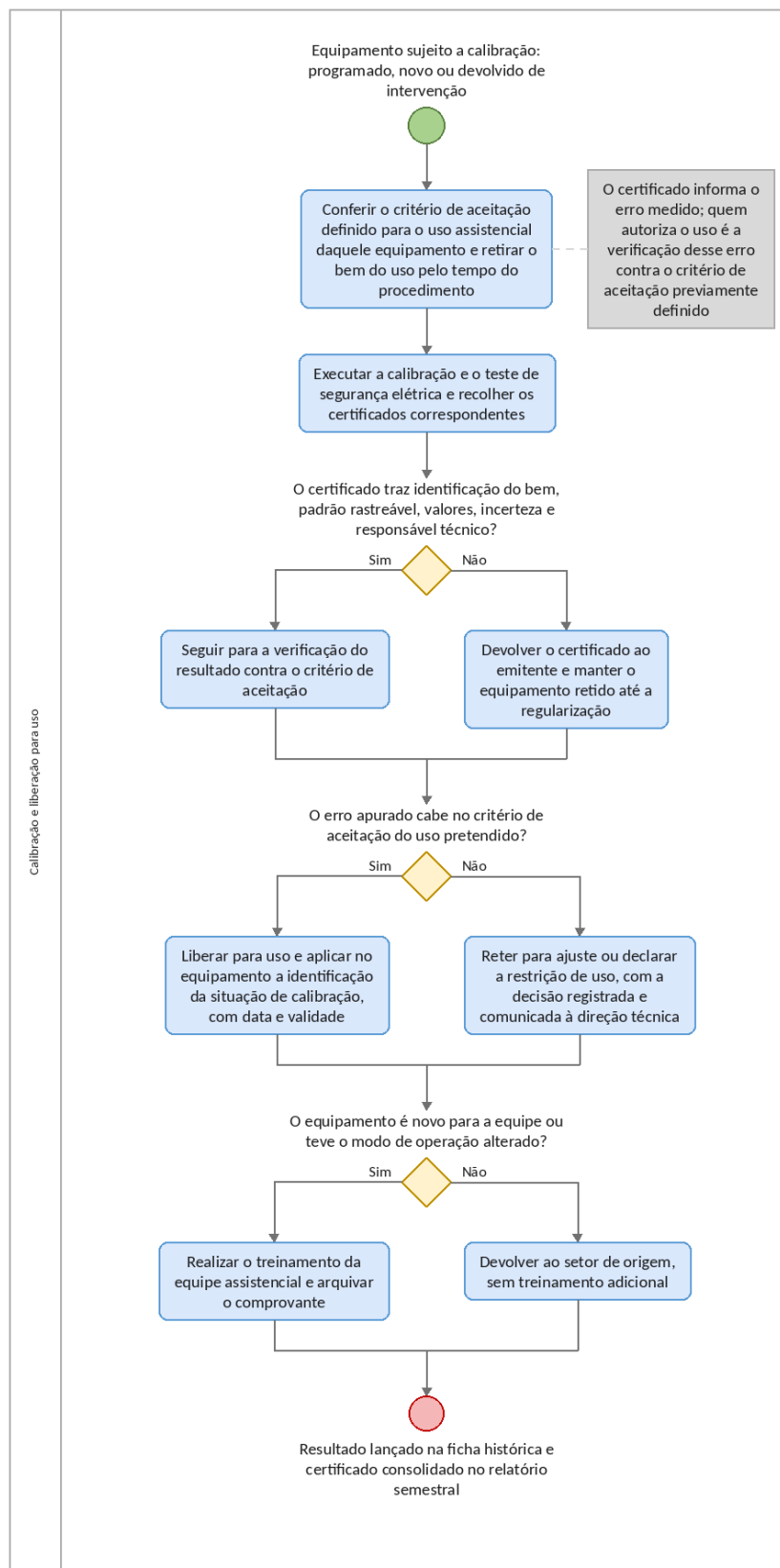
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Calibrar não é liberar	O certificado informa o erro; quem autoriza o uso é a verificação contra o critério.
A comprovação é semestral	O item 12.35.6.1 exige relatório técnico do parque de suporte à vida e de diagnóstico.
Segurança elétrica é medida à parte	O item 12.35.9.3 a exige ao lado do certificado de calibração.
Identificação no equipamento	A situação de calibração precisa ser legível a quem opera, não só ao arquivo.
Treinamento acompanha o equipamento novo	O item 12.35.9.5 exige comprovante de capacitação das equipes assistenciais.

POP-MAN-04.5 Fluxograma

O fluxograma da calibração tem três travas antes da liberação: a completude do certificado, que devolve o documento ao emitente quando faltar elemento; a verificação do erro apurado contra o critério de aceitação, que é quem autoriza ou recusa o uso; e a necessidade de treinamento, quando o equipamento é novo para a equipe ou teve a operação alterada.

POP-MAN-04 — Calibração e qualificação de equipamento



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.35.6.1, 12.35.9.3 e 12.35.9.5.

POP-MAN-05. Contingência de sistema crítico

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-MAN-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 13 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-MAN-05.1 Quando usar

- › Na interrupção ou na oscilação do fornecimento de energia elétrica, de água, de gases medicinais ou de climatização de área crítica.
- › Na falha de elevador ou de plataforma com pessoa retida, ou que interrompa o transporte interno de pacientes.
- › No acionamento de dispositivo de alarme de sistema crítico e em toda ocorrência que comprometa a continuidade do cuidado.

POP-MAN-05.2 Fundamento

Item 8.7.11.1 do termo de referência, que inclui entre os serviços de manutenção os quadros de eletricidade, as subestações, o sistema de ar condicionado, os elevadores e plataformas, o grupo de geradores, a rede de gases medicinais e as instalações de prevenção e combate a incêndio; itens 12.35.11.1 a 12.35.11.3, que tratam da continuidade do fornecimento de energia, das inspeções preventivas do grupo gerador e do atendimento corretivo emergencial; e item 12.35.10.9, que obriga a garantir que o gás medicinal mantenha as suas propriedades terapêuticas e de segurança até o ponto de consumo. Seção 13.8 do protocolo.

! A PRIMEIRA PROVIDÊNCIA É SEMPRE ASSISTENCIAL

- › Antes de diagnosticar a causa, assegurar o suporte ao paciente que depende do sistema afetado, com os recursos alternativos previstos no plano do setor.
- › Comunicar imediatamente a direção técnica, a chefia do setor alcançado e o fiscal do contrato do prestador responsável pelo sistema.
- › Registrar o horário do início da ocorrência no momento em que ela é percebida, porque é dele que se conta o tempo de restabelecimento.

! A PRIMEIRA PROVIDÊNCIA É SEMPRE ASSISTENCIAL

- › Tratando-se de energia, o instrumento contratual fixa, no item 12.35.11.3, que o tempo de indisponibilidade não deverá ser superior a quinze segundos.
- › Não desfazer a evidência da falha antes do registro: o estado encontrado é o que sustenta a análise de causa e a responsabilização contratual do prestador.

POP-MAN-05.3 Sequência de execução

1. Identificar o sistema afetado e a extensão do alcance: setores, equipamentos e pacientes dependentes.
2. Acionar a medida assistencial imediata prevista para aquele sistema, assegurando o suporte ao paciente enquanto durar a ocorrência.
3. Registrar o horário do início e abrir a ordem de serviço emergencial pelo POP-MAN-01.
4. Acionar o plantão de manutenção e, conforme o sistema, o prestador contratado em regime de atendimento emergencial.
5. Verificar a entrada em operação do recurso de contingência do sistema — grupo gerador, suprimento reserva de gás, unidade de climatização alternativa ou linha hidráulica alternativa — e registrar o horário da entrada.
6. Comunicar a direção técnica, a chefia dos setores alcançados e o fiscal do contrato, com a informação do que já foi acionado.
7. Isolar a área quando a ocorrência apresentar risco elétrico, risco de incêndio ou risco de atmosfera enriquecida, observando as normas de segurança do trabalho.
8. Acompanhar a intervenção corretiva e registrar o horário do restabelecimento do sistema.
9. Confirmar o restabelecimento com as chefias assistenciais antes de encerrar o acionamento.
10. Registrar a ocorrência com o horário de início, o de entrada da contingência, o de restabelecimento, a causa apurada e as providências adotadas.
11. Abrir a análise de causa quando a ocorrência se repetir ou quando o tempo de restabelecimento exceder o previsto, com ação corretiva, responsável por função e prazo.
12. Levar a ocorrência à reunião de acompanhamento do contrato, para tratamento com o prestador responsável pelo sistema.

Sistema	Efeito imediato da falha	Acionamento
Energia elétrica	Perda de alimentação de equipamentos de suporte à vida, de refrigeração e do centro cirúrgico	Entrada do grupo gerador e verificação da transferência em carga, itens 12.35.11.1 e 12.35.11.3
Gases medicinais	Queda de pressão ou interrupção no ponto de consumo, com repercussão direta no paciente	Suprimento reserva, isolamento do trecho e acionamento do prestador, item 12.35.10.9

Sistema	Efeito imediato da falha	Acionamento
Climatização de área crítica	Perda de condição térmica e da qualidade do ar em centro cirúrgico e terapia intensiva	Recurso alternativo de climatização e acionamento do prestador, itens 12.35.8.2 e 12.35.8.3
Água e esgoto	Comprometimento da higienização, do processamento de material e da hotelaria	Reserva disponível, priorização de áreas críticas e acionamento da manutenção predial, item 12.13
Elevadores e plataformas	Interrupção do transporte interno de pacientes e da acessibilidade	Resgate por equipe habilitada e acionamento do prestador, item 12.35.12.5
Prevenção e combate a incêndio	Perda de recurso de proteção da edificação e das pessoas	Plano de emergência contra incêndio e brigada, itens 12.35.3.2.4 e 12.35.13.1

Tabela POP-MAN-05.1 — Sistemas críticos, o efeito da falha e o acionamento imediato.

✓ O QUE ORGANIZA A CONTINGÊNCIA

- › Suporte ao paciente primeiro, diagnóstico da causa depois.
- › Horários anotados no momento: início, entrada da contingência e restabelecimento.
- › Comunicação simultânea à direção técnica, às chefias alcançadas e ao fiscal do contrato.
- › Confirmação do restabelecimento com quem usa o sistema, antes de encerrar o acionamento.

✗ O QUE AGRAVA A OCORRÊNCIA

- › Iniciar a investigação técnica antes de assegurar o suporte assistencial.
- › Anotar os horários ao fim do plantão, de memória, corrompendo o tempo de restabelecimento.
- › Desfazer a evidência do estado encontrado antes de registrá-la.
- › Encerrar o acionamento sem confirmar com as chefias que o serviço voltou à condição esperada.

POP-MAN-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Ordem de serviço emergencial, com os horários de início, de contingência e de restabelecimento.
- › Registro da ocorrência no livro de plantão da manutenção e na pasta da competência.
- › Comunicação à direção técnica e ao fiscal do contrato, com a data e a hora.
- › Análise de causa e plano de ação, quando a ocorrência se repetir ou exceder o tempo previsto.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Assistência antes do diagnóstico	O suporte ao paciente é a primeira providência de toda contingência.
Quinze segundos	É o limite de indisponibilidade que o item 12.35.11.3 fixa.
Horário no momento	Início, contingência e restabelecimento anotados quando ocorrem.

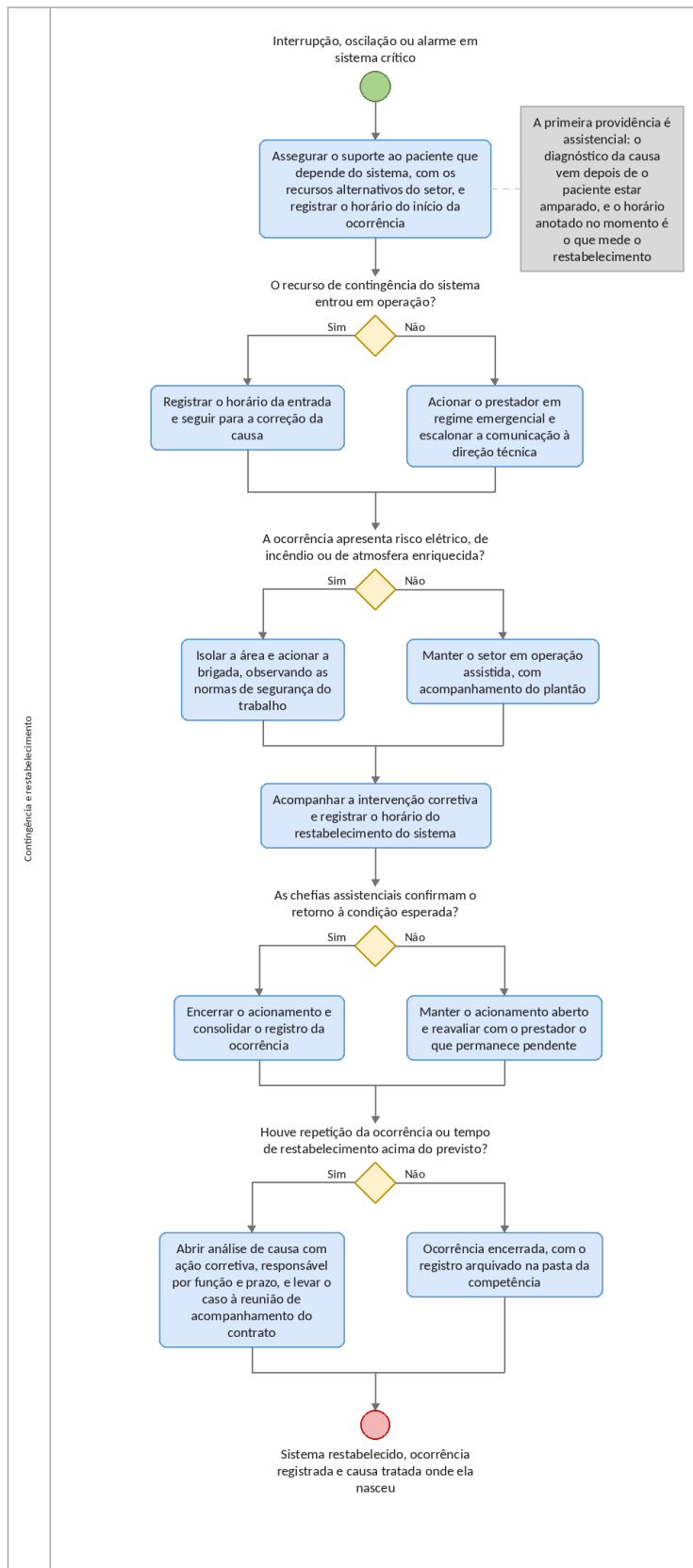
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Gás é medicamento	O item 12.35.10.8 registra a classificação, e o 12.35.10.9 estende o dever ao ponto de consumo.
Ocorrência vira pauta	Repetição e tempo excedido abrem análise de causa e tratamento com o prestador.

POP-MAN-05.5 Fluxograma

O fluxograma da contingência começa pela providência assistencial e segue por quatro decisões: a entrada efetiva do recurso de contingência, o risco que impõe isolamento da área, a confirmação do restabelecimento pelas chefias assistenciais e a repetição da ocorrência, que é o que converte o evento em análise de causa e pauta de contrato.

POP-MAN-05 — Contingência de sistema crítico



POP-MAN-06. Obra e benfeitoria: autorização prévia e incorporação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-MAN-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 13 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-MAN-06.1 Quando usar

- › Antes de qualquer benfeitoria, adaptação ou instalação de bem móvel ou imobilizado na unidade, inclusive nos bens já existentes.
- › Na recuperação ou na adequação de grande porte de instalação predial, de climatização ou do parque médico-assistencial.
- › Na execução de projeto de infraestrutura ou de reforma viabilizado no âmbito do contrato de gestão.

POP-MAN-06.2 Fundamento

Item 12.5.4 do termo de referência, segundo o qual as benfeitorias, adaptações e instalações de bens móveis ou imobilizados realizadas na unidade integram automaticamente o patrimônio municipal, sem direito de retenção, indenização ou retirada, salvo mediante prévia e expressa autorização do Poder Público, no mesmo sentido do item 3.21 do contrato de gestão; item 12.35.7.3, que exige planilha orçamentária com itens, quantitativos e preços unitários baseados em tabelas de referência, e memória de cálculo; itens 12.35.8.8 e 12.35.9.8, que exigem laudos técnicos acompanhados de anotação de responsabilidade técnica nas recuperações e adequações de grande porte; e item 12.2.12, que obriga a providenciar e manter válidos os alvarás, licenças e autorizações. Seções 13.9 e 13.11 do protocolo.

! NENHUMA INTERVENÇÃO SE INICIA ANTES DA AUTORIZAÇÃO

- › A benfeitoria integra o patrimônio municipal por força do item 12.5.4, e não gera direito de retenção, de indenização nem de retirada.

! NENHUMA INTERVENÇÃO SE INICIA ANTES DA AUTORIZAÇÃO

- › A execução sem autorização prévia e expressa retira da organização qualquer discussão posterior sobre o destino do que foi construído ou instalado.
- › O projeto observa o regulamento técnico sanitário de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e as normas técnicas do sistema alcançado.
- › Obra em unidade em funcionamento exige medidas de contenção acordadas com o serviço de controle de infecção antes do início, e não durante.
- › Recuperação e adequação de grande porte exigem laudo técnico com anotação de responsabilidade técnica, nos itens 12.35.8.8 e 12.35.9.8.

POP-MAN-06.3 Sequência de execução

1. Caracterizar a necessidade, descrevendo o que será alterado, o setor alcançado e a razão técnica ou assistencial que a justifica.
2. Verificar se a intervenção configura benfeitoria, adaptação ou instalação, e não simples manutenção, porque a consequência patrimonial é distinta.
3. Elaborar ou contratar o projeto, observando o regulamento sanitário de projetos físicos e as normas técnicas dos sistemas alcançados.
4. Montar a planilha orçamentária com itens, quantitativos e preços unitários apoiados em tabelas de referência, e a memória de cálculo, na forma do item 12.35.7.3.
5. Submeter o conjunto à direção administrativa e encaminhá-lo à autorização prévia e expressa do Poder Público, antes de qualquer início de execução.
6. Verificar as licenças e autorizações aplicáveis à intervenção, na forma do item 12.2.12.
7. Acordar com o serviço de controle de infecção e com as chefias assistenciais as medidas de contenção, o isolamento da frente de trabalho e a janela de execução.
8. Abrir a ordem de serviço da obra pelo POP-MAN-01 e acompanhar a execução com registro fotográfico do estado anterior, do andamento e do resultado.
9. Recolher, na conclusão, o laudo técnico com anotação de responsabilidade técnica, quando se tratar de recuperação ou adequação de grande porte.
10. Realizar o recebimento técnico com a participação do fiscal do contrato e da chefia do setor beneficiado, registrando as pendências e o prazo de correção.
11. Reunir a documentação da incorporação e encaminhá-la à contratante, articulando com a coordenação de patrimônio o registro do que foi incorporado.
12. Incluir o que foi instalado no plano de manutenção e no cronograma, pelo POP-MAN-02, e abrir a ficha histórica quando se tratar de equipamento.

Documento	Momento	Fundamento
-----------	---------	------------

Documento	Momento	Fundamento
Caracterização da necessidade e projeto	Antes do pedido de autorização	Regulamento sanitário de projetos físicos e normas técnicas do sistema
Planilha orçamentária e memória de cálculo	Antes do pedido de autorização	Item 12.35.7.3
Autorização prévia e expressa do Poder Público	Antes do início da execução	Itens 12.5.4 e 3.21 do contrato de gestão
Licenças e autorizações aplicáveis	Antes do início da execução	Item 12.2.12
Registro fotográfico do antes, do durante e do depois	Durante a execução	Item 12.35.7.4
Laudo técnico com anotação de responsabilidade técnica	Na conclusão, em recuperação ou adequação de grande porte	Itens 12.35.8.8 e 12.35.9.8
Documentação da incorporação patrimonial	Após a conclusão	Itens 12.5.4 e 12.6.1

Tabela POP-MAN-06.1 — Documentação da autorização prévia e da incorporação.

✓ O QUE SUSTENTA A INTERVENÇÃO

- › Autorização prévia e expressa antes de qualquer início de execução.
- › Planilha e memória de cálculo apoiadas em tabelas de referência, que é o que dá transparência ao gasto.
- › Medidas de contenção acordadas com o controle de infecção antes de abrir a frente de trabalho.
- › Recebimento técnico com pendências registradas e prazo de correção declarado.

✗ O QUE COMPROMETE A INTERVENÇÃO

- › Iniciar a execução na expectativa de obter a autorização durante a obra.
- › Tratar como manutenção o que é benfeitoria, subtraindo a intervenção do regime do item 12.5.4.
- › Concluir a obra sem reunir a documentação da incorporação enquanto as peças estão juntas.
- › Entregar a área sem incluir o que foi instalado no plano de manutenção.

POP-MAN-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Projeto, planilha orçamentária e memória de cálculo, no processo da intervenção.
- › Autorização prévia e expressa do Poder Público e as licenças aplicáveis.
- › Registro fotográfico e laudo técnico com anotação de responsabilidade técnica.
- › Termo de recebimento técnico, com pendências e prazos.
- › Documentação da incorporação encaminhada à contratante, com o respectivo protocolo.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Autorização é prévia e expressa

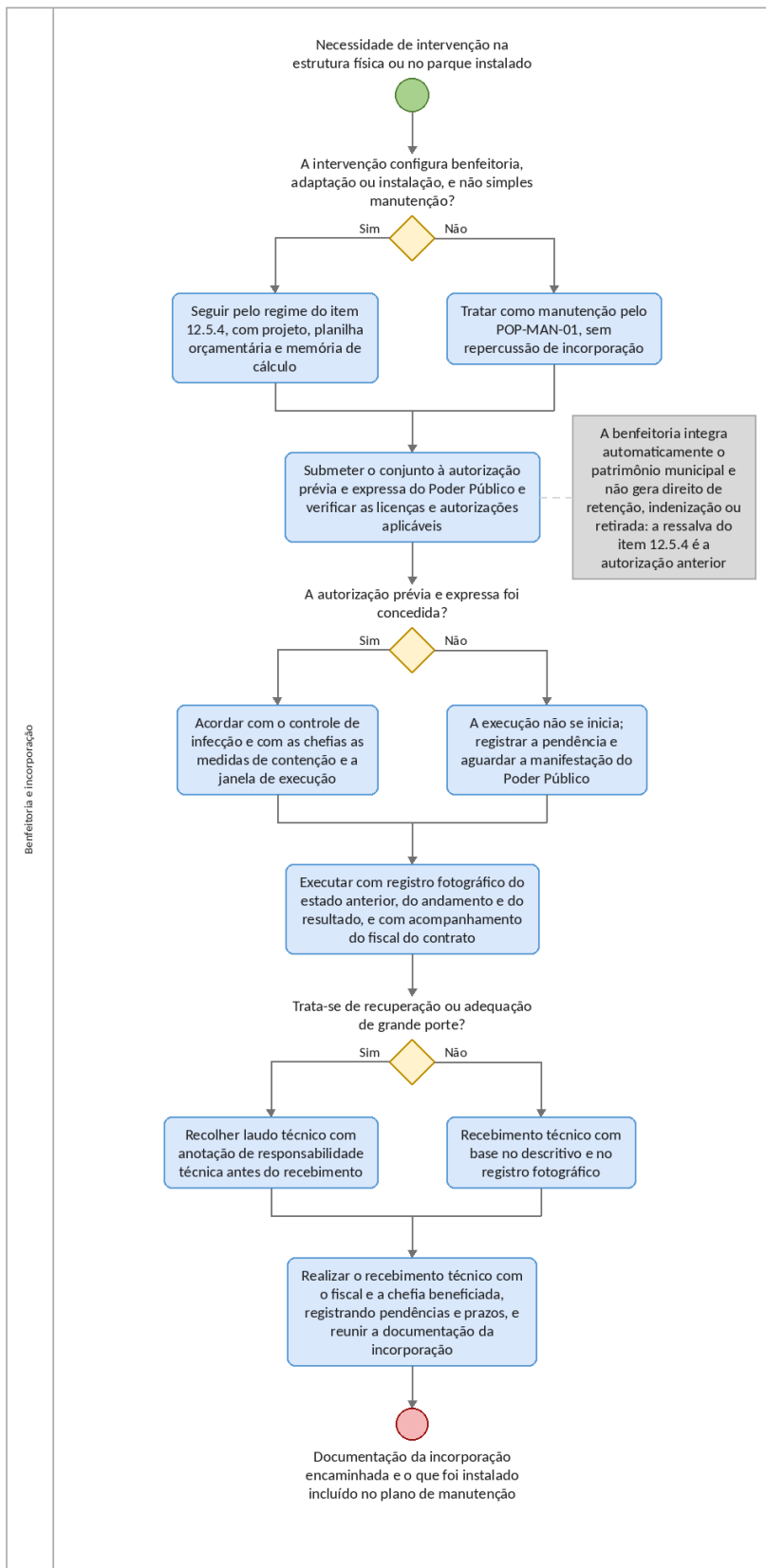
O item 12.5.4 admite a ressalva apenas mediante autorização anterior do Poder Público.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A benfeitoria é do Município	Integra automaticamente o patrimônio municipal, sem retenção, indenização ou retirada.
Planilha com tabela de referência	O item 12.35.7.3 exige itens, quantitativos e preços unitários e memória de cálculo.
Obra em unidade em funcionamento	Contenção e janela acordadas com o controle de infecção antes do início.
O que se instala entra no plano	Sistema ou equipamento novo integra o cronograma e a ficha histórica desde a entrega.

POP-MAN-06.5 Fluxograma

O fluxograma da benfeitoria mostra a distinção que governa todo o procedimento — se a intervenção é benfeitoria ou manutenção — e a trava que dela decorre: sem autorização prévia e expressa a execução não se inicia. A terceira decisão separa a recuperação de grande porte, que exige laudo com anotação de responsabilidade técnica, do recebimento comum.

POP-MAN-06 — Obra e benfeitoria: autorização prévia e incorporação



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.5.4, 12.2.12, 12.35.7.3, 12.35.8.8 e 12.35.9.8; contrato de gestão, item 3.21.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 12188: sistemas centralizados de suprimento de gases medicinais, de gases para dispositivos médicos e de vácuo para uso em serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABNT. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 13534: instalações elétricas de baixa tensão — requisitos específicos para instalação em estabelecimentos assistenciais de saúde. Rio de Janeiro: ABNT. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 15943: diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 7256: tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde — requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro: ABNT. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Farmacopeia Brasileira. Brasília, DF: Anvisa. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/farmacopeia-brasileira>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.589, de 4 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a manutenção de instalações e equipamentos de sistemas de climatização de ambientes. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13589.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras NR-10 (segurança em instalações e serviços em eletricidade), NR-23 (proteção contra incêndios) e NR-32 (segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde). Brasília, DF: MTE. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e minuta de contrato de gestão. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto Estadual n.º 42.155, de 26 de novembro de 2009. Código de Segurança Contra Incêndio e Pânico do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Governo do Estado, 2009. Disponível em: <https://www.cbmerj.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Transporte Sanitário e Frota

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

14.1 Âmbito e finalidade.....	809
14.2 Base normativa.....	810
14.3 A frota exigida e a sua composição.....	811
14.4 Solicitação, autorização e registro do transporte.....	812
14.5 Transferência inter-hospitalar: tripulação, equipamento e documentação	813
14.6 Conferência e reposição do material da ambulância	814
14.7 Manutenção, abastecimento e controle de quilometragem	815
14.8 Programação visual e conformidade da frota	816
14.9 Atribuições e responsabilidades das equipes	816
14.10 Interface com a regulação e com a assistência	817
14.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	818
14.12 Tratamento da não conformidade.....	819
14.13 Indicadores e monitoramento.....	820
14.14 Revisão, versão e governança do protocolo	822
14.15 Fluxograma	822

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	827
POP-TRA-01 Solicitação, autorização e registro do transporte.....	828
POP-TRA-02 Transferência inter-hospitalar: checklist, tripulação e documentação.....	833
POP-TRA-03 Conferência e reposição do material da ambulância	837
POP-TRA-04 Manutenção, abastecimento e controle de quilometragem.....	841
POP-TRA-05 Programação visual e conformidade da frota	845
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	850

Protocolo 14. Transporte Sanitário e Frota

14.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como se organiza o transporte sanitário de que a assistência depende e a frota que o realiza. Governa a composição das unidades móveis e as condições que elas devem reunir, a solicitação e a autorização do deslocamento, a conferência do veículo e do seu material antes da saída, a escala do condutor, a documentação que o veículo porta, o registro do acionamento e da viagem, a manutenção, o abastecimento, o controle de quilometragem e a apropriação do custo correspondente. Alcança o transporte inter-hospitalar em caso de transferência e o deslocamento para a realização de exames em outras instituições, que o instrumento contratual relaciona expressamente entre os serviços que a contratada deve fornecer.

A delimitação seguinte é a mais importante deste capítulo, e por isso vem antes de tudo o mais. A decisão clínica de transferir o usuário, a definição do perfil de risco com que ele viaja e a regulação do leito de destino são matéria assistencial, tratada no caderno de transporte inter-hospitalar, ao qual este protocolo remete e cuja competência não disputa. O que aqui se estabelece começa depois disso: definida a indicação e assegurado o destino, cabe a este protocolo dizer qual unidade sai, em que condições, com que documentação, sob que registro e a que custo. Um documento administrativo que decidisse indicação clínica invadiria competência alheia; um que se calasse sobre o veículo deixaria sem regra justamente a parte que lhe toca.

A finalidade é dupla e as duas metades se sustentam. A primeira é assegurar que o deslocamento seja a continuidade do cuidado, e não a sua interrupção: o usuário que sai do leito para outra instituição permanece sob responsabilidade do hospital durante todo o percurso, e a condição do veículo, do equipamento e do material embarcado é parte do cuidado que ele recebe nesse intervalo. A segunda é demonstrar conformidade verificável, porque a frota é objeto de exigência expressa e detalhada do instrumento contratual — quantidade, tipo, ano modelo, dimensões, seguros, manutenção, disponibilidade e relatório de atividades estão todos escritos, e o que está escrito é conferível.

Uma premissa organiza o conjunto e explica a divisão de responsabilidades que atravessa todas as seções seguintes. As unidades móveis são contratadas pela organização e, na redação do próprio instrumento, precisam estar tripuladas somente com o condutor, tendo em vista compor a equipe de saúde do Hospital Geral de Nova Iguaçu a tripulação das viaturas. Daí decorre que o veículo, o condutor, o equipamento embarcado e a documentação respondem a este protocolo, ao passo que a equipe de saúde que acompanha o usuário responde ao caderno assistencial. E daí decorre também que a execução por prestador contratado não reparte a responsabilidade: o instrumento é expreso ao determinar que a contratada se responsabilize integralmente pelo adequado desempenho de partes do todo, inclusive por eventuais serviços subcontratados.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais

de transporte sanitário e frota observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

14.2 Base normativa

O protocolo se apoia em três camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que fixa a composição da frota, as condições do veículo, a disponibilidade exigida e o conteúdo do relatório de atividades. A segunda é a da regulação sanitária federal, que define o que é cada tipo de unidade móvel e como ela deve estar equipada, e que governa a limpeza, a desinfecção e o manejo do resíduo gerado no transporte. A terceira é a da legislação de trânsito, que condiciona a condução do veículo de emergência e o uso dos seus dispositivos de sinalização.

Na camada contratual, sete dispositivos sustentam o processo. O item 12.35.22 é a âncora do dimensionamento: determina que, a partir do primeiro mês, se proceda com a contratação de quatro unidades móveis para serviço de remoção de paciente, sendo duas UTI Móvel, tipo D, e duas unidades básicas tipo B, e enumera os seguros exigidos; os seus incisos I a III fixam a documentação e as dimensões do veículo, a manutenção e a tripulação, e a disponibilidade em tempo integral com plano de reposição. O item 12.13 relaciona o transporte inter-hospitalar entre os serviços que a contratada deve fornecer, com a redação que exige ambulância apropriada, devidamente tripulada, equipada, com equipe treinada e programação visual da SEMUS/NI aplicada. O item 12.14.2 trata da transferência para outras unidades com vaga

assegurada pela SEMUS/NI ou por outros mecanismos de regulação de usuários, fornecendo ambulância adequada ao perfil da necessidade do usuário. O item 12.35.16.1 fixa o conteúdo obrigatório do relatório das atividades realizadas. O item 12.23.4, nas alíneas i e j, trata do símbolo e do nome designativo da unidade e da padronização orientada pela SEMUS/NI, vedada a colocação de logomarca ou símbolo diverso; e a alínea g determina apoiar e integrar a Central Reguladora da SEMUS/NI. O item 12.35.21 preserva a responsabilidade integral pelo desempenho, inclusive por serviços subcontratados. E o item 20.2.5, com o Quadro 05, fixa a planilha de despesas de custeio, que traz rubricas próprias de transporte e de seguros.

Na camada sanitária, a Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, é referida duas vezes pelo próprio instrumento contratual: uma no item 12.13, quanto ao transporte inter-hospitalar, e outra no inciso III do item 12.35.22, quanto à especificação com que as unidades precisam estar equipadas. É essa portaria que define os tipos de unidade móvel, entre eles a de suporte básico e a de suporte avançado a que correspondem os tipos B e D do dispositivo contratual. A Política Nacional de Atenção Hospitalar, consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, é a base do Núcleo Interno de Regulação, e é por meio dele que a transferência se articula. A limpeza e a desinfecção seguem o manual da ANVISA sobre superfícies, que o instrumento adota como base do serviço de higiene, e o resíduo gerado no percurso entra no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde regulado pela RDC ANVISA n.º 222, de 2018. O tratamento dos dados de identificação do usuário no relatório de atividades observa a legislação de proteção de dados pessoais, a que o próprio dispositivo remete ao ressalvar os dados sensíveis.

Três precisões merecem registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. A primeira: o item 12.9.1 trata da organização, administração e gerenciamento do hospital e da manutenção física da unidade e dos seus equipamentos — é dever geral de gestão e não menciona veículos; a obrigação de manutenção da frota está no inciso II do item 12.35.22, que exige manutenções preventivas e corretivas no mínimo uma vez por mês, e é essa a âncora usada neste protocolo. A segunda: o item 12.7.6 exige seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e os bens móveis cedidos, ao passo que os seguros da frota são os enumerados no caput do item 12.35.22, inclusive o de acidentes extensivo à tripulação e ao paciente; são coberturas distintas e assim são tratadas. A terceira: sob o título de serviços de ambulância, apenas o item 12.35.16.1 versa sobre o relatório das atividades da remoção, enquanto os subitens seguintes tratam do relatório de desempenho assistencial dos serviços de apoio diagnóstico; registrar a distinção é mais seguro do que estender ao transporte exigência que tem outro objeto.

14.3 A frota exigida e a sua composição

A composição da frota está determinada com precisão incomum no instrumento contratual, e esse detalhamento é a maior garantia de que o serviço será prestado nas condições pactuadas. O dispositivo estabelece que, a partir do primeiro mês, se proceda com a contratação de quatro unidades móveis para serviço de remoção de paciente, sendo duas UTI Móvel, tipo D, e duas unidades básicas tipo B. A tipologia adotada é a da regulação sanitária federal: a unidade tipo B corresponde ao suporte básico de vida, destinada ao transporte de usuários com risco de vida conhecido e menor complexidade de intervenção, e a unidade tipo D corresponde ao suporte

avançado, destinada ao atendimento e ao transporte de usuários de alto risco que demandam cuidado intensivo durante o percurso. A composição não é uniforme por acaso: ela responde ao perfil de um hospital que recebe urgência e emergência e que transfere tanto o usuário crítico quanto o estável.

Dispositivo	O que o instrumento contratual exige
Item 12.35.22, caput	Contratação, a partir do primeiro mês, de quatro unidades móveis para serviço de remoção de paciente, sendo duas UTI Móvel, tipo D, e duas unidades básicas tipo B
Item 12.35.22, caput	Seguro contra colisão, incêndio, roubo, furto, responsabilidade civil facultativa veicular por danos materiais a terceiros, responsabilidade civil facultativa veicular por danos corporais a terceiros e danos morais, e ainda seguro contra acidentes extensivo à tripulação e ao paciente
Item 12.35.22, inciso I	Documentos dos veículos, de ano modelo 2021 ou mais novos, obrigatoriamente registrados em nome da empresa, trafegando com vistoria do órgão de trânsito compatível com o tipo de veículo, e observadas as dimensões mínimas que especifica: altura de 2.450 mm, comprimento de 5.500 mm e largura entre-eixos de 3.500 mm
Item 12.35.22, inciso II	Manutenções preventivas e corretivas no mínimo uma vez por mês, ar-condicionado na cabine dianteira e na parte traseira, e unidades tripuladas somente com o condutor, tendo em vista compor a equipe de saúde do hospital a tripulação das viaturas
Item 12.35.22, inciso III	Unidades operacionais e parqueadas e à disposição em tempo integral, vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana, com plano de reposição em até doze horas em caso de intercorrência, e equipadas de acordo com a especificação da Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002

Tabela 14.1 — A composição e as condições da frota, na redação do item 12.35.22 do instrumento contratual e dos seus incisos.

Três consequências práticas decorrem do quadro e organizam a gestão da frota. A primeira é que a disponibilidade é atributo contratual, e não meta interna: as quatro unidades devem permanecer operacionais e parqueadas à disposição em tempo integral, de modo que a saída de uma delas de operação é evento a registrar e a repor, com o plano de reposição em até doze horas previsto no próprio dispositivo. A segunda é que a conformidade documental acompanha o veículo desde a sua entrada em operação: titularidade do registro, ano modelo, vistoria compatível com o tipo e dimensões mínimas são conferidos na entrada e reconferidos periodicamente, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar que a condição verificada na contratação se mantenha ao longo da execução. A terceira é que os seguros enumerados são condição da operação e têm vigência a acompanhar, sobretudo o de acidentes extensivo à tripulação e ao paciente, que é o que protege quem viaja.

A contratação das unidades observa o regulamento próprio de compras e contratações que a organização publica e as exigências de impessoalidade, moralidade e economicidade que o instrumento estabelece, com cotação prévia de preços no mercado antes da contratação. Registre-se, porém, o que a delegação da execução não desloca: o desempenho do serviço responde integralmente à organização, inclusive quanto a eventuais serviços subcontratados. Na prática, isso significa que a falha do prestador da frota se apura como falha do serviço, e o seu tratamento segue as seções de não conformidade e de indicadores deste protocolo, sem que a existência de contrato intermediário sirva de explicação para a indisponibilidade.

14.4 Solicitação, autorização e registro do transporte

O transporte se aciona por solicitação, e a solicitação tem forma. Ela nasce na equipe assistencial responsável pelo usuário, que informa a indicação já definida, o perfil com que o usuário viaja e o destino pretendido, e chega ao setor de transporte, que confere as condições de acionamento e providencia a unidade. Essa separação entre quem indica e quem providencia é deliberada: a indicação é ato clínico e o acionamento é ato administrativo, e confundi-los produz tanto o deslocamento sem indicação registrada quanto a indicação que não se converte em transporte por falta de quem a operacionalize.

Duas condições antecedem a autorização da saída, e nenhuma delas é dispensável. A primeira é o destino assegurado: o instrumento contratual determina a transferência para outras unidades de serviços especializados com vaga assegurada pela SEMUS/NI ou por outros mecanismos de regulação de usuários, e a identificação dessa vaga ou do agendamento do exame integra o registro do acionamento. Deslocar sem confirmação de destino expõe o usuário ao pior desfecho possível do transporte, que é a recusa na chegada e o retorno. A segunda condição é a compatibilidade entre o perfil informado e o tipo de unidade acionada, porque é o perfil que decide entre a unidade de suporte avançado e a unidade básica, e essa decisão é tomada com a informação da assistência, jamais por conveniência de disponibilidade.

O registro do acionamento tem conteúdo determinado pelo instrumento contratual, e essa é uma das poucas hipóteses em que a norma diz literalmente o que deve constar do documento. O relatório detalhado das atividades realizadas deve conter, obrigatoriamente, a identificação da rota percorrida, a data e o horário do atendimento, a identificação do paciente atendido, resguardados os dados sensíveis conforme a legislação vigente, e a descrição do procedimento ou serviço prestado em cada atendimento. Cada um desses campos tem função própria: a rota sustenta o custo, a data e o horário sustentam a apuração da disponibilidade, a identificação liga o deslocamento ao episódio de cuidado e a descrição demonstra o objeto do serviço prestado. O registro é aberto no momento da solicitação e completado no retorno, e não reconstituído depois, porque rota e horário anotados de memória ao fim do turno corrompem exatamente os dados que o dispositivo exige.

A quilometragem inicial e final integra o mesmo registro. Ela não é exigência textual do dispositivo, e por isso se adota como controle do serviço, com finalidade declarada: é o que permite apropriar o custo do deslocamento na rubrica própria da planilha de custeio, conferir o consumo de combustível contra a distância efetivamente percorrida e distinguir a variação que a rota explica daquela que exige investigação. Registrada no momento da saída e do retorno, ela transforma o transporte em dado; registrada depois, transforma-o em estimativa.

14.5 Transferência inter-hospitalar: tripulação, equipamento e documentação

A transferência inter-hospitalar é a hipótese mais exigente do transporte sanitário, e o instrumento contratual a descreve com todos os seus atributos. O dispositivo relaciona, entre os serviços que a contratada deve fornecer, o transporte inter-hospitalar em caso de transferência ou exames em outras instituições de usuários críticos, semicríticos e estáveis, em ambulância apropriada, devidamente tripulada, equipada, com equipe treinada e programação visual da SEMUS/NI aplicada, conforme a Portaria MS/GM n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, ou

posterior que regule o assunto, sem prejuízo ao atendimento praticado na unidade. São cinco atributos cumulativos, e o protocolo trata de todos, distribuindo-os entre este capítulo e o caderno assistencial conforme a natureza de cada um.

A tripulação é o ponto em que a divisão de competências fica mais nítida. As unidades contratadas chegam tripuladas somente com o condutor, porque a equipe de saúde do hospital compõe a tripulação das viaturas — é a redação do inciso II do item 12.35.22. A este protocolo cabem, portanto, a escala do condutor, a sua habilitação e a articulação com a equipe assistencial para a confirmação do embarque; à assistência cabe definir quem acompanha o usuário segundo o perfil com que ele viaja, matéria do caderno de transporte inter-hospitalar. A condução de veículo de emergência está submetida, no Código de Trânsito Brasileiro, a requisitos próprios de habilitação, entre eles a idade mínima, a categoria e o curso especializado previstos no seu artigo 145, e a conferência desses requisitos integra a escala.

O equipamento embarcado segue a especificação federal correspondente ao tipo de unidade, por remissão expressa do inciso III do item 12.35.22. A consequência prática é que a relação de material de cada unidade tem origem normativa, e a conferência que a antecede é conferência contra norma, e não contra costume. Quando algum item da relação não estiver disponível no momento da saída, a providência é a reposição antes do deslocamento e, persistindo a falta, o acionamento da unidade seguinte da frota com o registro da indisponibilidade — o que preserva ao mesmo tempo a segurança do usuário e a veracidade do dado que alimenta o indicador de disponibilidade.

A documentação divide-se em duas ordens que viajam juntas e se conferem separadamente. A do veículo compreende o certificado de registro e licenciamento em nome da empresa, a vistoria compatível com o tipo de veículo e as vias das apólices exigidas, e responde a este protocolo. A do usuário compreende o que a assistência produz para acompanhar a transferência, e responde ao caderno assistencial. A conferência da primeira é condição de saída da unidade: o veículo que parte com documentação vencida expõe o usuário, o condutor e a organização a risco inteiramente evitável, e a regularização posterior nunca desfaz o que se tenha produzido no percurso.

14.6 Conferência e reposição do material da ambulância

A unidade móvel é um ambiente assistencial que se desloca, e por isso a sua conferência tem a mesma natureza da conferência de um carro de emergência: percorre-se a relação item a item, verifica-se presença, validade, integridade do lacre, funcionamento e carga, e registra-se o que se conferiu. O que distingue a unidade móvel do carro de emergência é que ela sai do alcance do reabastecimento imediato: o item que falta no compartimento durante o percurso não se busca no andar de baixo. Essa é a razão pela qual a conferência antecede sempre a saída, e não apenas a devolução da unidade ao ponto de estacionamento.

A conferência ocorre em dois momentos com finalidades distintas. Antes da saída, ela responde à pergunta sobre se a unidade está apta a partir, e o seu desfecho é a liberação ou a retenção do veículo. No retorno, ela responde ao que o deslocamento consumiu e ao que precisa ser recomposto antes de a unidade voltar à disposição, e o seu desfecho é a requisição de reposição. Somam-se a esses dois momentos a conferência periódica da integridade da relação de cada

unidade da frota, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar que a especificação exigida se mantenha, e a conferência extraordinária sempre que houver intercorrência, dano ou substituição de equipamento.

A limpeza e a desinfecção do compartimento de transporte fecham o ciclo do retorno. O instrumento contratual determina que o serviço de higiene, limpeza e desinfecção esteja baseado no manual da ANVISA sobre limpeza e desinfecção de superfícies, e é esse o parâmetro adotado para o compartimento, com produto, diluição e técnica definidos em conjunto com a comissão de controle de infecção hospitalar, a quem cabe validá-los. O resíduo gerado no percurso é segregado e encaminhado ao fluxo de resíduos de serviços de saúde da unidade, na forma da regulação sanitária vigente: material perfurocortante e resíduo com risco biológico gerados no transporte têm o mesmo destino que teriam se gerados no leito, e o deslocamento não altera a sua classificação.

A reposição do material consumido é o que devolve a unidade à condição de partir. Ela se faz por requisição identificada pela unidade móvel, junto à farmácia e ao almoxarifado, e o registro dessa requisição cumpre duas funções além da reposição em si: liga o consumo ao deslocamento que o gerou, o que permite dimensionar o material da frota com base no histórico, e evita que a unidade retorne à disposição incompleta, que é a falha mais silenciosa deste processo, porque só aparece na saída seguinte e, nessa altura, já custa tempo ao usuário que espera.

14.7 Manutenção, abastecimento e controle de quilometragem

A manutenção da frota tem periodicidade fixada pela própria fonte, o que dispensa qualquer construção interna: o inciso II do item 12.35.22 determina que os veículos sejam regularmente submetidos a manutenções preventivas e corretivas, no mínimo uma vez por mês, e exige ar-condicionado na cabine dianteira e na parte traseira. A obrigação é da fonte e assim se escreve; o que cabe ao protocolo é organizar a sua verificação. O comprovante de cada manutenção executada é conferido no recebimento quanto à identificação da unidade e ao serviço efetivamente realizado, e arquivado na pasta da frota — comprovante genérico, que não identifique o veículo nem o que nele se fez, não demonstra o cumprimento da exigência e por isso é devolvido ao prestador para complementação.

A disponibilidade é o outro lado da manutenção e tem tratamento próprio no instrumento. As quatro unidades devem permanecer operacionais e parqueadas à disposição em tempo integral, vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana, com plano de reposição em até doze horas em caso de intercorrência. Disso decorre a rotina central desta seção: a retirada de uma unidade de operação, seja por manutenção programada, seja por avaria, é registrada com data e horário no momento em que ocorre, aciona o plano de reposição quando comprometa a disposição da frota, e encerra-se com o registro do horário do retorno. Sem esses dois horários a disponibilidade deixa de ser apurável, e o indicador passa a medir a memória de quem o preenche.

O abastecimento e o controle de quilometragem não têm dispositivo próprio no instrumento contratual, e o protocolo registra a distinção em vez de forçar âncora. São controles adotados pelo serviço, com finalidade declarada de rastreabilidade e de correção tempestiva: cada abastecimento é registrado com data, leitura do odômetro no ato, volume, valor e documento

fiscal, e a quilometragem percorrida por unidade é consolidada a partir dos registros de viagem. O que se obtém com isso é o consumo por unidade e por período, grandeza que permite duas leituras úteis — a variação sem explicação de rota ou de carga, que se investiga antes do fechamento, e a evolução do consumo de uma mesma unidade ao longo do tempo, que costuma anteceder a avaria mecânica.

O custo da frota é apropriado na rubrica própria da planilha de despesas de custeio que o instrumento contratual estabelece, apresentada mensalmente e quando solicitada, acompanhada dos respectivos comprovantes. A planilha traz rubricas distintas para transporte e para seguros, e a separação é útil ao próprio serviço: ela permite ver separadamente o que é custo de operação — combustível, manutenção, reposição de material — e o que é custo de cobertura de risco, cuja variação obedece a outra lógica. A análise periódica dessas séries, feita pela coordenação administrativa com o setor de custos, é o que transforma o gasto em informação de gestão da frota.

14.8 Programação visual e conformidade da frota

A programação visual da unidade móvel é exigência contratual e cumpre função pública concreta. O instrumento exige ambulância com programação visual da SEMUS/NI aplicada, e estabelece, entre as obrigações institucionais, a adoção do símbolo e do nome designativo da unidade de saúde e a padronização orientada pela SEMUS/NI em sinalizações e demais itens, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido. A regra tem consequência prática imediata: a identificação visual é o que permite ao usuário, à equipe receptora e ao próprio trânsito reconhecer que ali se presta serviço público de saúde, e a sua descaracterização, ainda que por desgaste, reduz essa identificação.

A conformidade da frota, por isso, tem duas faces que se conferem no mesmo ato. A face visual verifica se o padrão orientado pela SEMUS/NI está aplicado e íntegro em todas as faces do veículo e se não há símbolo diverso do estabelecido. A face documental verifica a titularidade do registro em nome da empresa, o ano modelo, a vistoria compatível com o tipo de veículo, as dimensões mínimas especificadas e a vigência das apólices enumeradas. Conferi-las juntas evita o resultado incongruente de uma unidade impecavelmente identificada e documentalmente irregular, ou o inverso, e produz um registro único por unidade, que é o que se apresenta quando a conformidade for questionada.

O dano à programação visual é tratado como não conformidade e tem percurso próprio: registra-se a ocorrência, aciona-se a recomposição junto ao prestador da frota e reconfere-se a unidade depois de executada, porque pendência encerrada sem nova conferência não demonstra correção alguma. A mesma lógica vale para a divergência documental, com a diferença de que esta é comunicada de imediato à coordenação administrativa, por afetar a própria aptidão do veículo para circular.

Há ainda uma sinalização que não é visual e que a legislação de trânsito condiciona. O Código de Trânsito Brasileiro assegura às ambulâncias prioridade de trânsito e livre circulação quando em serviço de urgência e devidamente identificadas pelos dispositivos regulamentares de alarme sonoro e iluminação vermelha intermitente, e restringe o uso desses dispositivos à efetiva prestação do serviço de urgência. O protocolo adota a regra com a redação da lei: alarme e

giroscópio acionados fora dessa hipótese descumprem a legislação de trânsito e, o que é mais grave para o serviço, corroem a autoridade do sinal no momento em que ele for verdadeiramente necessário.

14.9 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. Duas linhas de separação as organizam. A primeira distingue quem indica de quem providencia: a indicação do transporte e a definição do perfil são da assistência, e o acionamento, a conferência e o registro são do setor de transporte. A segunda distingue quem executa de quem confere: a manutenção e a recomposição visual são executadas pelo prestador da frota, e a conferência do que ele entregou é do serviço, porque o desempenho responde integralmente à organização, inclusive quanto a serviços subcontratados.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Coordenação administrativa	Responde pela disponibilidade da frota nas condições do instrumento contratual, pela contratação das unidades e pela vigência dos seguros, pela análise periódica dos indicadores e pela devolutiva às áreas envolvidas
Responsável pelo setor de transporte	Recebe e registra a solicitação, confere as condições de acionamento, define a unidade conforme o perfil informado, mantém a escala do condutor e controla documentação, manutenção, abastecimento e quilometragem
Condutor da unidade móvel	Executa o deslocamento, percorre o checklist do veículo antes da saída e no retorno, registra rota, horários e quilometragem, e comunica de imediato avaria ou intercorrência
Núcleo Interno de Regulação	Intermedia a transferência e a busca de vaga junto às centrais de regulação, na forma prevista no instrumento contratual, e informa ao setor de transporte o destino assegurado
Equipe assistencial responsável pelo usuário	Define a indicação e o perfil com que o usuário viaja, compõe a tripulação de saúde da viatura e responde pelo cuidado durante o percurso, na forma do caderno assistencial
Serviço de higiene e limpeza	Executa a limpeza e a desinfecção do compartimento de transporte no retorno da unidade e registra o que executou
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Valida o produto, a diluição e a técnica aplicáveis ao compartimento de transporte e os parâmetros de manejo do resíduo gerado no percurso
Setor de custos e prestação de contas	Apropria o custo da frota nas rubricas próprias da planilha de despesas de custeio e instrui a prestação de contas com os comprovantes correspondentes
Direção técnica	Valida a adequação entre o perfil informado e a unidade acionada e responde pela devolutiva às equipes quanto ao que o transporte revelar sobre o processo assistencial

Tabela 14.2 — As nove funções que respondem pelo transporte sanitário e pela frota e o que cabe a cada uma.

O que não se delega neste protocolo é curto e verificável: a autorização de saída de unidade cuja documentação não esteja em via válida; a substituição do tipo de unidade sem comunicação à equipe assistencial responsável e sem registro da substituição; e o retorno à disposição de unidade cujo material consumido ainda não tenha sido recomposto. Nenhuma dessas três decisões admite acordo local, porque cada uma delas transfere ao usuário do deslocamento seguinte um risco que a organização já conhecia.

14.10 Interface com a regulação e com a assistência

O transporte sanitário é, por definição, um serviço de interface: ele existe para ligar o que está aqui ao que está noutro lugar, e por isso a sua qualidade depende menos da frota do que da articulação. Duas interfaces são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar.

Com a regulação, a interface é o destino assegurado. O instrumento contratual prevê o Núcleo Interno de Regulação como unidade técnico-administrativa responsável pela interlocução com a SEMUS/NI, incumbida de realizar a interface com as centrais de regulação, de funcionar vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana e de buscar vagas de internação e de apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os usuários internados, quando necessário, conforme pactuação com a rede de atenção à saúde; e impõe, entre as obrigações institucionais, apoiar e integrar a Central Reguladora da SEMUS/NI. As transferências para as unidades de terapia intensiva, no próprio instrumento, são intermediadas pelo Núcleo Interno de Regulação, com autorização do chefe de equipe de plantão e conforme a disponibilidade de leitos. O ponto de falha típico é o deslocamento acionado sobre destino apenas provável, e o tratamento é o registro da identificação da vaga ou do agendamento como condição da autorização de saída.

Com a assistência, a interface é o perfil com que o usuário viaja. Ele é definido pela equipe responsável e determina o tipo de unidade a acionar e a composição da tripulação de saúde, e o instrumento contratual reforça a exigência ao determinar o fornecimento de ambulância adequada ao perfil da necessidade do usuário. O ponto de falha característico é a informação de perfil transmitida verbalmente e não registrada, que produz divergência insolúvel quando o tipo de unidade é depois questionado. O tratamento é o registro do perfil na própria solicitação e a confirmação da tripulação antes do embarque, de modo que a decisão fique documentada com quem a tomou.

Há uma terceira interface, menos evidente e igualmente relevante: a que se dá com a informação em saúde. A transferência externa integra as saídas hospitalares que compõem o denominador de vários indicadores contratuais de desempenho, entre eles os de média de permanência e o de mortalidade institucional. Transferência realizada e não registrada, portanto, distorce indicador que nada tem que ver com a frota — e é por essa via, mais do que por qualquer outra, que o registro do transporte deixa de ser assunto interno do setor que o executa.

14.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do percurso produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — horário de saída, leitura de odômetro e ocorrência de percurso anotados de memória ao fim do turno corrompem os dados de que dependem tanto o relatório de atividades exigido pelo instrumento contratual quanto a apropriação do custo da frota.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
----------	-------------	-----------	--------

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Solicitação e autorização do transporte, com perfil informado e destino assegurado	Setor de transporte, com origem na assistência	Sistema de gestão e pasta da competência	Prazo aplicável ao documento
Registro do acionamento e da viagem: rota, data e horário, identificação do usuário e descrição do serviço prestado	Condutor e setor de transporte	Pasta da competência e relatório de atividades	Cinco anos
Checklist do veículo, do material e do equipamento, antes da saída e no retorno	Condutor, com conferência do setor de transporte	Pasta da frota	Prazo aplicável ao documento
Registro da limpeza e desinfecção do compartimento e do destino do resíduo do percurso	Serviço de higiene, com registro do setor de transporte	Pasta da frota	Prazo aplicável ao documento
Documentação do veículo: registro e licenciamento, vistoria e vias das apólices	Setor de transporte	Pasta da frota, com via a bordo do veículo	Enquanto vigente e pelo prazo aplicável
Ordem e comprovante de manutenção preventiva e corretiva	Prestador da frota, conferido pelo setor de transporte	Pasta da frota	Prazo aplicável ao documento
Controle de abastecimento e de quilometragem, com os documentos fiscais	Setor de transporte, com o setor de custos	Planilha de custeio da competência	Cinco anos
Registro da não conformidade, da providência adotada e da reconferência	Setor de transporte	Pasta da frota e prestação de contas	Prazo aplicável ao documento

Tabela 14.3 — Os oito registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança os registros que integram a prestação de contas — o relatório das atividades da remoção e a apropriação do custo na planilha de custeio —, porque o instrumento contratual determina o arquivamento, por cinco anos após o término do contrato de gestão, dos arquivos encaminhados na entrega mensal da prestação de contas. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. A regra vale igualmente para o documento em papel e para o eletrônico.

Duas cautelas específicas incidem sobre estes registros. A primeira é a proteção do dado pessoal: a identificação do usuário transportado consta do relatório de atividades por exigência do próprio dispositivo, que ressalva expressamente o resguardo dos dados sensíveis conforme a legislação vigente, de modo que o acesso é controlado por perfil e a divulgação se limita ao necessário à finalidade. A segunda é a integridade da série: como os registros de viagem alimentam ao mesmo tempo o relatório contratual, o custo e os indicadores, a correção de um lançamento é feita de forma rastreável, preservando o original e registrando o motivo, e não por substituição silenciosa do dado.

14.12 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu. As espécies são conhecidas e se enunciam para poderem ser tratadas: unidade retirada de operação sem registro do horário; saída autorizada com documentação do veículo fora de validade; unidade devolvida à disposição com material consumido ainda não recomposto; programação visual danificada ou em desacordo com o padrão orientado pela SEMUS/NI; registro de acionamento incompleto em qualquer dos campos que o dispositivo exige; manutenção sem comprovante que identifique a unidade e o serviço executado; e deslocamento realizado sem confirmação do destino. Cada uma delas é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

O tratamento tem quatro momentos e é o mesmo para todas as espécies. Primeiro, o registro da ocorrência com data, horário e descrição objetiva do desvio. Segundo, a providência imediata, que na maior parte dos casos é a contenção do risco: reter a unidade, acionar a seguinte da frota, repor o material, comunicar a coordenação administrativa. Terceiro, a correção na origem, que é o que impede a repetição — e que frequentemente está fora do setor de transporte, na comunicação do perfil, na tempestividade da regulação ou na execução do prestador. Quarto, a reconferência, que é o único ato capaz de demonstrar que a pendência se fechou; achado encerrado sem nova conferência permanece, do ponto de vista da evidência, aberto.

A indisponibilidade de unidade merece tratamento destacado, por ser a não conformidade de maior consequência e a única cujo prazo de solução está no próprio instrumento contratual. As quatro unidades devem permanecer operacionais e à disposição em tempo integral, e a intercorrência que comprometa essa disposição aciona o plano de reposição em até doze horas. O protocolo organiza esse plano em três providências encadeadas: o registro imediato da retirada de operação, com o horário; a comunicação à coordenação administrativa e ao prestador da frota; e a confirmação da unidade substituta, com a conferência de conformidade visual e documental antes de ela entrar em operação, para que a reposição não resolva a disponibilidade criando um problema de conformidade.

A falha atribuível ao prestador contratado recebe o mesmo tratamento das demais, com um acréscimo. O instrumento contratual determina que a contratada se responsabilize integralmente pelo adequado desempenho de partes do todo, inclusive por eventuais serviços subcontratados, de modo que a ocorrência é registrada como falha do serviço e, simultaneamente, formalizada ao prestador com a exigência de correção. A série dessas ocorrências por prestador e por unidade é acompanhada na análise periódica, porque é ela que distingue o evento isolado do descumprimento reiterado e fundamenta as medidas contratuais cabíveis.

14.13 Indicadores e monitoramento

Os indicadores deste protocolo têm uma característica que convém explicitar: as suas metas não são construção interna, são a transcrição de obrigações que o instrumento contratual já fixou em número. Disponibilidade em tempo integral, reposição em até doze horas, manutenção no mínimo uma vez por mês e conteúdo obrigatório do relatório de atividades são deveres escritos, e medir o seu cumprimento é apenas dar-lhes forma verificável. Essa origem tem uma vantagem

prática sobre metas construídas: quando o indicador cai, a discussão não é sobre a pertinência da meta, e sim sobre a causa do desvio.

Indicador	Fórmula	Meta	Dispositivo
Disponibilidade da frota	$\text{Unidades-hora à disposição} \div \text{unidades-hora previstas} \times 100$	100%	Item 12.35.22, inciso III
Reposição da unidade em caso de intercorrência	$\text{Reposições concluídas em até doze horas} \div \text{intercorrências com indisponibilidade} \times 100$	100%	Item 12.35.22, inciso III
Manutenção preventiva e corretiva registrada	$\text{Unidades com manutenção registrada na competência} \div \text{unidades da frota} \times 100$	100%	Item 12.35.22, inciso II
Completo do registro do acionamento	$\text{Acionamentos com rota, data e horário, identificação e descrição registrados} \div \text{acionamentos realizados} \times 100$	100%	Item 12.35.16.1

Tabela 14.4 — Os quatro indicadores do transporte sanitário, com fórmula, meta e o dispositivo do instrumento contratual de que a meta decorre.

▣ O QUE OS NÚMEROS DO DISPOSITIVO DETERMINAM
▸ Quatro unidades móveis para serviço de remoção de paciente, a partir do primeiro mês: duas UTI Móvel, tipo D, e duas unidades básicas tipo B.
▸ Disposição em tempo integral: vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, com as unidades operacionais e parqueadas.
▸ Reposição em até doze horas em caso de intercorrência — é o prazo do próprio dispositivo, e por isso a meta do indicador de reposição.
▸ Manutenções preventivas e corretivas no mínimo uma vez por mês, por unidade.
▸ Ano modelo 2021 ou mais novo, registro em nome da empresa e vistoria compatível com o tipo de veículo — conformidade que se confere na entrada e se reconfe periodicamente.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha os quatro indicadores do quadro, que traduzem obrigações contratuais. A segunda acompanha os indicadores internos que explicam os primeiros: tempo entre a solicitação e a autorização de saída, deslocamentos com pendência de destino registrada, consumo por unidade e por quilômetro percorrido, ocorrências de checklist por tipo de item e reincidência de avaria por unidade. A terceira acompanha a conformidade visual e documental da frota, cuja falha tende a aparecer devagar e a ser percebida tarde.

A análise é feita pela coordenação administrativa com o setor de transporte, o setor de custos e o Núcleo Interno de Regulação, e não isoladamente dentro do setor que executa o transporte. A razão é a mesma que organiza a seção de interfaces: dois dos indicadores internos dependem de decisões tomadas fora da frota — a confirmação do destino depende da regulação e a informação do perfil depende da assistência —, e medi-los em conjunto é o que impede que cada área conclua que o atraso foi da outra. Os achados que revelarem falha estrutural retornam às áreas de origem como pauta de melhoria, e não apenas como pendência individual.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

14.14 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria. A sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos administrativos, que fixa quem elabora, quem aprova, como se distribui e como se recolhe a cópia superada. A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração da regulação sanitária sobre tipos e especificação de unidades móveis, alteração da padronização visual orientada pela SEMUS/NI, mudança na composição contratada da frota, alteração da legislação de trânsito aplicável à condução de veículo de emergência, ou achado de conferência que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida, o que neste protocolo tem consequência particular: parte dos seus destinatários trabalha fora do prédio, e um checklist obsoleto circulando dentro de uma unidade móvel produz conferência que confere a relação errada. Por isso a atualização dos instrumentos embarcados acompanha a atualização do documento, e o treinamento sobre a versão vigente é registrado, com a aderência verificada nas próprias conferências de rotina.

A responsabilidade pela manutenção do protocolo é da coordenação administrativa, com validação da direção técnica quanto ao que toca a segurança do usuário durante o percurso e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar quanto aos parâmetros de limpeza, desinfecção e manejo de resíduo. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, inclusive do condutor, que é quem primeiro percebe o que o documento descreve mal; e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

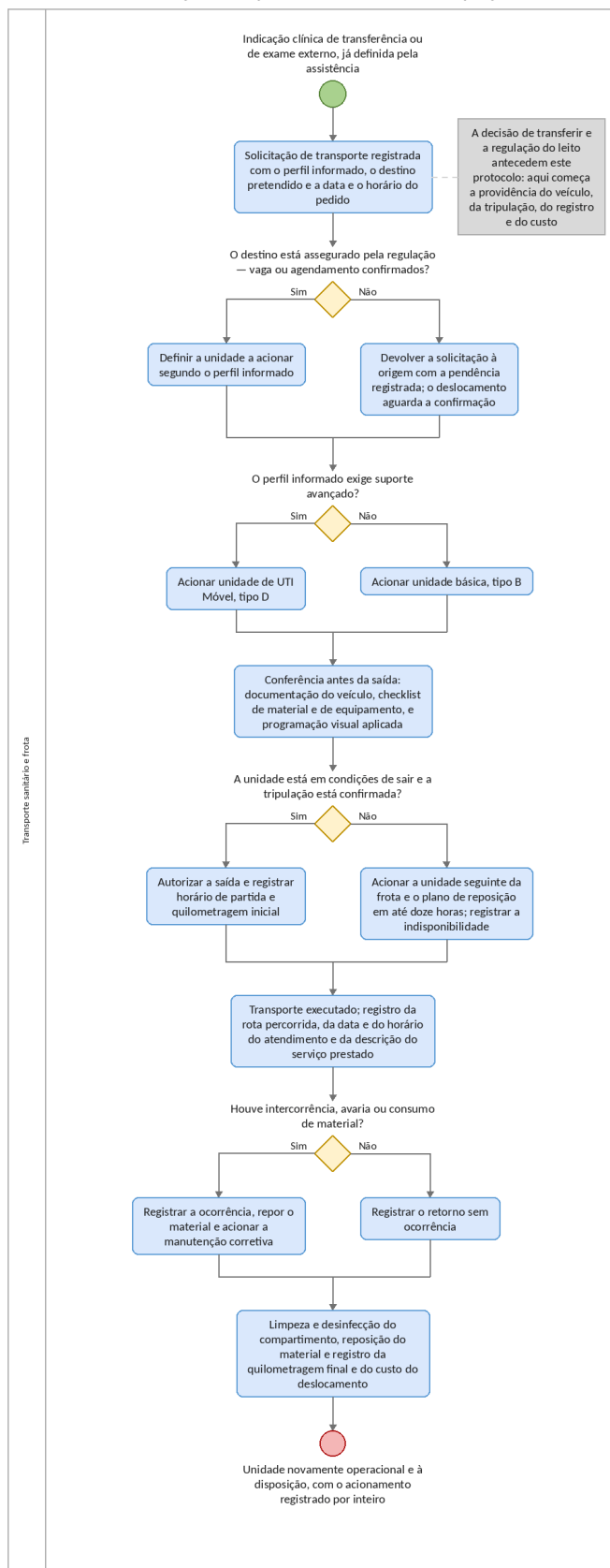
A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

14.15 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho da solicitação do transporte até o retorno da unidade à disposição, com as quatro bifurcações que efetivamente mudam o percurso: a confirmação do destino pela regulação, que decide entre acionar e devolver a solicitação; o perfil informado, que decide entre a unidade de suporte avançado e a unidade básica; a condição de saída da unidade e da tripulação, que aciona a unidade seguinte da frota e o plano de reposição; e a ocorrência no percurso, que separa o retorno simples daquele que exige reposição de material e manutenção corretiva.

Da solicitação do transporte ao retorno da unidade à disposição



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 12.13, 12.14.2, 12.35.16.1 e 12.35.22, caput e incisos I a III; Portaria GM/MS n.º 2.048/2002.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.7.8.2, 12.9.1, 12.13, 12.14.2, 12.17.1, 12.23.4, 12.30.3, 12.35.16.1, 12.35.21, 12.35.22 e 20.2.5, e Quadros 05 e 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, entre elas a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília, DF: Presidência da República, 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19503compilado.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, DF: ANVISA, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 32 — Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, DF: MTE. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadoras/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-32-nr-32>. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os cinco procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 14.15 e descreve o ciclo inteiro do transporte.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-TRA-01	Solicitação, autorização e registro do transporte	14.4
POP-TRA-02	Transferência inter-hospitalar: checklist, tripulação e documentação	14.5
POP-TRA-03	Conferência e reposição do material da ambulância	14.6
POP-TRA-04	Manutenção, abastecimento e controle de quilometragem	14.7
POP-TRA-05	Programação visual e conformidade da frota	14.8

Tabela 14.5 — Os cinco procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-TRA-01. Solicitação, autorização e registro do transporte

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TRA-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 14 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TRA-01.1 Quando usar

- › Sempre que houver necessidade de transporte inter-hospitalar por transferência do usuário ou por realização de exame em outra instituição.
- › Depois de definida a indicação clínica e assegurado o destino pelo Núcleo Interno de Regulação ou por outro mecanismo de regulação de usuários.
- › Antes do deslocamento, e não depois dele: o acionamento sem registro prévio impede a conferência do relatório de atividades da competência.

POP-TRA-01.2 Fundamento

Item 12.13 do termo de referência, que relaciona o transporte inter-hospitalar em caso de transferência ou exames em outras instituições, para usuários críticos, semicríticos e estáveis, entre os serviços que a contratada deve fornecer; item 12.14.2, quanto à vaga assegurada pela SEMUS/NI ou por outros mecanismos de regulação; item 12.35.16.1, quanto ao conteúdo obrigatório do relatório das atividades realizadas. Seção 14.4 do protocolo.

! O TRANSPORTE NÃO SE ACIONA SEM ESTES QUATRO ELEMENTOS

- › A indicação clínica registrada e o perfil com que o usuário viaja, informado pela equipe assistencial responsável.
- › O destino assegurado: a vaga ou o agendamento confirmados pelo Núcleo Interno de Regulação ou por outro mecanismo de regulação de usuários.
- › A identificação da unidade móvel que sairá, compatível com o perfil informado.
- › A abertura do registro do acionamento, com data e horário da solicitação.

! O TRANSPORTE NÃO SE ACIONA SEM ESTES QUATRO ELEMENTOS

› Faltando qualquer um deles, registra-se a pendência e devolve-se a solicitação à origem com a indicação do que falta; o deslocamento aguarda a regularização.

POP-TRA-01.3 Sequência de execução

1. Receber a solicitação de transporte da equipe assistencial responsável pelo usuário, com a indicação clínica já definida e o perfil informado.
2. Conferir se o destino está assegurado pelo Núcleo Interno de Regulação ou por outro mecanismo de regulação de usuários, e registrar a identificação da vaga ou do agendamento.
3. Registrar a solicitação com data e horário, unidade solicitante, identificação do usuário e destino.
4. Definir a unidade móvel a acionar segundo o perfil informado: unidade de suporte avançado, tipo D, ou unidade básica, tipo B.
5. Verificar a disponibilidade da unidade e, quando ela estiver empenhada em outro deslocamento, registrar a espera e acionar a unidade seguinte da frota.
6. Comunicar a escala do condutor e confirmar a composição da tripulação de saúde com a equipe assistencial responsável.
7. Acionar a conferência do veículo e do material antes da saída, conforme o POP-TRA-03.
8. Autorizar a saída e registrar o horário efetivo da partida e a quilometragem inicial.
9. Registrar, ao término, a rota percorrida, a data e o horário do atendimento, a identificação do usuário transportado, resguardados os dados sensíveis, e a descrição do serviço prestado.
10. Registrar a quilometragem final e encaminhar o registro ao consolidado da competência, que instrui o relatório de atividades e a apropriação do custo.
11. Havendo intercorrência no percurso, registrá-la com o horário em que ocorreu e a providência adotada, e comunicá-la à coordenação administrativa.

Campo	Fonte do dado	Consequência da ausência
Rota percorrida	Registro do condutor	Relatório de atividades incompleto
Data e horário do atendimento	Registro do acionamento e da partida	Impossibilidade de conferir a disponibilidade da frota
Identificação do usuário atendido	Solicitação da equipe assistencial	Perda do vínculo entre o deslocamento e o episódio de cuidado
Descrição do procedimento ou serviço prestado	Registro do condutor e da tripulação	Deslocamento sem objeto demonstrável na prestação de contas
Quilometragem inicial e final	Odômetro, anotado na saída e no retorno	Custo da frota sem base de rateio

Tabela POP-TRA-01.1 — Conteúdo do registro do acionamento, conforme o item 12.35.16.1 do termo de referência.

✓ O QUE SUSTENTA O ACIONAMENTO
› Destino assegurado antes da saída, com a identificação da vaga ou do agendamento registrada.
› Unidade compatível com o perfil informado pela equipe assistencial responsável.
› Registro aberto no momento da solicitação e completado no retorno, nunca reconstituído depois.
› Identificação do usuário registrada com o resguardo dos dados sensíveis exigido pela legislação vigente.

✗ O QUE COMPROMETE O ACIONAMENTO
› Deslocar sem confirmação do destino, o que expõe o usuário à recusa na chegada.
› Acionar unidade de perfil diverso do informado para ganhar tempo.
› Anotar rota, horário e quilometragem de memória ao fim do turno.
› Deixar a descrição do serviço prestado em branco por ser o deslocamento considerado rotineiro.

POP-TRA-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

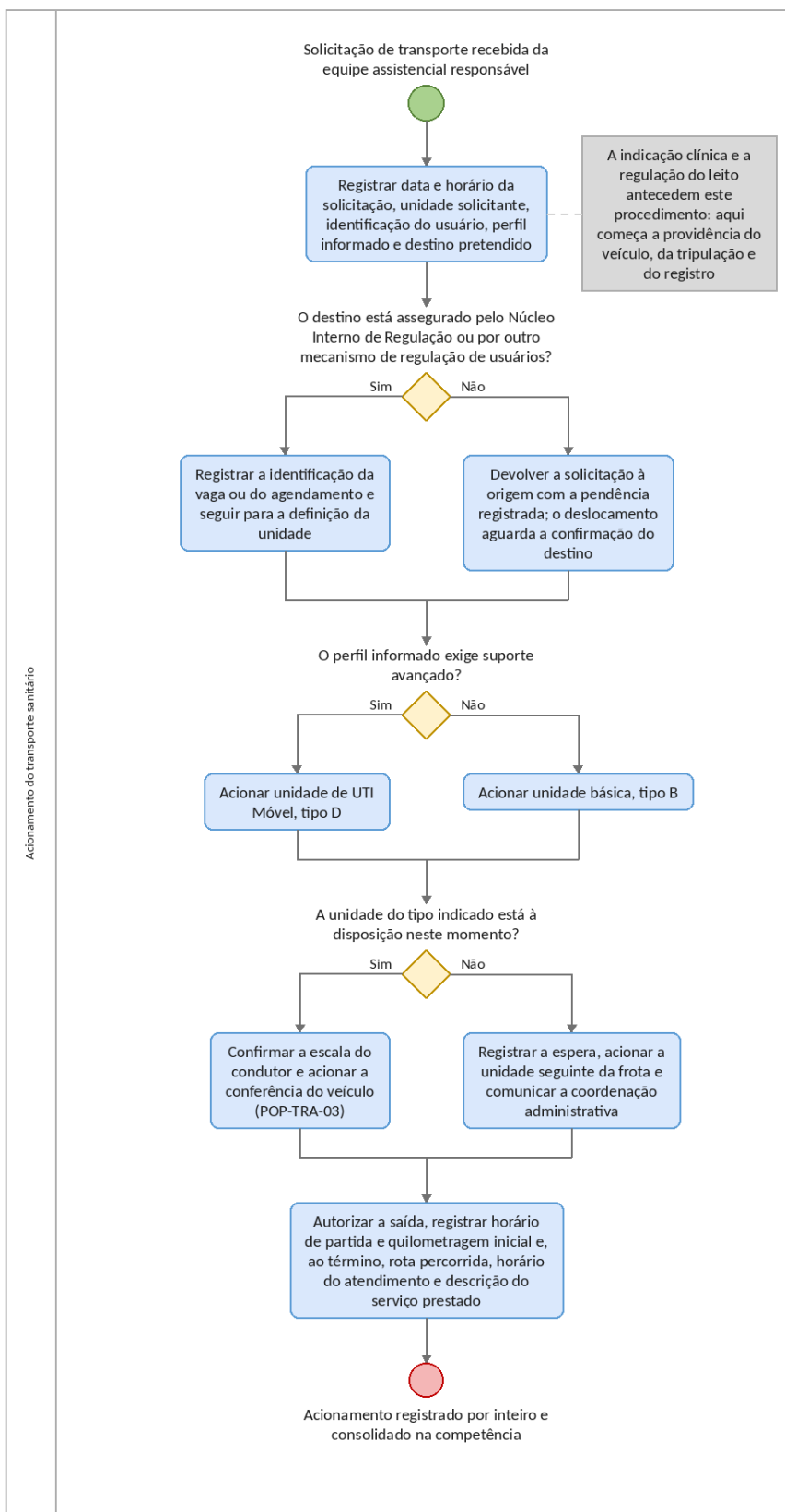
- › Solicitação e autorização do transporte, no sistema de gestão e na pasta da competência.
- › Registro do acionamento e da viagem, com rota, data, horário, identificação do usuário e descrição do serviço prestado.
- › Quilometragem inicial e final, anotada no momento da saída e do retorno.
- › Intercorrência do percurso e a providência adotada, quando houver.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A decisão clínica vem antes	Este procedimento começa com a indicação já definida e o destino assegurado.
Perfil define a unidade	Suporte avançado tipo D ou unidade básica tipo B, conforme o informado pela assistência.
O registro é do dispositivo	Rota, data e horário, identificação e descrição do serviço são exigência expressa.
Quilometragem na saída e no retorno	É o que liga o deslocamento ao custo da frota.
Dado sensível resguardado	A identificação do usuário observa a legislação de proteção de dados.

POP-TRA-01.5 Fluxograma

O fluxograma do acionamento tem três bifurcações que mudam o percurso: a confirmação do destino, sem a qual a solicitação volta à origem; o perfil informado, que decide entre a unidade de suporte avançado e a unidade básica; e a disponibilidade da unidade do tipo indicado, que aciona a seguinte da frota e transforma a espera em registro.

POP-TRA-01 — Solicitação, autorização e registro do transporte



POP-TRA-02. Transferência inter-hospitalar: checklist, tripulação e documentação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TRA-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 14 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TRA-02.1 Quando usar

- › Em toda transferência inter-hospitalar de usuário crítico, semicrítico ou estável.
- › No deslocamento para exame em outra instituição, na parte que toca ao veículo, à tripulação e à documentação.
- › Imediatamente antes da saída da unidade móvel, e no seu retorno.

POP-TRA-02.2 Fundamento

Item 12.13 do termo de referência, que exige ambulância apropriada, devidamente tripulada, equipada, com equipe treinada e programação visual da SEMUS/NI aplicada, conforme a Portaria MS/GM n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, ou posterior que regule o assunto; item 12.35.22, inciso II, quanto à tripulação da unidade contratada somente com o condutor, por compor a equipe de saúde do hospital a tripulação das viaturas. Seção 14.5 do protocolo.

! A UNIDADE SAI SOMENTE COM ESTAS CONDIÇÕES CONFERIDAS

- › Documentação do veículo em vias válidas: certificado de registro e licenciamento em nome da empresa e vistoria compatível com o tipo de veículo.
- › Equipamento e material da unidade conferidos, conforme a especificação da Portaria GM/MS n.º 2.048/2002 para o tipo acionado.
- › Programação visual da SEMUS/NI aplicada e íntegra, sem qualquer outra logomarca ou símbolo.
- › Condutor habilitado nos requisitos que o Código de Trânsito Brasileiro exige para a condução de veículo de emergência.
- › Composição da tripulação de saúde confirmada com a equipe assistencial responsável pelo usuário.

POP-TRA-02.3 Sequência de execução

1. Confirmar o tipo de unidade acionada — suporte avançado tipo D ou unidade básica tipo B — contra o perfil informado na solicitação.
2. Conferir a documentação do veículo e a validade da vistoria, e a existência das apólices exigidas pelo instrumento contratual.
3. Percorrer o checklist do veículo: condições de tráfego, iluminação, sinalização sonora e luminosa, climatização da cabine dianteira e do compartimento traseiro.
4. Percorrer o checklist do material e do equipamento da unidade, conforme o POP-TRA-03.
5. Conferir a programação visual aplicada e registrar qualquer dano ou desatualização, conforme o POP-TRA-05.
6. Confirmar a escala do condutor e a sua habilitação para a condução de veículo de emergência.
7. Confirmar com a equipe assistencial responsável a composição da tripulação de saúde que acompanhará o usuário e o momento do embarque.
8. Registrar a saída com data, horário e quilometragem inicial.
9. Conduzir o deslocamento com o uso do alarme sonoro e da iluminação vermelha intermitente restrito à efetiva prestação de serviço de urgência, na forma do Código de Trânsito Brasileiro.
10. No destino, registrar a chegada e a entrega do usuário à equipe receptora.
11. No retorno, acionar a limpeza e a desinfecção do compartimento e a reposição do material consumido, conforme o POP-TRA-03, e registrar a quilometragem final.
12. Encaminhar o checklist e o registro da viagem ao setor de transporte, que os consolida na competência.

Componente	De quem é	Fundamento
Condutor da unidade móvel	Da unidade contratada, que chega tripulada somente com o condutor	Item 12.35.22, inciso II
Equipe de saúde que acompanha o usuário	Do hospital, que compõe a tripulação das viaturas	Item 12.35.22, inciso II
Definição do perfil com que o usuário viaja	Da equipe assistencial responsável	Caderno assistencial de transporte inter-hospitalar
Equipamento e material da unidade	Da unidade contratada, equipada conforme a especificação federal	Item 12.35.22, inciso III
Programação visual do veículo	Padronização orientada pela SEMUS/NI	Itens 12.13 e 12.23.4, alínea j

Tabela POP-TRA-02.1 — Divisão da tripulação entre a unidade contratada e o hospital.

✓ O QUE ASSEGURA A TRANSFERÊNCIA

✓ O QUE ASSEGURA A TRANSFERÊNCIA

- › Checklist percorrido antes da saída, com o registro do que foi conferido.
- › Tipo de unidade compatível com o perfil informado, conferido antes do embarque.
- › Documentação do veículo em via válida a bordo durante todo o deslocamento.
- › Entrega do usuário à equipe receptora registrada com data e horário.

✗ O QUE NÃO SE FAZ NA TRANSFERÊNCIA

- › Sair com pendência de documentação do veículo na expectativa de regularizá-la depois.
- › Usar alarme sonoro e iluminação intermitente fora da efetiva prestação de serviço de urgência.
- › Substituir o tipo de unidade sem comunicar a equipe assistencial responsável e sem registrar a substituição.
- › Deixar o checklist para preenchimento posterior, quando já não se sabe o que se conferiu.

POP-TRA-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Checklist do veículo e da unidade, preenchido antes da saída e conferido no retorno.
- › Registro da saída, da chegada ao destino e do retorno, com data, horário e quilometragem.
- › Registro da entrega do usuário à equipe receptora.
- › Ocorrência de documentação, de equipamento ou de programação visual, quando houver.

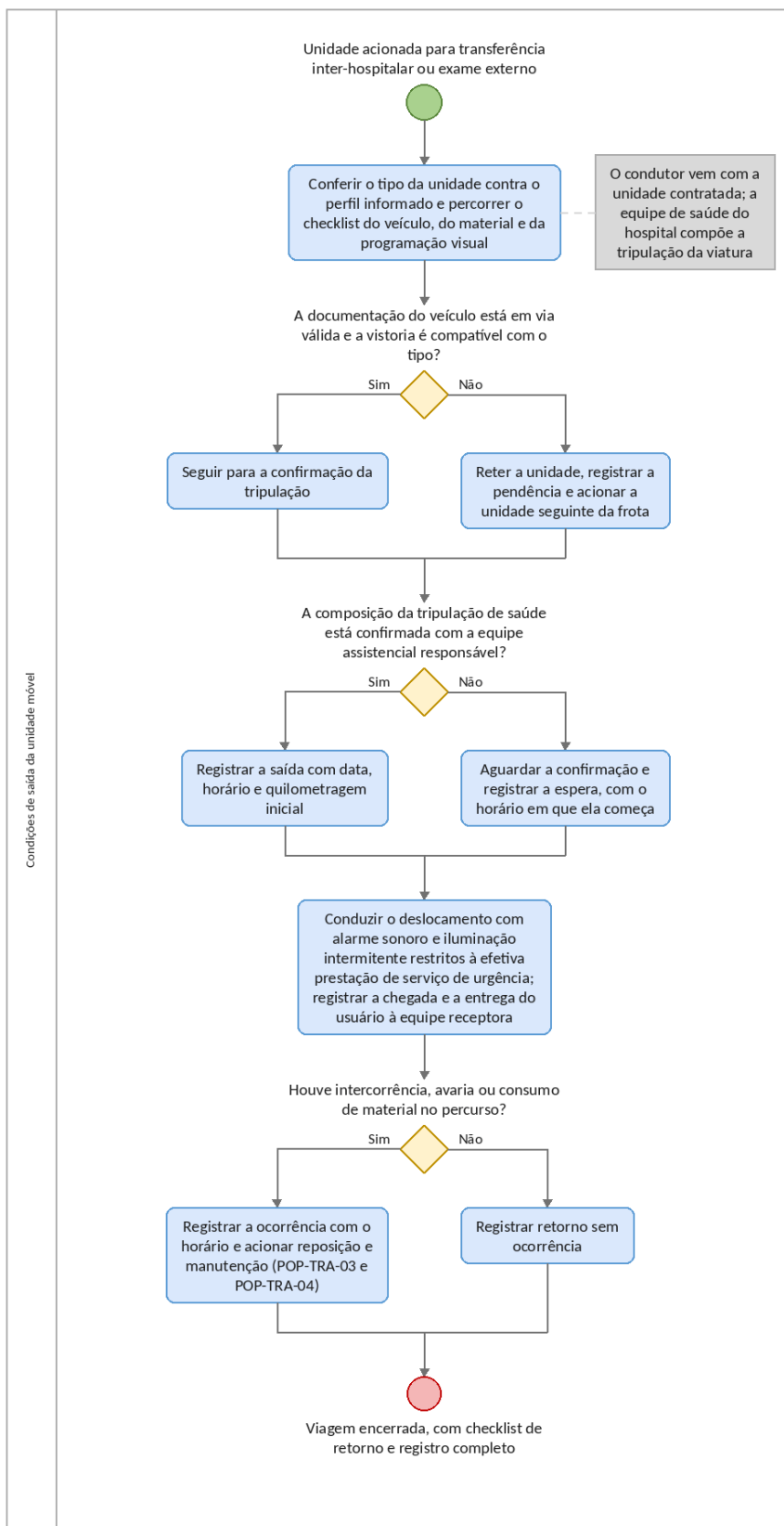
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Tripulação dividida	O condutor vem com a unidade contratada; a equipe de saúde é do hospital.
Equipamento é o da norma federal	A especificação segue a Portaria GM/MS n.º 2.048/2002.
Documentação viaja com o veículo	Registro, licenciamento e vistoria em via válida a bordo.
Sinalização tem hipótese própria	Alarme e iluminação intermitente na efetiva prestação de serviço de urgência.
Checklist antes, não depois	O que se preenche de memória não confere condição alguma.

POP-TRA-02.5 Fluxograma

O fluxograma da transferência mostra as duas travas que antecedem a saída — a validade da documentação do veículo e a confirmação da tripulação de saúde com a equipe assistencial — e a decisão do retorno, que separa a viagem sem ocorrência daquela que aciona reposição de material e manutenção.

POP-TRA-02 — Transferência inter-hospitalar: checklist, tripulação e documentação



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.13 e 12.35.22, inciso II; Portaria GM/MS n.º 2.048/2002; Código de Trânsito Brasileiro, art. 29, VII.

POP-TRA-03. Conferência e reposição do material da ambulância

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TRA-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 14 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TRA-03.1 Quando usar

- › Antes de cada saída da unidade móvel e no seu retorno.
- › Sempre que houver consumo de material, uso de equipamento ou intercorrência no percurso.
- › Na conferência periódica da frota, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar que cada unidade permaneça equipada conforme a especificação exigida.

POP-TRA-03.2 Fundamento

Item 12.35.22, inciso III, do termo de referência: as unidades precisam estar equipadas de acordo com a especificação segundo a Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, e devem estar operacionais e parqueadas e à disposição em tempo integral, com plano de reposição em até doze horas em caso de intercorrência. Item 8.7.8.2, quanto ao serviço de higiene, limpeza e desinfecção baseado no manual da ANVISA. Seção 14.6 do protocolo.

! O RETORNO À DISPOSIÇÃO DEPENDE DE QUATRO PONTOS FECHADOS

- › Material consumido repostado, item a item, na quantidade prevista para o tipo de unidade.
- › Equipamento testado quanto ao funcionamento e à carga, quando dele dependa.
- › Compartimento de transporte limpo e desinfetado, com o produto e o método definidos com a comissão de controle de infecção.
- › Resíduo gerado no percurso segregado e encaminhado ao fluxo de resíduos de serviços de saúde da unidade.
- › Enquanto o fechamento não ocorre, a unidade permanece registrada como indisponível e aciona-se a unidade seguinte da frota.

POP-TRA-03.3 Sequência de execução

1. Percorrer o checklist do material e do equipamento da unidade antes da saída, conforme a relação própria do tipo de unidade acionada.
2. Registrar item em falta, com validade vencida ou com lacre rompido, e repor antes da saída.
3. Testar o funcionamento e a carga dos equipamentos que dela dependem, e registrar o resultado do teste.
4. Conferir a integridade dos cilindros e das linhas de gases medicinais da unidade e a sua fixação.
5. Autorizar a saída somente com o checklist fechado, ou registrar a pendência e acionar a unidade seguinte da frota.
6. No retorno, relacionar o material consumido e o equipamento utilizado no deslocamento.
7. Acionar a limpeza e a desinfecção do compartimento de transporte, com o produto e o método definidos com a comissão de controle de infecção, e registrar a execução.
8. Segregar o resíduo gerado no percurso e encaminhá-lo ao fluxo de resíduos de serviços de saúde da unidade.
9. Repor o material consumido junto à farmácia e ao almoxarifado, mediante requisição identificada pela unidade móvel.
10. Fechar o checklist de retorno e registrar o horário em que a unidade volta a ficar à disposição.
11. Havendo dano ou perda de equipamento, registrar a ocorrência e acionar a manutenção corretiva ou a substituição, conforme o POP-TRA-04.

Momento	O que se confere	Registro que gera
Antes da saída	Material, validade, lacre, equipamento e gases medicinais	Checklist de saída, com o horário da conferência
No destino	Entrega do usuário e material efetivamente utilizado	Anotação no registro da viagem
No retorno	Consumo, limpeza e desinfecção do compartimento e destino do resíduo	Checklist de retorno e registro da limpeza
Na reposição	Requisição atendida e recomposição da relação do tipo de unidade	Requisição identificada pela unidade móvel
Na conferência periódica	Integridade da relação de material de cada unidade da frota	Registro da conferência, com data e responsável

Tabela POP-TRA-03.1 — Momentos da conferência e o que cada um fecha.

✓ O QUE MANTÉM A UNIDADE APTA

- › Checklist percorrido item a item, e não por impressão de conjunto.

✓ O QUE MANTÉM A UNIDADE APTA

- › Reposição imediata do consumido, para que a unidade seguinte parta completa.
- › Limpeza e desinfecção do compartimento registradas, com produto e método definidos com a comissão de controle de infecção.
- › Resíduo do percurso segregado e encaminhado ao fluxo de resíduos de serviços de saúde.

✗ O QUE INVALIDA A CONFERÊNCIA

- › Assinar o checklist sem percorrer a relação, o que transforma o controle em formalidade.
- › Deixar a reposição para o próximo turno e devolver a unidade à disposição incompleta.
- › Descartar no resíduo comum o material gerado no transporte de usuário.
- › Adiar o registro de dano de equipamento, o que atrasa a manutenção e prolonga a indisponibilidade.

POP-TRA-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Checklist de saída e de retorno, com data, horário e responsável pela conferência.
- › Registro do material consumido e da requisição de reposição.
- › Registro da limpeza e da desinfecção do compartimento e do destino do resíduo.
- › Ocorrência de dano, perda ou falha de equipamento, com a providência adotada.

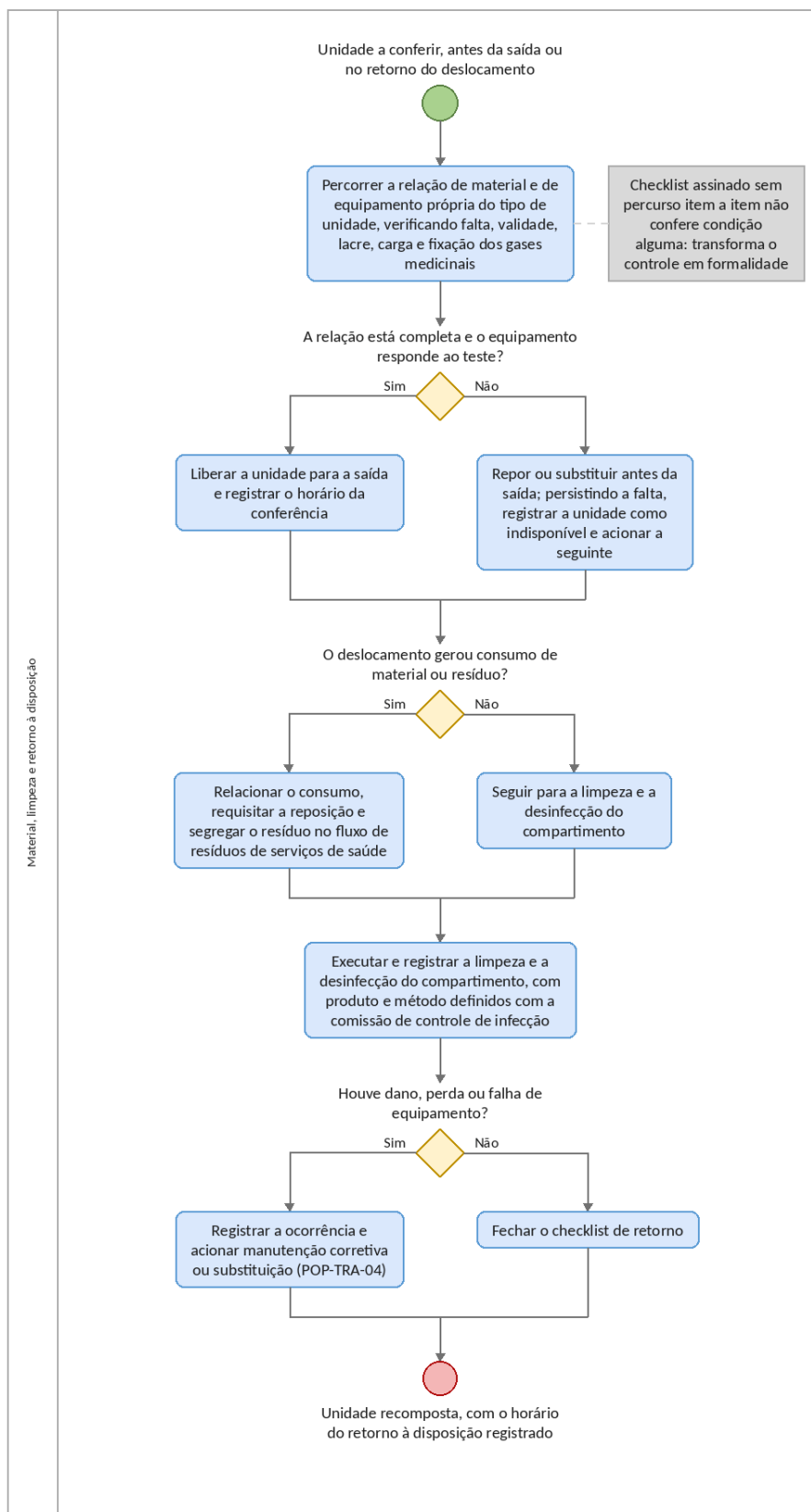
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Equipamento segue a norma federal	A relação de cada tipo de unidade vem da Portaria GM/MS n.º 2.048/2002.
Duas conferências por viagem	Uma antes da saída e outra no retorno, cada uma com registro próprio.
Reposição fecha o ciclo	A unidade volta à disposição quando o material está recomposto.
Limpeza tem método definido	Produto e técnica pactuados com a comissão de controle de infecção.
Resíduo tem fluxo próprio	O gerado no percurso entra no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

POP-TRA-03.5 Fluxograma

O fluxograma da conferência tem três decisões: a completude da relação de material, que retém a saída e pode tornar a unidade indisponível; a geração de consumo e de resíduo, que abre a requisição e o fluxo de resíduos de serviços de saúde; e a existência de dano de equipamento, que aciona a manutenção corretiva.

POP-TRA-03 — Conferência e reposição do material da ambulância



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.35.22, inciso III, e 8.7.8.2; Portaria GM/MS n.º 2.048/2002; RDC ANVISA n.º 222/2018.

POP-TRA-04. Manutenção, abastecimento e controle de quilometragem

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TRA-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 14 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TRA-04.1 Quando usar

- › Na rotina de manutenção preventiva e corretiva de cada unidade da frota.
- › Sempre que houver avaria, falha ou intercorrência que retire a unidade de operação.
- › A cada abastecimento e ao fechamento da competência, para a apropriação do custo.

POP-TRA-04.2 Fundamento

Item 12.35.22, inciso II, do termo de referência: os veículos devem ser regularmente submetidos a manutenções preventivas e corretivas, no mínimo uma vez por mês; inciso III, quanto ao plano de reposição em até doze horas em caso de intercorrência. Item 12.35.21, quanto à responsabilidade integral da contratada pelo desempenho, inclusive por serviços subcontratados. Item 20.2.5 e Quadro 05, quanto à planilha de despesas de custeio. Seção 14.7 do protocolo.

! A INDISPONIBILIDADE TEM PRAZO E TEM PLANO

- › Intercorrência que retire a unidade de operação aciona o plano de reposição em até doze horas, na forma do inciso III do item 12.35.22.
- › A manutenção preventiva e a corretiva são exigidas no mínimo uma vez por mês, na redação do inciso II do mesmo item.
- › A execução por prestador contratado preserva integralmente a responsabilidade da organização pelo desempenho do serviço.
- › O horário da retirada de operação e o do retorno à disposição são registrados no momento em que ocorrem, porque deles depende a apuração da disponibilidade da frota.

POP-TRA-04.3 Sequência de execução

1. Manter o calendário de manutenção preventiva de cada unidade da frota e acompanhar a sua execução pelo prestador.
2. Receber o comprovante da manutenção executada, conferir o seu conteúdo contra o serviço contratado e arquivá-lo na pasta da frota.
3. Registrar a retirada da unidade de operação, com data e horário, sempre que a manutenção ou a avaria a exigir.
4. Acionar o plano de reposição em até doze horas quando a intercorrência comprometer a disponibilidade da unidade.
5. Registrar o retorno da unidade à disposição, com data, horário e quilometragem.
6. Registrar cada abastecimento com data, quilometragem do odômetro, volume e valor, e reter o documento fiscal correspondente.
7. Apurar o consumo por unidade e por período e verificar variação sem explicação de rota ou de carga, investigando a causa antes do fechamento.
8. Consolidar a quilometragem percorrida por unidade na competência, a partir dos registros de viagem.
9. Apropriar o custo do período na rubrica própria da planilha de despesas de custeio, com os comprovantes que a instruem.
10. Conferir a vigência da documentação do veículo e das apólices e comunicar à coordenação administrativa aquelas em vias de vencer.
11. Levar à análise periódica a série de indisponibilidade, de manutenção corretiva e de consumo por unidade, com a finalidade de distinguir o defeito pontual do desgaste estrutural.

Controle	Fonte do dado	O que sustenta
Manutenção preventiva e corretiva	Comprovante do prestador, conferido no recebimento	Exigência do inciso II do item 12.35.22
Disponibilidade da unidade	Registro de retirada de operação e de retorno	Exigência de disposição em tempo integral e do plano de reposição
Abastecimento	Documento fiscal e leitura do odômetro no ato	Consumo por unidade e apropriação do custo
Quilometragem	Registro de viagem, com leitura na saída e no retorno	Rateio do custo e conferência do consumo
Documentação e apólices	Vias arquivadas na pasta da frota	Conformidade documental exigida no inciso I do item 12.35.22

Tabela POP-TRA-04.1 — Controles da frota, a sua fonte e o que cada um sustenta.

✓ O QUE MANTÉM A FROTA EM CONDIÇÃO

✓ O QUE MANTÉM A FROTA EM CONDIÇÃO

- › Comprovante de manutenção conferido no recebimento, e não apenas arquivado.
- › Odômetro lido no ato do abastecimento, o que torna o consumo verificável.
- › Retirada e retorno de operação registrados no momento, porque deles sai a disponibilidade.
- › Documentação e apólices acompanhadas pela vigência, com comunicação antecipada do vencimento.

✗ O QUE COMPROMETE O CONTROLE

- › Aceitar comprovante genérico que não identifique a unidade e o serviço executado.
- › Registrar abastecimento sem a leitura do odômetro, o que torna o consumo inapurável.
- › Deixar a unidade fora de operação sem registrar o horário e sem acionar a reposição.
- › Tratar avaria recorrente como evento isolado, o que impede identificar o desgaste estrutural.

POP-TRA-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Ordem e comprovante de manutenção preventiva e corretiva, na pasta da frota.
- › Registro de retirada de operação e de retorno à disposição, com data e horário.
- › Controle de abastecimento e de quilometragem, com os documentos fiscais.
- › Apropriação do custo na planilha de despesas de custeio da competência.

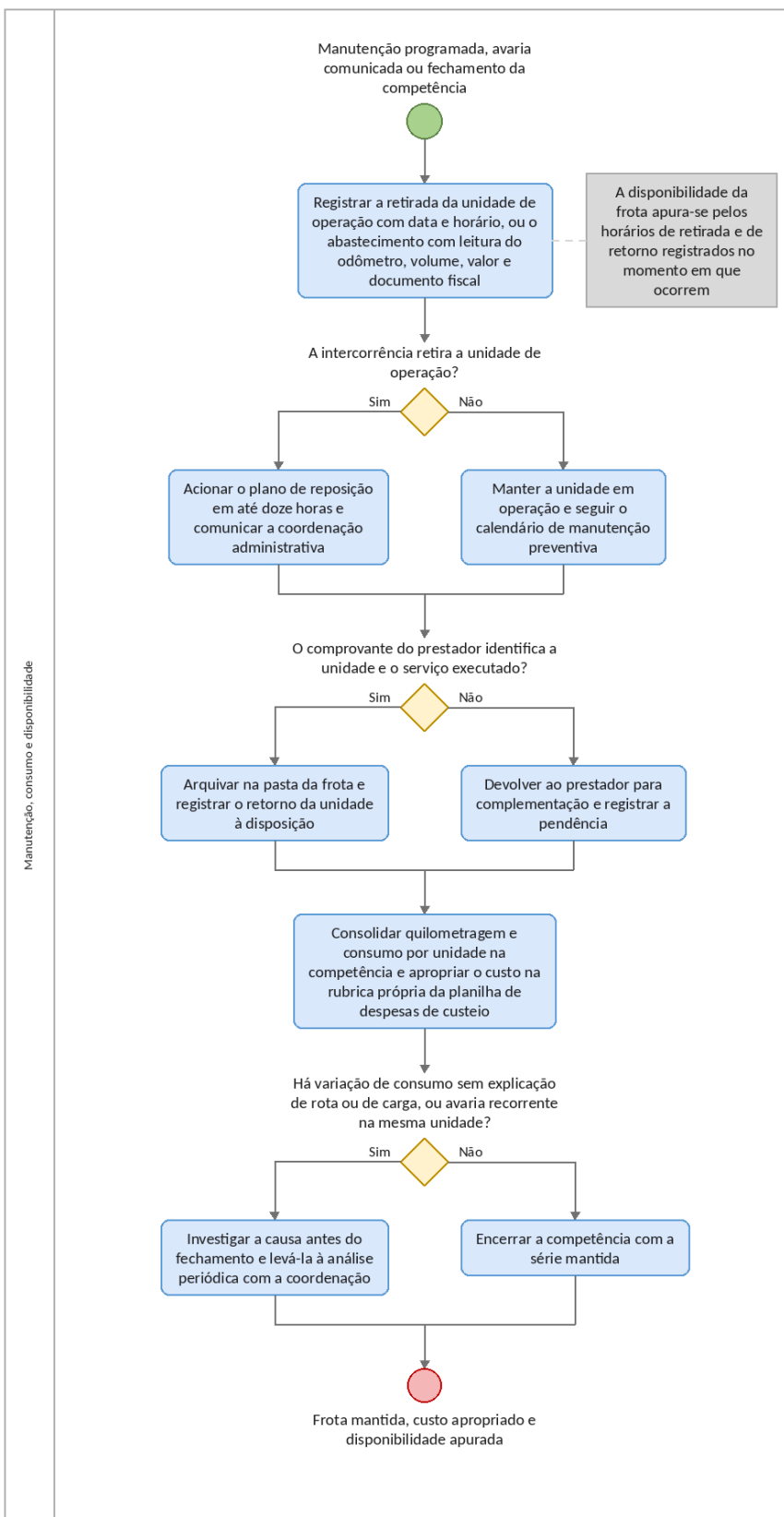
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Manutenção tem periodicidade da fonte	No mínimo uma vez por mês, na redação do inciso II.
Reposição tem prazo da fonte	Até doze horas em caso de intercorrência, na redação do inciso III.
Subcontratar não transfere responsabilidade	O desempenho responde integralmente à organização.
Odômetro é a base do custo	Sem leitura no ato, o consumo deixa de ser verificável.
A série revela a causa	Avaria recorrente distingue o defeito pontual do desgaste estrutural.

POP-TRA-04.5 Fluxograma

O fluxograma da manutenção separa o que retira a unidade de operação — e aciona o plano de reposição em até doze horas — do que segue no calendário preventivo, e mostra as duas conferências que fecham a competência: a do comprovante que identifica unidade e serviço, e a da variação de consumo ou da avaria recorrente.

POP-TRA-04 — Manutenção, abastecimento e controle de quilometragem



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.35.22, incisos II e III; itens 12.35.21 e 20.2.5, Quadro 05.

POP-TRA-05. Programação visual e conformidade da frota

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-TRA-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 14 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-TRA-05.1 Quando usar

- › Na entrada de cada unidade móvel em operação e na sua substituição.
- › Sempre que a programação visual apresentar dano, desgaste ou desatualização.
- › Na conferência periódica de conformidade documental da frota, em rotina definida pelo serviço.

POP-TRA-05.2 Fundamento

Item 12.13 do termo de referência, que exige ambulância com programação visual da SEMUS/NI aplicada; item 12.23.4, alíneas i e j, que determinam a adoção do símbolo e do nome designativo da unidade e a padronização orientada pela SEMUS/NI, vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido; item 12.35.22, inciso I, quanto ao registro dos veículos em nome da empresa e à vistoria compatível com o tipo de veículo. Seção 14.8 do protocolo.

! A CONFORMIDADE DA UNIDADE TEM DUAS FACES QUE SE CONFEREM JUNTAS

- › A face visual: programação da SEMUS/NI aplicada e íntegra, vedada a colocação de qualquer outra logomarca ou símbolo.
- › A face documental: registro e licenciamento em nome da empresa, ano modelo compatível com o exigido e vistoria compatível com o tipo de veículo.
- › As dimensões mínimas de altura, comprimento e largura entre-eixos especificadas no inciso I do item 12.35.22.

! A CONFORMIDADE DA UNIDADE TEM DUAS FACES QUE SE CONFEREM JUNTAS

- › As apólices exigidas no caput do mesmo item, inclusive a de acidentes extensiva à tripulação e ao paciente.
- › A unidade cuja conferência apontar divergência é registrada como pendente e a divergência segue à coordenação administrativa com a providência proposta.

POP-TRA-05.3 Sequência de execução

1. Conferir, na entrada da unidade em operação, a aplicação da programação visual orientada pela SEMUS/NI em todas as faces do veículo.
2. Verificar a ausência de qualquer logomarca ou símbolo diverso do estabelecido pela SEMUS/NI.
3. Conferir o certificado de registro e licenciamento, o ano modelo e a titularidade do registro em nome da empresa.
4. Conferir a vistoria e a sua compatibilidade com o tipo de veículo.
5. Conferir as dimensões do veículo contra as mínimas especificadas no instrumento contratual.
6. Conferir a existência e a vigência das apólices exigidas, inclusive a de acidentes extensiva à tripulação e ao paciente.
7. Registrar a conferência com data, responsável e resultado, unidade a unidade.
8. Havendo dano, desgaste ou desatualização da programação visual, registrar a ocorrência e acionar a recomposição junto ao prestador da frota.
9. Havendo divergência documental, registrar a pendência, comunicá-la à coordenação administrativa e acompanhar a regularização.
10. Reconferir a unidade após a recomposição ou a regularização e registrar o fechamento da pendência.
11. Consolidar o resultado das conferências da competência e levá-lo à análise periódica com a coordenação administrativa.

Item conferido	Exigência	Dispositivo
Programação visual	Padrão da SEMUS/NI aplicado, vedada logomarca ou símbolo diverso	Itens 12.13 e 12.23.4, alíneas i e j
Titularidade e licenciamento	Documentos registrados em nome da empresa	Item 12.35.22, inciso I
Ano modelo	Ano modelo 2021 ou mais novo	Item 12.35.22, inciso I
Vistoria	Vistoria compatível com o tipo de veículo	Item 12.35.22, inciso I
Dimensões	Altura, comprimento e largura entre-eixos mínimos especificados	Item 12.35.22, inciso I

Item conferido	Exigência	Dispositivo
Seguros	Coberturas enumeradas, inclusive acidentes extensivos à tripulação e ao paciente	Item 12.35.22, caput

Tabela POP-TRA-05.1 — Itens de conformidade da unidade e o dispositivo que os exige.

✓ O QUE DEMONSTRA CONFORMIDADE
› Conferência registrada unidade a unidade, com data e responsável.
› Programação visual recomposta assim que o dano é identificado.
› Vias da documentação e das apólices arquivadas e acompanhadas pela vigência.
› Pendência registrada com providência proposta e reconferência após a regularização.

✗ O QUE DESCARACTERIZA A UNIDADE
› Aplicar logomarca ou símbolo diverso do estabelecido pela SEMUS/NI.
› Manter em operação unidade com programação visual danificada, o que dificulta a identificação do serviço público prestado.
› Registrar a conferência em bloco, sem identificar a unidade a que se refere.
› Encerrar a pendência sem reconferir a unidade depois da regularização.

POP-TRA-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

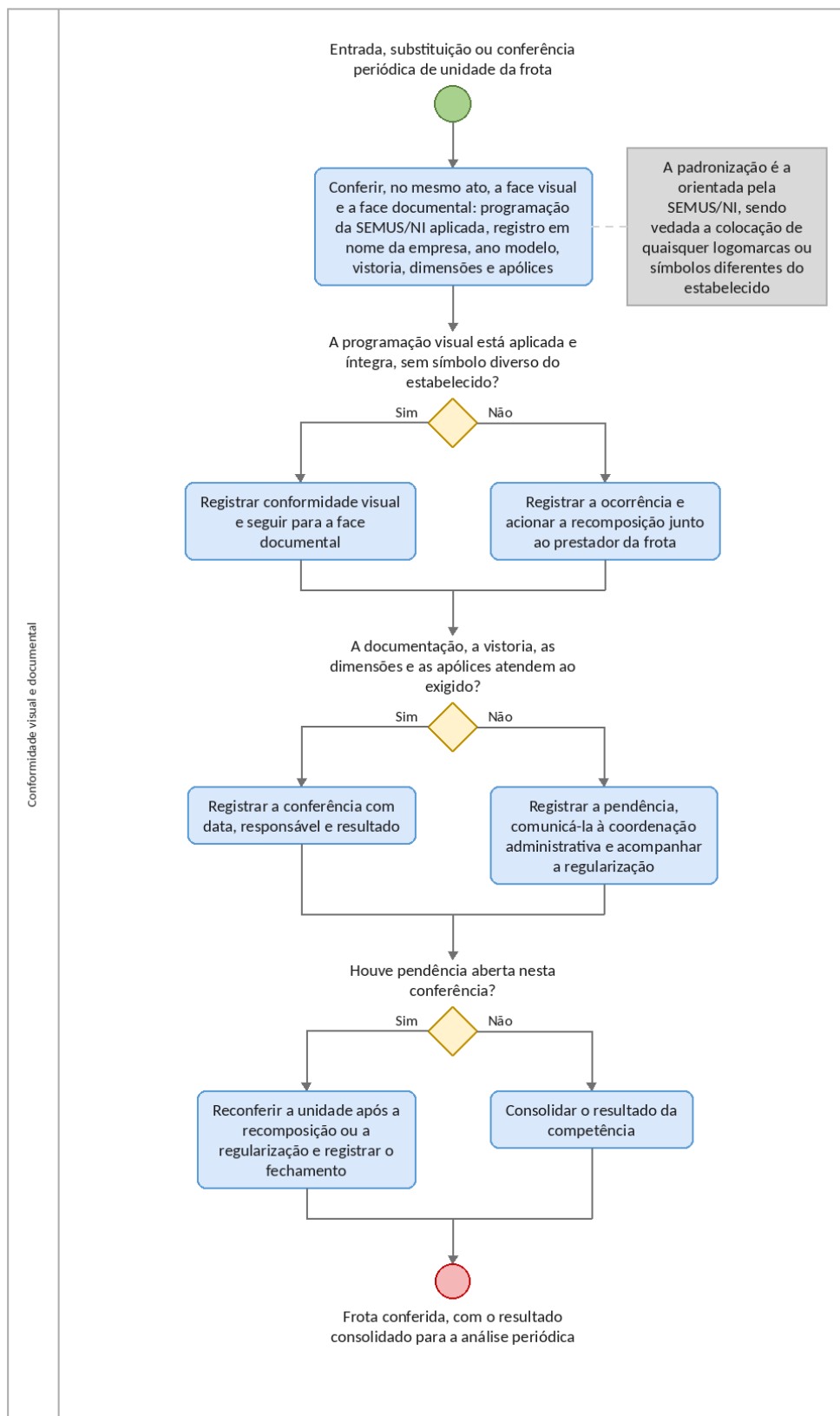
- › Registro da conferência de conformidade, unidade a unidade, com data e responsável.
- › Ocorrência de dano ou desatualização da programação visual e a recomposição realizada.
- › Pendência documental registrada, comunicada e acompanhada até a regularização.
- › Consolidado das conferências da competência, para a análise periódica.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Padronização é a da SEMUS/NI	A colocação de logomarca ou símbolo diverso é vedada.
Conformidade é visual e documental	As duas faces conferem-se no mesmo ato.
Registro em nome da empresa	Titularidade e licenciamento são exigência expressa.
Vistoria compatível com o tipo	A compatibilidade é conferida, e não presumida.
Pendência fecha com reconferência	A regularização registrada sem nova conferência não encerra o achado.

POP-TRA-05.5 Fluxograma

O fluxograma da conformidade percorre as duas faces que se conferem no mesmo ato, a visual e a documental, e termina na decisão que impede o achado de se perder: aberta a pendência, a unidade só se dá por conforme depois de reconferida.

POP-TRA-05 — Programação visual e conformidade da frota



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.13, 12.23.4, alíneas i e j, e 12.35.22, caput e inciso I.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, DF: ANVISA, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília, DF: Presidência da República, 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19503compilado.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, entre elas a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Governança dos Protocolos e dos Procedimentos

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

15.1 Âmbito e finalidade.....	853
15.2 Base normativa.....	855
15.3 A arquitetura documental: protocolo, procedimento operacional e instrução de trabalho	856
15.4 Elaboração, codificação e aprovação	857
15.5 Controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta	858
15.6 Revisão periódica e revisão extraordinária	859
15.7 Treinamento e comprovação de conhecimento	859
15.8 Auditoria de aderência	860
15.9 Tratamento da não conformidade.....	861
15.10 Atribuições e responsabilidades das equipes	862
15.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	863
15.12 Indicadores e monitoramento	864
15.13 Fluxograma	865

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	870
POP-QUA-01 Elaboração, codificação e aprovação de protocolo e de POP	871
POP-QUA-02 Controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta.....	876
POP-QUA-03 Revisão periódica e revisão extraordinária.....	880
POP-QUA-04 Treinamento e comprovação de conhecimento	885
POP-QUA-05 Auditoria de aderência e tratamento de não conformidade	890
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	895

Protocolo 15. Governança dos Protocolos e dos Procedimentos

15.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como nascem, são validados, aprovados, codificados, distribuídos, treinados, auditados e revistos os documentos normativos internos do hospital. Ele governa dois conjuntos, e convém dizê-lo de saída: os protocolos assistenciais, reunidos nos quinze cadernos elaborados para a execução do objeto contratado, e os quinze protocolos administrativos, dos quais este é o último. Um e outro se submetem às mesmas regras de elaboração, codificação, aprovação, controle de versão, distribuição, treinamento, auditoria de aderência e revisão. É por isso que os demais documentos do conjunto remetem a este quando declaram que a sua elaboração, codificação e aprovação seguem o protocolo de governança dos protocolos: ele é o dispositivo comum de que todos herdam a regra.

A finalidade é simples de enunciar e exigente de cumprir: fazer com que o documento escrito produza conduta uniforme. Um protocolo que ninguém localiza na versão correta, que ninguém treinou e cuja aderência ninguém verifica é peça de arquivo, não instrumento de padronização. O termo de referência afirma exatamente isso ao descrever, entre as atividades de implantação dos dois primeiros meses do contrato, o procedimento operacional padrão como o instrumento destinado a garantir a qualidade para manter os processos livres de falhas por meio da padronização das normas e rotinas assistenciais, conforme o Quadro 14. A padronização é o meio; a qualidade e a ausência de falha são o fim declarado pelo próprio instrumento contratual.

Este protocolo compõe peça própria e responde ao item C.2.7 do roteiro de elaboração da proposta técnica, que é o Anexo VII do edital, e não ao item C.2.4, ao qual respondem os catorze protocolos administrativos que o precedem. O item C.2.7 tem a seguinte redação: descrição detalhada das características e estratégias de implementação de ações voltadas à qualidade, com pontuação máxima de meio ponto. Ele exige que a organização social apresente descrição detalhada das estratégias institucionais destinadas à promoção, implantação e monitoramento de ações voltadas à qualidade assistencial e à melhoria contínua dos serviços de saúde, demonstrando como as organizará e implementará, consideradas as especificidades de cada serviço, e assegurando padronização de processos, segurança assistencial e eficiência operacional. E fecha determinando que a proposta evidencie planejamento estruturado, mecanismos de monitoramento, definição de responsabilidades e integração entre as áreas assistenciais e administrativas.

É a essa exigência que este protocolo responde, e responde no ponto em que ela é mais difícil de demonstrar: a padronização de processos e o mecanismo que a mantém viva. O item nomeia ainda seis estruturas cujas ações de qualidade devem ser descritas — a Comissão de Ética, o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, a Comissão de Revisão de Prontuários, os serviços de Recepção e Agendamento, as ações de Vigilância em Saúde voltadas à segurança do paciente e dos profissionais, e o Acolhimento com Classificação de Risco. Cada uma delas tem tratamento próprio na proposta técnica, e este protocolo não as substitui. O que ele faz é submeter os documentos de todas elas à mesma governança, de modo que a qualidade descrita em cada

estrutura seja verificável no documento que a rege, na versão que efetivamente circula e no registro do treinamento e da auditoria que sobre ele incidiram.

Estrutura nomeada no item C.2.7	Documento que ela mantém sob esta governança	Instância correspondente no termo de referência
Comissão de Ética	Regimento interno e rotinas de apuração e de parecer	Item 12.14.3, alíneas d e e, e Quadro 14
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico	Rotinas de guarda, empréstimo, digitalização e devolução do prontuário	Itens 8.7.17.1 e 12.14.3, alínea p
Comissão de Revisão de Prontuários	Rotina de revisão e o instrumento de avaliação da qualidade do registro	Item 12.14.3, alínea h, e item 12.35.4.1
Recepção e Agendamento	Procedimentos de acolhimento administrativo, cadastro e agendamento	Itens 8.7.5.2 e 12.17.4
Vigilância em Saúde e segurança do paciente	Plano de Segurança do Paciente e protocolos básicos de segurança	Itens 12.15.2, 12.16.1 e 12.19.1
Acolhimento com Classificação de Risco	Protocolo assistencial de classificação e os seus tempos de resposta	Itens 8.5.2 e 8.7.7 do termo de referência

Tabela 15.1 — As seis estruturas nomeadas pelo item C.2.7 do Anexo VII e o documento que cada uma mantém sob a governança deste protocolo.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de governança dos protocolos e dos procedimentos observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado.

O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

15.2 Base normativa

O protocolo se apoia em três camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que determina implantar os documentos, define quem os valida e submete parte deles à aprovação da Secretaria. A segunda é a da norma sanitária, que fixa o mínimo legal quanto à existência, à atualização, à acessibilidade dos documentos e à capacitação sobre eles. A terceira é a do instrumento de avaliação da proposta, que descreve o que a Comissão de Seleção espera encontrar demonstrado.

Na camada contratual, cinco conjuntos de dispositivos sustentam o processo. O item 12.14.6 determina implantar diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos desde o início das atividades; a sua alínea a determina revisá-los e ajustá-los, após a implantação, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional; e a sua alínea b estabelece que as rotinas técnicas e assistenciais deverão ter aprovação pela correspondente área técnica da SEMUS/NI, em documento firmado por ambas as partes, cabendo a decisão final à Secretaria. O Quadro 14 relaciona o procedimento operacional padrão entre as atividades de implantação dos dois primeiros meses do contrato e nomeia a sua finalidade. O item 12.14.3 lista as instâncias obrigatórias que a contratada deve manter, entre elas o Núcleo da Qualidade, o Núcleo de Segurança do Paciente, o Núcleo de Educação Permanente, a Comissão de Revisão de Prontuários e a Comissão de Documentação Médica e Estatística; e o item 12.14.4 exige que cada comissão tenha responsável técnico de nível superior. O item 8.7.3.1, inciso IX, atribui expressamente ao Serviço Social participar do planejamento e da elaboração das normas e rotinas da unidade, o que confirma que a elaboração é multiprofissional por desenho contratual, e não por conveniência interna.

Na camada sanitária, a Resolução da Diretoria Colegiada n.º 63, de 2011, dá o mínimo legal. O seu artigo 51 determina que o serviço de saúde disponha de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho, em local de fácil acesso a toda a equipe — três exigências numa só frase: existência escrita, atualização e acessibilidade. O seu artigo 32 determina promover a capacitação dos profissionais antes do início das atividades e de forma permanente, com registro que contenha data, horário, carga horária, conteúdo, nome e formação do instrutor e dos trabalhadores; e o artigo 31 exige manter disponíveis os registros de formação e qualificação compatíveis com as funções desempenhadas. Somam-se a essa camada a Resolução da Diretoria Colegiada n.º 36, de 2013, que o próprio item 12.19.1 do termo de referência invoca ao exigir o Núcleo de Segurança do Paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a resolução do Conselho Federal de Medicina que torna obrigatória a comissão de revisão de prontuários.

Na camada do instrumento de avaliação, o Anexo VII do edital, no item C.2.7, exige descrição detalhada das estratégias de promoção, implantação e monitoramento de ações voltadas à

qualidade, com padronização de processos, e determina que a proposta evidencie planejamento estruturado, mecanismos de monitoramento, definição de responsabilidades e integração entre as áreas assistenciais e administrativas. A faixa intermediária de pontuação do item pune descrição genérica, ausência de detalhamento relevante e lacunas na definição de responsabilidades — o que explica por que as seções de atribuições, de registros, de auditoria de aderência e de indicadores são, neste protocolo, as mais extensas.

Duas precisões merecem registro expresso, porque a sua ausência produziria citação frágil. A primeira: o termo de referência determina implantar e revisar os documentos e nomeia os eventos que abrem a revisão, mas não fixa periodicidade de revisão nem padrão de codificação. Por isso este protocolo enuncia a revisão como periódica, em rotina definida pelo serviço, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique, e trata a estrutura do código como organização do trabalho adotada pelo serviço, com a finalidade declarada de rastreabilidade — e não como obrigação que o instrumento contratual imponha. A segunda: o prazo de guarda de cinco anos tem origem certa e alcance certo. O item 12.30.3 determina arquivar, pelo prazo de cinco anos após o término do contrato de gestão, os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização na entrega mensal da prestação de contas. Fora desse alcance, os registros deste protocolo observam o prazo aplicável a cada documento, sem que aqui se institua prazo mais extenso do que o exigível.

15.3 A arquitetura documental: protocolo, procedimento operacional e instrução de trabalho

O termo de referência nomeia, no item 12.14.6, quatro espécies documentais: diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos. A instituição as organiza em três níveis hierárquicos, e a distinção não é acadêmica: ela decide quem elabora, quem valida, quem aprova e em que forma o texto se escreve. Documento cuja espécie não foi definida antes da redação costuma sair híbrido — regra demais para servir de roteiro de execução e detalhe demais para sustentar a decisão institucional — e é o que mais frequentemente termina sem aprovador claro.

O protocolo estabelece a regra. Ele diz o que a instituição adota como padrão, com que fundamento normativo, quem responde por quê, como o processo se organiza da entrada à saída, o que se mede e o que se faz quando falha. É documento discursivo e fundamentado, escrito para quem precisa decidir e para quem precisa verificar. Abrange tanto os protocolos assistenciais, que estabelecem conduta diante de uma condição clínica ou de uma linha de cuidado, quanto os protocolos administrativos, que estabelecem a regra de um processo de gestão. Nas duas famílias, o protocolo é o nível que responde à pergunta sobre o que vale e por quê.

O procedimento operacional padrão executa a regra. Ele descreve uma tarefa em passos numerados, na ordem em que se cumprem, dizendo quem faz, com o quê, o que registra e o que fazer quando o percurso encontra obstáculo. É documento imperativo e curto, escrito para quem está prestes a executar. Um protocolo pode fundamentar vários procedimentos, e é o que ocorre neste conjunto: cada protocolo administrativo encerra na parte final com os procedimentos que executam as suas seções. A relação entre os dois níveis é declarada no próprio procedimento, que indica a seção do protocolo de que decorre.

A instrução de trabalho detalha a operação. Ela descreve como se opera um equipamento, como se preenche um campo de sistema, como se monta um dispositivo ou como se executa uma etapa específica dentro de um passo do procedimento. É o nível mais próximo da mão que executa e o que muda com mais frequência, porque acompanha a versão do equipamento e do sistema. Manter a instrução de trabalho separada do procedimento tem uma razão prática: a troca de um equipamento altera a instrução e deixa intactos o procedimento e o protocolo, o que evita reabrir a validação técnica e a aprovação de um texto cuja regra não mudou.

O critério para decidir a espécie é o tipo de pergunta que o documento responde. Se a pergunta é o que vale e por quê, é protocolo. Se é como se faz, na ordem em que se faz, é procedimento operacional padrão. Se é como se opera aquilo com que se faz, é instrução de trabalho. Uma mesma matéria pode ter documento em mais de um nível, e é frequente que tenha; o que não se admite é a mesma matéria ter dois documentos do mesmo nível em vigor ao mesmo tempo, porque aí a padronização se converte no seu contrário.

15.4 Elaboração, codificação e aprovação

A elaboração começa com o registro da demanda, que nomeia o processo de trabalho a padronizar, a área que propõe e o motivo — norma nova, tecnologia incorporada, serviço implantado, achado de auditoria ou variação de conduta observada entre turnos. Registrar a demanda tem duas utilidades: evita que a mesma matéria seja tratada simultaneamente por duas áreas e preserva a razão pela qual o documento nasceu, que é a primeira coisa a reexaminar quando ele for revisto. Antes de qualquer redação, consulta-se a lista mestra: havendo documento vigente sobre a matéria, a demanda é tratada como revisão, e não como documento novo.

O texto é redigido pela função técnica da área que executa o processo, e com ela. O termo de referência trata a elaboração como atribuição de linha, e não de assessoria: ao descrever as atribuições do coordenador médico intensivista, determina planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos e elaborar e revisar normas e rotinas técnicas; e ao descrever as do Serviço Social, no item 8.7.3.1, inciso IX, determina participar do planejamento e da elaboração das normas e rotinas da unidade. Escrever com quem executa não é cortesia participativa: texto redigido longe da tarefa descreve o processo que se imagina, e a distância entre o texto e a prática aparece depois como aderência baixa que ninguém consegue explicar.

A validação técnica cabe à instância competente segundo a matéria, entre as previstas no item 12.14.3 do termo de referência, cada uma com responsável técnico de nível superior na forma do item 12.14.4. Documento de segurança do paciente passa pelo Núcleo de Segurança do Paciente; de registro em prontuário, pela Comissão de Revisão de Prontuários e pela Comissão de Documentação Médica e Estatística; de controle de infecção, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; de medicamento, pela Comissão de Farmácia e Terapêutica; e assim por diante. A validação é registrada em ata ou parecer ainda quando favorável e sem ressalva, porque é esse registro que documenta que o exame ocorreu. Havendo ressalva, o texto retorna ao elaborador com o ponto a corrigir identificado, e não com objeção genérica.

A aprovação tem duas camadas, e a segunda é decisiva. A camada interna é a da direção competente segundo a matéria, que coloca o documento em vigor e responde por ele

institucionalmente. A camada externa alcança as rotinas técnicas e assistenciais: o item 12.14.6, alínea b, estabelece que elas deverão ter aprovação pela correspondente área técnica da SEMUS/NI, em documento firmado por ambas as partes, e que a decisão final cabe à Secretaria. Esse dispositivo tem consequência prática que o protocolo assume expressamente: documento assistencial não entra em vigor apenas por decisão interna, e o percurso de aprovação precisa prever o tempo dessa submissão desde o início, sob pena de a unidade operar com texto validado tecnicamente e ainda não aprovado.

A codificação existe para que o documento seja localizável e a sua série, reconstituível. O código identifica a espécie documental, a área responsável e a sequência dentro dela, e é atribuído antes da redação, ficando reservado na lista mestra para que dois documentos não recebam o mesmo identificador. Código de documento cancelado não é reaproveitado, porque o reaproveitamento quebra a leitura histórica da série. O instrumento contratual não fixa padrão de codificação; a estrutura aqui adotada é organização do trabalho definida pelo serviço, com a finalidade declarada de rastreabilidade, e alcança de modo uniforme os cadernos assistenciais e os protocolos administrativos.

15.5 Controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta

A regra central desta seção cabe numa frase: existe uma só versão vigente de cada documento, e ela é identificável em qualquer ponto de uso. Documento administrativo ou assistencial em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O instrumento que sustenta essa regra é a lista mestra: o registro único que informa, de cada documento, o código, o título, a espécie, a área responsável, a versão vigente, a data a partir da qual ela vale, a situação — vigente, superada ou cancelada —, os pontos de uso e o histórico das versões anteriores.

A distribuição atende a uma exigência sanitária expressa. O artigo 51 da Resolução da Diretoria Colegiada n.º 63, de 2011, determina que o serviço disponha de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho, em local de fácil acesso a toda a equipe. O termo de referência reforça a mesma obrigação na descrição das atribuições do enfermeiro intensivista coordenador, ao determinar normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas da unidade, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe. Daí a dupla via de distribuição: publicação do texto vigente no repositório eletrônico institucional, acessível a quem executa, e cópia controlada, identificada por versão, nos pontos de uso em que a consulta impressa é a que efetivamente ocorre.

O recolhimento da cópia superada é a parte do processo que costuma falhar, porque é a única que não beneficia quem a executa no momento em que a executa. A versão superada permanece na gaveta do posto, na pasta compartilhada antiga e no mural até que alguém a retire, e para quem chega ao plantão ela é indistinguível da vigente. Por isso a entrega da via nova e a devolução da via antiga acontecem no mesmo ato, e o recolhimento é registrado por ponto de uso, o que permite saber se foi completo. Uma via identificada da versão superada é conservada no arquivo da qualidade, pelo prazo aplicável ao documento, para que se possa reconstituir qual texto vigia quando um fato ocorreu — necessidade que aparece em toda análise de evento adverso e em toda diligência de prestação de contas.

A conferência dos pontos de uso é periódica, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de assegurar que o texto encontrado onde o trabalho acontece é o vigente. O acesso ao repositório eletrônico é controlado por perfil, com registro de quem consultou e alterou o quê, exigência que decorre tanto da proteção de dados pessoais quanto da integridade do próprio documento normativo. Quando o recurso de publicação eletrônica não estiver disponível no momento em um setor, a cópia controlada identificada por versão responde pela acessibilidade exigida, e o registro do ponto de uso permanece na lista mestra até que a via eletrônica volte a alcançá-lo.

15.6 Revisão periódica e revisão extraordinária

A revisão é periódica, em rotina definida pelo serviço, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique. Esta é a fórmula que os demais documentos do conjunto herdam deste protocolo, e ela é deliberada em duas direções. Não fixa periodicidade rígida, porque periodicidade inventada num documento que vincula a execução do contrato converte-se em obrigação cobrável sem que nenhuma norma a exija e sem que ela melhore o texto. E não deixa a revisão ao acaso, porque nomeia os eventos que a abrem independentemente de qualquer calendário. O resultado é uma regra que responde ao fato, e não ao almanaque.

Os eventos que abrem revisão extraordinária estão em parte nomeados pelo instrumento contratual e em parte decorrem da operação. O item 12.14.6, alínea a, do termo de referência determina revisar e ajustar, após a implantação, as diretrizes clínicas, protocolos, normas, rotinas básicas e procedimentos, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional. A esses três somam-se a alteração normativa que alcance a matéria — norma sanitária, diretriz do Ministério da Saúde ou orientação da SEMUS/NI —, a mudança de meta ou de indicador contratual que o documento sirva, e o achado que a justifique: resultado de auditoria de aderência, evento adverso, manifestação da ouvidoria ou não conformidade reincidente cuja análise aponte o próprio texto como causa.

A revisão periódica examina o que a revisão extraordinária não alcança: o desgaste silencioso do documento que continua formalmente correto e materialmente distante da prática. O exame compara o texto com a execução observada, ouve a área que o cumpre e verifica se os dispositivos citados continuam vigentes com a redação com que foram escritos. É nesse momento que se descobre que uma etapa deixou de existir, que um sistema substituiu um formulário ou que um passo se cumpre de outra maneira porque a original se mostrou impraticável. Aderência baixa nem sempre acusa equipe desatenta: às vezes acusa texto irreal, e a revisão é o instrumento que trata essa hipótese.

Toda revisão mantém o código e avança a versão, para que a série do documento se leia inteira, do primeiro texto ao vigente. Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale, em linguagem que a equipe reconheça na sua própria tarefa — dizer apenas que houve alteração obriga cada leitor a descobrir sozinho onde ela está. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o documento, e a sua análise é registrada mesmo quando não é acolhida, com a razão da recusa, porque a recusa fundamentada também é

memória institucional e evita que a mesma proposta retorne indefinidamente sem resposta. Quando a alteração muda a execução para quem já foi treinado, a nova versão aciona o treinamento antes de ser exigida na auditoria.

15.7 Treinamento e comprovação de conhecimento

O documento aprovado e distribuído ainda não padroniza conduta: ele só passa a fazê-lo quando quem executa o conhece. O mínimo legal é expresso. O artigo 32 da Resolução da Diretoria Colegiada n.º 63, de 2011, determina promover a capacitação dos profissionais antes do início das atividades e de forma permanente, em conformidade com as atividades desenvolvidas, e exige que a capacitação seja registrada com data, horário, carga horária, conteúdo, nome e formação do instrutor e dos trabalhadores. O artigo 31 acrescenta a exigência de manter disponíveis os registros de formação e qualificação compatíveis com as funções desempenhadas. São dois deveres distintos: capacitar e comprovar que se capacitou.

O instrumento contratual acrescenta camada própria. O item 12.19.8 impõe programa contínuo de educação permanente para as equipes técnica e assistencial, visando à atualização frente às novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, aos protocolos institucionais e às inovações tecnológicas, e determina apresentar relatórios de treinamento quando solicitados pela SEMUS/NI, contendo relatório descritivo das atividades desenvolvidas, registro fotográfico dos treinamentos realizados, lista de presença devidamente assinada pelos participantes e comprovação da formação, habilitação ou qualificação profissional do facilitador ou instrutor. A menção expressa aos protocolos institucionais liga o programa de educação permanente diretamente a este protocolo: o documento normativo interno é, por determinação contratual, conteúdo do programa. A execução cabe ao Núcleo de Educação Permanente, cuja constituição e cujos objetivos os itens 12.19.9 e 12.19.10 estabelecem.

A comprovação de conhecimento é coisa diversa da lista de presença. Assinatura demonstra que o profissional esteve na sala; não demonstra que ele saberá executar o passo às três da madrugada. A comprovação se faz na forma adequada ao conteúdo: verificação escrita, quando o documento estabelece critérios que precisam ser lembrados; demonstração prática, quando estabelece técnica; e observação da execução no posto de trabalho, quando o que importa é a sequência efetiva da tarefa. A escolha da forma é técnica e fica registrada com o resultado, porque é ela que dá sentido ao indicador de treinamento.

Duas cautelas de organização merecem registro. A primeira é o alcance por turno: a variação de conduta que a padronização combate aparece justamente entre plantões, e programação que alcança apenas o horário administrativo deixa descoberto precisamente o período em que a supervisão é mais rarefeita. A segunda é a integração do profissional recém-admitido, que é o seu primeiro contato com os documentos que vai executar e o momento em que o artigo 32 situa a capacitação anterior ao início das atividades. O registro de quem participou e de quem ainda não participou mantém a lacuna visível e permite programar a reposição de quem faltou por escala ou por afastamento, em vez de deixá-la se dissolver.

15.8 Auditoria de aderência

Auditoria de aderência mede uma coisa específica: se o que se executa é o que o documento vigente estabelece. Ela não se confunde com a conferência de existência documental, que apenas verifica se o documento existe e está atualizado, nem com a auditoria de resultado, que examina o desempenho do processo. As três são necessárias e respondem a perguntas diferentes; confundi-las produz o relatório mais inútil da gestão da qualidade, aquele que declara conformidade documental integral num serviço em que a conduta varia entre equipes. A auditoria de aderência é a que fecha a distância entre o texto e a prática.

O instrumento contratual já institui uma auditoria de aderência, ainda que não a chame assim. O item 12.35.4.1 determina apresentar relatório mensal de auditoria interna de prontuários, demonstrando o índice de conformidade do preenchimento dos sumários de internação e de alta, com a finalidade declarada de viabilizar a continuidade da assistência pós-hospitalar por informações técnicas precisas. É exatamente uma verificação de aderência: compara o registro produzido com o que o documento estabelece que deve conter. O item 12.16.1, alínea c, dá o comando geral, ao determinar desenvolver mecanismos e ferramentas para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, propondo ações preventivas e corretivas.

O desenho adotado combina duas abordagens, e a escolha entre elas segue o risco. A conferência censitária alcança os estratos de maior risco assistencial e os documentos que sustentam meta contratual — protocolos de segurança do paciente, rotinas de controle de infecção, procedimentos que alimentam indicador do contrato de gestão. A conferência por amostra periódica alcança o restante, em tamanho suficiente para detectar padrão. Quando a amostra revela falha sistemática, o estrato correspondente passa a censitário até que o padrão se corrija. A verificação ocorre no posto de trabalho, confrontando a execução observada e o registro produzido com o texto vigente, cuja versão é conferida na lista mestra antes de o auditor ir a campo — auditar contra texto superado mede a distância entre a equipe e um documento que já não vale.

O resultado da auditoria caminha em duas direções. Para a área auditada, retorna como devolutiva com evidência objetiva, prazo acordado e distinção entre o que é desvio de execução e o que é defeito do documento. Para a governança documental, alimenta a decisão sobre revisão e sobre treinamento: desvio cuja causa está no texto abre revisão, desvio cuja causa é desconhecimento abre treinamento, e a série histórica dos dois é o que distingue o problema pontual do estrutural. A auditoria que apenas registra o desvio trata o sintoma; a que devolve a causa ao processo é a única que muda o resultado do ciclo seguinte.

15.9 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que o documento vigente determina e o que efetivamente ocorreu — inclusive a ausência do documento onde ele deveria existir. Ela se classifica em três espécies, e a classificação decide o encaminhamento. A não conformidade documental é aquela em que falta documento, o texto está superado ou é inexecutável na prática; ela volta à elaboração ou à revisão. A de aderência é aquela em que o documento é adequado e a execução dele se afasta; ela vai ao treinamento e à ação corretiva

com a área. A de eficácia é aquela em que o documento é cumprido e, ainda assim, o resultado não se alcança; ela obriga a rediscutir o desenho do processo, e não a cobrar mais empenho de quem já o cumpre.

A análise da causa é feita sem procura de culpado. A razão não é conciliatória: é técnica. A procura pelo responsável produz silêncio, o silêncio esconde o desvio, e o desvio escondido reincide. O que se busca é a razão pela qual a execução correta se tornou difícil naquele ponto — passo que depende de recurso que nem sempre está disponível no momento, sequência que se choca com outra rotina, registro que exige tempo que o fluxo não comporta, texto que descreve etapa que já não existe. A reincidência muda a natureza da análise: uma não conformidade que retorna em ciclos sucessivos deixa de ser caso e passa a ser processo, e é levada, nessa condição, à análise de causa com o Núcleo de Segurança do Paciente e com a comissão competente na matéria.

A ação corretiva trata o desvio ocorrido e a preventiva trata a possibilidade da sua repetição; o item 12.16.1, alínea c, do termo de referência nomeia as duas. Cada uma tem função responsável declarada e prazo acordado com a área que a executará — prazo pactuado, e não imposto de fora, porque prazo que a área não reconhece como exequível não produz ação, produz justificativa. A eficácia é verificada no ciclo seguinte de auditoria: ação não verificada é ação não concluída, e encerrar a não conformidade pelo simples decurso do prazo é a forma mais comum de transformar o tratamento em ritual.

A consolidação dos resultados encontra destino contratual definido. O item 12.19.2.1 exige relatório mensal consolidado do Núcleo de Segurança do Paciente, com a quantificação de incidentes e eventos adversos, as notificações realizadas e o plano de ação corretiva implementado. O item 12.35.4.1 exige o relatório mensal de auditoria interna de prontuários. E o Núcleo de Gestão da Qualidade, entre as atribuições que o item 12.19.5 lhe confere, elabora e submete à apreciação da SEMUS/NI o relatório anual de autoavaliação da gestão e o plano de melhorias. A não conformidade tratada neste protocolo alimenta os três, o que evita que a governança documental produza um sistema de relatórios paralelo ao que o contrato de gestão já institui.

15.10 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. O princípio que as organiza é o da segregação entre quem elabora, quem valida tecnicamente e quem aprova. Essa separação não desconfia de ninguém: reconhece que o autor é o pior revisor do próprio texto, e que a validação por quem domina a matéria e a aprovação por quem responde institucionalmente são controles de natureza distinta. O item 12.14.4 do termo de referência reforça o desenho ao exigir responsável técnico de nível superior para cada comissão, com dedicação à atribuição da comissão que integra.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Núcleo de Gestão da Qualidade	Mantém a lista mestra, conduz o percurso de elaboração e de revisão, organiza a distribuição e o recolhimento, planeja os ciclos de auditoria de aderência e consolida os indicadores da governança documental

Função	Responsabilidade neste protocolo
Área técnica que executa o processo	Propõe a demanda de padronização, redige o texto com a função técnica responsável, identifica os pontos de uso e executa as ações corretivas acordadas
Comissões e núcleos do item 12.14.3	Validam tecnicamente o documento na matéria da sua competência, registram o exame em ata ou parecer e recebem a não conformidade reincidente para análise de causa
Núcleo de Segurança do Paciente	Valida os documentos de segurança do paciente, conduz a análise de causa de evento adverso e consolida o relatório mensal previsto no item 12.19.2.1
Núcleo de Educação Permanente	Programa e executa o treinamento sobre o documento vigente, aplica a comprovação de conhecimento e reúne os registros exigidos pelo item 12.19.8
Auditoria interna	Verifica a aderência no posto de trabalho contra a versão vigente, classifica o desvio encontrado e verifica a eficácia das ações no ciclo seguinte
Direção técnica e direção administrativa	Aprovam o documento na matéria da sua competência, respondem pela submissão das rotinas técnicas e assistenciais à área técnica da SEMUS/NI e decidem sobre a priorização das ações que decorrem da auditoria

Tabela 15.2 — As sete funções que respondem pela governança documental e o que cabe a cada uma.

O que não se delega, e por isso fica dito: a decisão de colocar em vigor documento que não passou pela validação técnica da instância competente; a alteração de texto vigente sem registro da versão, da razão e da data a partir da qual ela vale; e a submissão à execução, como se vigente fosse, de rotina técnica ou assistencial ainda pendente da aprovação prevista no item 12.14.6, alínea b. Nenhuma dessas três hipóteses se resolve com urgência operacional, porque as três produzem exatamente o dano que a governança documental existe para impedir.

15.11 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas. Neste protocolo a afirmação vale em segundo grau: os registros aqui relacionados são a prova de que os demais documentos do hospital foram elaborados, validados, aprovados, distribuídos, treinados e auditados. São eles que permitem responder, diante de uma diligência ou de uma análise de evento, qual texto vigia na data do fato, quem o aprovou, quem havia sido treinado nele e o que a última auditoria de aderência havia encontrado. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Lista mestra dos documentos, com versão vigente e situação	Núcleo de Gestão da Qualidade	Sistema de gestão documental	Enquanto houver documento vigente
Ata ou parecer da validação técnica	Comissão ou núcleo competente	Arquivo da comissão e do Núcleo de Gestão da Qualidade	Prazo aplicável ao documento
Documento firmado com a área técnica da SEMUS/NI	Direção técnica	Arquivo da direção e pasta da prestação de contas	Cinco anos após o término do contrato

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Comprovante de distribuição e de recolhimento por ponto de uso	Núcleo de Gestão da Qualidade	Pasta do documento	Prazo aplicável ao documento
Via identificada da versão superada	Núcleo de Gestão da Qualidade	Arquivo da qualidade	Prazo aplicável ao documento
Registro de treinamento, lista assinada e comprovação do instrutor	Núcleo de Educação Permanente	Arquivo do Núcleo de Educação Permanente	Prazo aplicável ao documento
Relatório de auditoria de aderência e plano de ação	Auditoria interna	Pasta do ciclo de auditoria	Prazo aplicável ao documento
Atas e relatórios de atividades das comissões obrigatórias	Comissões do item 12.14.3	Arquivo da comissão e pasta da prestação de contas	Cinco anos após o término do contrato

Tabela 15.3 — Os oito registros da governança documental, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda de cinco anos após o término do contrato de gestão alcança os registros que integram os arquivos encaminhados à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização na entrega mensal da prestação de contas, na forma do item 12.30.3 do termo de referência — entre eles as atas e os relatórios de atividades das comissões obrigatórias, exigidos pelo item 12.35.5.1, e o documento firmado com a área técnica da Secretaria. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico, e a documentação eletrônica observa os requisitos de integridade e de rastreabilidade aplicáveis ao documento digital em saúde, com acesso controlado por perfil e registro de quem consultou e alterou o quê.

15.12 Indicadores e monitoramento

O contrato de gestão mede diretamente dois efeitos da governança documental, e as suas fórmulas são conhecidas e verificáveis. O indicador de educação permanente é a razão entre o total de horas de treinamento e o número de pessoal ativo no período de referência, com meta de uma hora e meia por homem treinado ao mês. O indicador de taxa de integração é a razão entre o número de profissionais que realizaram integração no mês e o número de profissionais novos admitidos no mês, multiplicada por cem, com meta igual ou superior a setenta por cento. Os dois integram o Quadro 15 do termo de referência e são os indicadores contratuais que a seção 15.7 alimenta: o primeiro mede o alcance do treinamento sobre o documento vigente; o segundo mede se o profissional recém-admitido foi alcançado antes de executar.

Indicador	Fórmula	Meta	Resultado publicado
Educação permanente	Total de horas de treinamento ÷ número de pessoal ativo no período de referência	≥ 1,5 h	2,9 — 6.846 horas para 2.365 profissionais
Taxa de integração	Profissionais que realizaram integração no mês ÷ profissionais novos admitidos no mês × 100	≥ 70,0%	109,1% — 12 de 11

Tabela 15.4 — Os dois indicadores contratuais do Quadro 15 que medem diretamente o alcance da governança documental, com fórmula, meta e resultado publicado no instrumento.

▣ O QUE OS NÚMEROS DIZEM, LIDOS PELA FÓRMULA
▸ O indicador de educação permanente está em 2,9 horas por profissional ativo no mês, contra meta de 1,5 hora: são 6.846 horas de treinamento distribuídas por 2.365 profissionais.
▸ A margem sobre a meta é o que permite dedicar parte da carga ao treinamento sobre documento novo e sobre versão revista, sem comprimir o restante do programa.
▸ O indicador de integração está em 109,1%: doze profissionais integrados para onze admitidos no mês, o que indica alcance também de quem havia sido admitido antes.
▸ O que os dois indicadores não medem é a comprovação de conhecimento, que é interna e por isso aparece na terceira camada do monitoramento descrita adiante.
▸ Os dois valem para o conjunto dos treinamentos da unidade, e não apenas para os que decorrem deste protocolo — o que exige distinguir, no controle interno, a parcela documental.

O monitoramento é periódico, em rotina definida pelo serviço, e tem três camadas. A primeira acompanha os dois indicadores contratuais, que são os que a Secretaria afere. A segunda acompanha os indicadores internos que explicam os primeiros e que dizem respeito à governança documental propriamente dita: proporção de processos de trabalho com documento vigente entre os que foram identificados como prioritários, proporção de documentos revistos dentro do ciclo previsto para eles, aderência apurada nos ciclos de auditoria por documento e por setor, e proporção de não conformidades com ação verificada quanto à eficácia. A terceira acompanha a comprovação de conhecimento, distinguindo participação de domínio demonstrado.

A análise é feita pelo Núcleo de Gestão da Qualidade com as áreas, e não isoladamente. A razão é a mesma que vale para todo indicador de processo transversal: nenhuma das quatro medidas internas pertence à qualidade sozinha. A cobertura documental depende das áreas técnicas que redigem; a revisão dentro do ciclo depende das comissões que validam e da submissão à Secretaria quando ela é exigida; a aderência depende de quem executa e de quem supervisiona; e a verificação de eficácia depende da auditoria interna. Medi-las em conjunto é o que impede que cada instância conclua que o atraso foi da outra, e é também o que converte o monitoramento em melhoria contínua, que é o resultado que o item C.2.7 do Anexo VII pede que se demonstre.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à

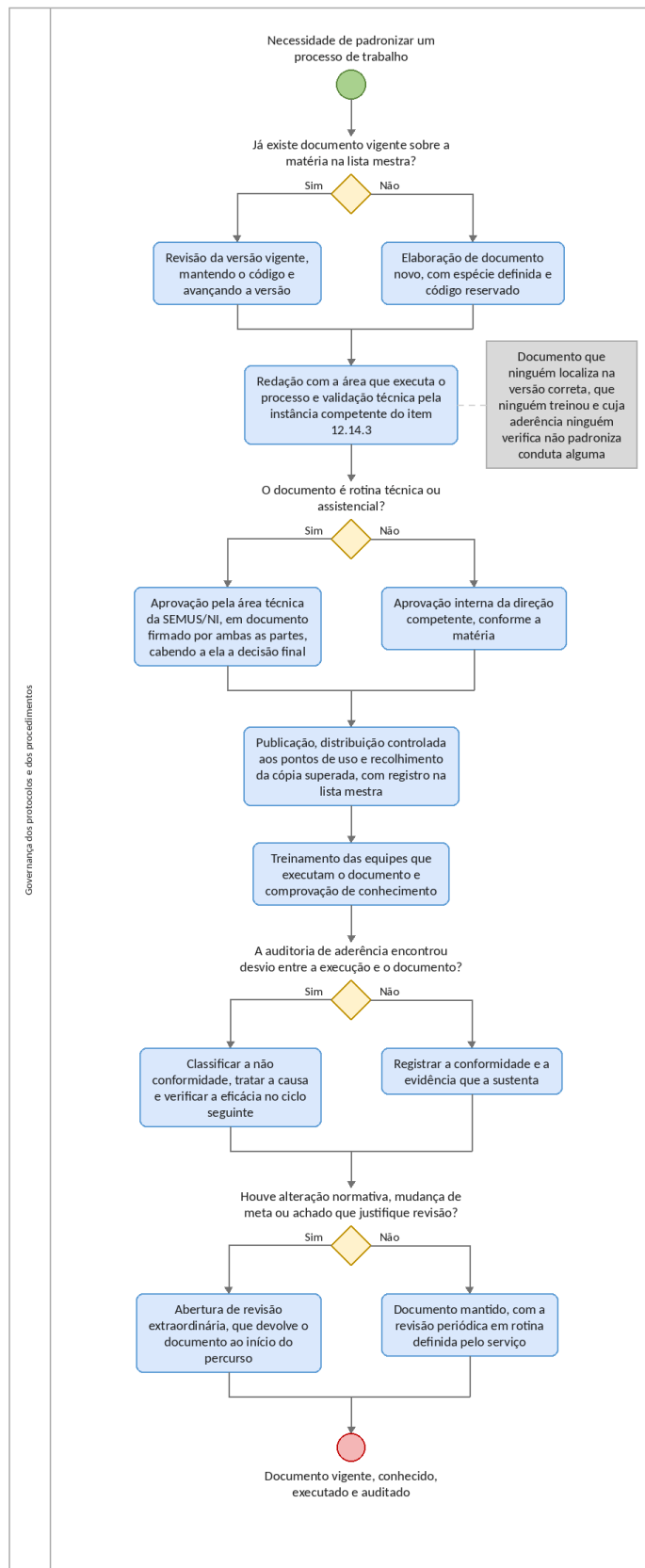
Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

15.13 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho da necessidade de padronizar até o documento auditado, com as quatro bifurcações que efetivamente mudam o percurso: a existência de documento vigente sobre a matéria, que separa a elaboração da revisão; a natureza do documento, que decide entre a aprovação interna e a submissão à área técnica da SEMUS/NI; o resultado da auditoria de aderência, que aciona ou dispensa o tratamento da não conformidade; e a ocorrência de alteração normativa, de mudança de meta ou de achado que justifique revisão, que devolve o documento ao início do percurso.

Da necessidade de padronizar ao documento auditado



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.14.3, 12.14.6, 12.19.8 e 12.35.4.1, e Quadro 14; RDC/Anvisa n.º 63/2011, arts. 32 e 51.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.7.3.1, 12.14.3, 12.14.4, 12.14.6, 12.16.1, 12.19.1, 12.19.2.1, 12.19.5, 12.19.8, 12.19.9, 12.19.10, 12.30.3, 12.35.4.1 e 12.35.5.1, e Quadros 14 e 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Anexo VII — Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica e Econômica, item C.2.7. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 4 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 529, de 1.º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os cinco procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução. Neste protocolo a coincidência é dupla: os cinco procedimentos são, eles próprios, exemplos da espécie documental que a seção 15.3 define.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 15.13 e descreve o ciclo inteiro do documento.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-QUA-01	Elaboração, codificação e aprovação de protocolo e de POP	15.4 e 15.3
POP-QUA-02	Controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta	15.5
POP-QUA-03	Revisão periódica e revisão extraordinária	15.6
POP-QUA-04	Treinamento e comprovação de conhecimento	15.7 e 15.12
POP-QUA-05	Auditoria de aderência e tratamento de não conformidade	15.8 e 15.9

Tabela 15.5 — Os cinco procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-QUA-01. Elaboração, codificação e aprovação de protocolo e de POP

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-QUA-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 15 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-QUA-01.1 Quando usar

- › Quando se identifica processo de trabalho relevante ainda sem documento escrito que o estabeleça.
- › Quando entra em vigor norma sanitária, diretriz do Ministério da Saúde ou orientação da SEMUS/NI que exija documento próprio.
- › Quando se incorpora tecnologia, se implanta serviço novo ou se altera a estrutura organizacional da unidade.
- › Quando achado de auditoria, evento adverso ou manifestação da ouvidoria demonstra que a variação de conduta decorre de ausência de padronização.

POP-QUA-01.2 Fundamento

Item 12.14.6 do termo de referência, que determina implantar diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos desde o início das atividades, e a sua alínea b, segundo a qual as rotinas técnicas e assistenciais deverão ter aprovação pela correspondente área técnica da SEMUS/NI, em documento firmado por ambas as partes, cabendo a decisão final à SEMUS/NI. Quadro 14 do termo de referência, que descreve o procedimento operacional padrão como o instrumento de garantia da qualidade pela padronização das normas e rotinas assistenciais. Artigo 51 da RDC n.º 63/2011. Seções 15.4 e 15.3 do protocolo.

! NÃO ENCAMINHAR À APROVAÇÃO SEM QUE ESTES ELEMENTOS ESTEJAM PRESENTES

- › Espécie documental definida: protocolo, procedimento operacional padrão ou instrução de trabalho. Documento sem espécie não encontra o seu aprovador.

! NÃO ENCAMINHAR À APROVAÇÃO SEM QUE ESTES ELEMENTOS ESTEJAM PRESENTES

- › Código atribuído e único, sem reaproveitamento de código de documento cancelado.
- › Referência normativa conferida no texto da fonte, e não de memória.
- › Validação técnica da instância competente registrada em ata ou em parecer.
- › Funções de elaboração, validação e aprovação identificadas por cargo.
- › Ausência de obrigação que o contrato de gestão não preveja: o documento interno organiza a execução, e não amplia o objeto contratado.

POP-QUA-01.3 Sequência de execução

1. Registrar a demanda de padronização, indicando o processo de trabalho, a área que a propõe e o motivo — norma nova, tecnologia incorporada, achado de auditoria ou variação de conduta.
2. Verificar na lista mestra se já existe documento vigente sobre a matéria; havendo, tratar a demanda como revisão pelo POP-QUA-03, e não como documento novo.
3. Definir a espécie documental, conforme a seção 15.3: protocolo quando se estabelece a regra e o seu fundamento, procedimento operacional padrão quando se descreve a execução de uma tarefa, instrução de trabalho quando se detalha a operação de um equipamento ou de um sistema.
4. Atribuir o código na estrutura adotada pelo serviço e registrá-lo na lista mestra como reservado, para que dois documentos não recebam o mesmo código.
5. Redigir o texto com a área que executa o processo, reunindo quem faz e quem responde pelo resultado; conferir cada dispositivo citado contra o texto da fonte.
6. Submeter à validação técnica da instância competente entre as previstas no item 12.14.3 do termo de referência, segundo a matéria do documento.
7. Registrar em ata ou parecer o resultado da validação; havendo ressalva, devolver ao elaborador com o ponto a corrigir identificado.
8. Verificar se o documento é rotina técnica ou assistencial; sendo, encaminhá-lo à aprovação da correspondente área técnica da SEMUS/NI, na forma do item 12.14.6, alínea b.
9. Colher a aprovação interna da direção competente e registrar a data a partir da qual o documento passa a valer.
10. Encerrar o registro na lista mestra com a versão, a data de vigência e as funções que elaboraram, validaram e aprovaram.
11. Encaminhar o documento aprovado ao POP-QUA-02, para distribuição, e ao POP-QUA-04, para treinamento das equipes que o executam.

Campo	O que registra	Problema que evita
-------	----------------	--------------------

Campo	O que registra	Problema que evita
Código	Espécie, área e sequência do documento	Duas versões diferentes circulando com o mesmo nome
Versão e data de vigência	Qual texto vale e a partir de quando	Execução por texto superado
Elaboração	A função que redigiu o documento	Documento sem autor a quem devolver a dúvida
Validação técnica	A instância que atestou a correção técnica	Texto aprovado sem exame de quem domina a matéria
Aprovação	A direção que colocou o documento em vigor	Documento em uso sem decisão institucional
Próxima revisão	O evento ou o momento que abrirá a revisão	Documento que envelhece sem que ninguém perceba

Tabela POP-QUA-01.1 — Os campos do cabeçalho de identificação e o que cada um resolve.

✓ O QUE SUSTENTA O DOCUMENTO

- › Redigir com quem executa: texto escrito longe da tarefa descreve o processo que se imagina, não o que existe.
- › Conferir a âncora normativa na fonte antes de escrevê-la, porque a citação é verificável.
- › Separar a regra da execução: o que é protocolo não vira lista de passos, e o que é procedimento não vira dissertação.
- › Registrar a validação técnica, ainda que favorável e sem ressalva — é ela que documenta o exame.

✗ O QUE COMPROMETE O DOCUMENTO

- › Publicar documento novo sobre matéria que já tem documento vigente, criando duas regras simultâneas.
- › Reaproveitar código de documento cancelado, o que confunde a rastreabilidade da série.
- › Encaminhar rotina técnica ou assistencial à vigência sem a aprovação da área técnica da SEMUS/NI exigida pelo item 12.14.6, alínea b.
- › Escrever no documento interno obrigação que o contrato de gestão não prevê.

POP-QUA-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

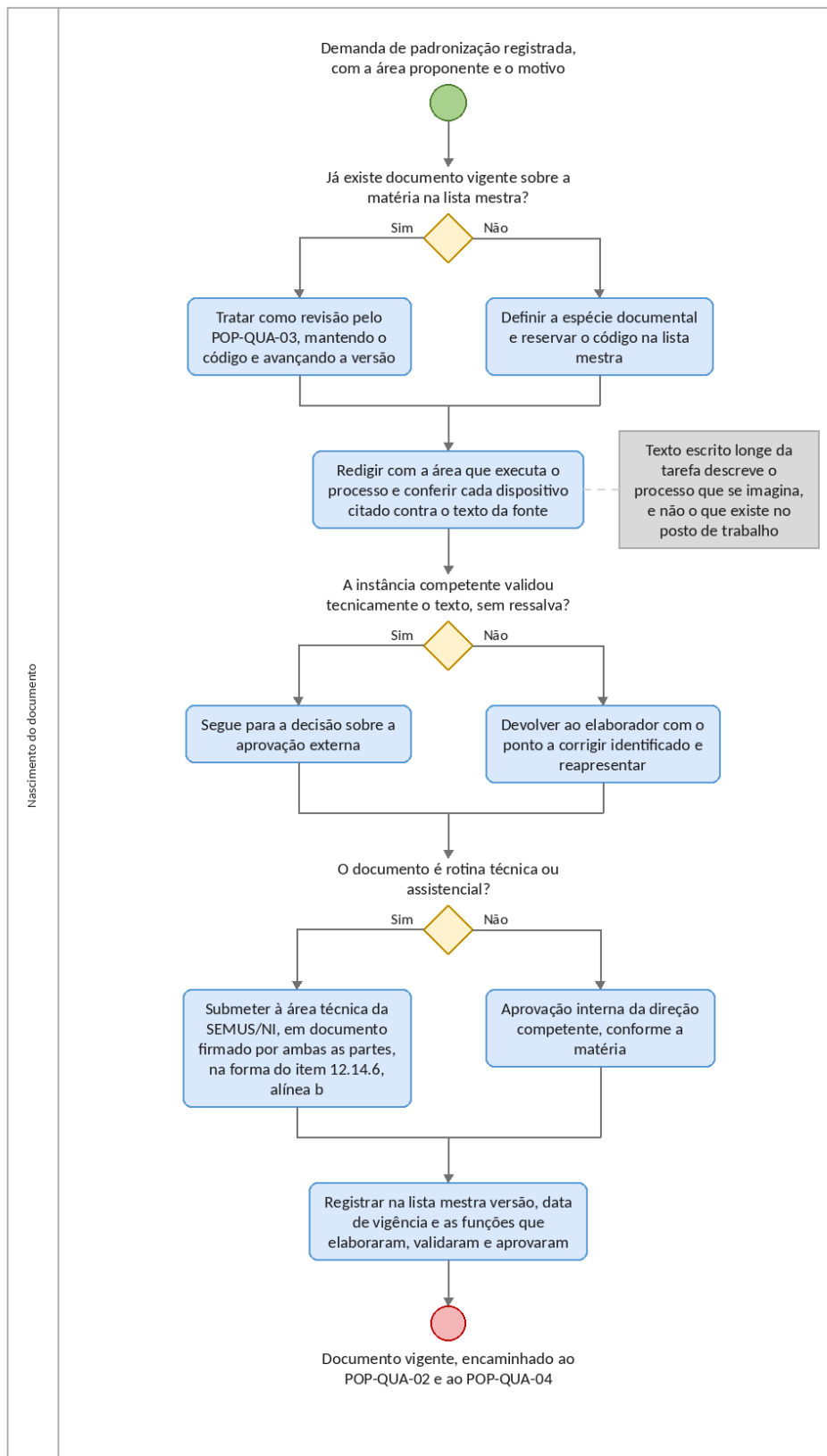
- › Registro da demanda de padronização, com a área proponente e o motivo.
- › Ata ou parecer da instância que fez a validação técnica.
- › Documento firmado com a área técnica da SEMUS/NI, quando se tratar de rotina técnica ou assistencial.
- › Lançamento na lista mestra, com código, versão, data de vigência e funções responsáveis.
- › Via aprovada e assinada do documento, arquivada pelo Núcleo de Gestão da Qualidade.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A espécie vem antes do texto	Protocolo, procedimento e instrução de trabalho têm aprovadores e formas diferentes.
Código único e rastreável	A lista mestra reserva o código antes da redação e o encerra na vigência.
Validação técnica é registrada	A instância competente do item 12.14.3 examina a matéria e o exame fica documentado.
Rotina técnica sobe à SEMUS/NI	O item 12.14.6, alínea b, atribui a decisão final à área técnica da Secretaria.
Aprovação abre duas frentes	Distribuição pelo POP-QUA-02 e treinamento pelo POP-QUA-04, sem intervalo entre elas.

POP-QUA-01.5 Fluxograma

O fluxograma percorre o nascimento do documento e tem três bifurcações que mudam o percurso: a existência de documento vigente sobre a matéria, que desloca a demanda para a revisão; o resultado da validação técnica, que devolve o texto ao elaborador quando há ressalva; e a natureza do documento, que separa a rotina técnica ou assistencial, submetida à área técnica da SEMUS/NI, daquela que se resolve na aprovação interna.

POP-QUA-01 — Elaboração, codificação e aprovação de protocolo e de POP



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.14.3 e 12.14.6, alínea b, e Quadro 14; RDC/Anvisa n.º 63/2011, art. 51.

POP-QUA-02. Controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-QUA-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 15 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-QUA-02.1 Quando usar

- › Sempre que um documento é aprovado pela primeira vez ou tem nova versão colocada em vigor.
- › Sempre que um documento é cancelado, por perda de objeto ou por absorção do seu conteúdo em outro documento.
- › Na conferência periódica dos pontos de uso, em rotina definida pelo serviço, para assegurar que o texto disponível à equipe é o vigente.

POP-QUA-02.2 Fundamento

Artigo 51 da RDC n.º 63/2011, que determina que o serviço de saúde disponha de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho, em local de fácil acesso a toda a equipe. O termo de referência, ao descrever as atribuições do enfermeiro intensivista coordenador, determina normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas da unidade, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe. Seção 15.5 do protocolo.

! O RISCO QUE ESTE PROCEDIMENTO EXISTE PARA IMPEDIR

- › Duas versões do mesmo documento em circulação produzem condutas diferentes entre turnos — e é exatamente isso que a padronização existe para evitar.
- › A versão superada não some sozinha: ela permanece na gaveta, na pasta compartilhada antiga e no mural até que alguém a recolha.
- › Cópia impressa sem identificação de versão é indistinguível da vigente aos olhos de quem chega ao plantão.

! O RISCO QUE ESTE PROCEDIMENTO EXISTE PARA IMPEDIR

- › Documento disponível apenas em local de acesso restrito não cumpre a exigência de acesso fácil a toda a equipe.

POP-QUA-02.3 Sequência de execução

1. Receber do POP-QUA-01, ou do POP-QUA-03, o documento aprovado, com versão e data de vigência.
2. Atualizar a lista mestra: registrar a nova versão como vigente e a anterior como superada, com a data em que deixou de valer.
3. Publicar o texto vigente no repositório eletrônico institucional, em local de fácil acesso a toda a equipe.
4. Identificar os pontos de uso do documento — setores, plantões e postos de trabalho que o executam — a partir do próprio conteúdo do documento.
5. Distribuir a cópia controlada aos pontos de uso que dela precisem, com identificação de versão em cada via.
6. Recolher as vias da versão superada nos mesmos pontos de uso e registrar o recolhimento.
7. Conservar uma via identificada da versão superada no arquivo do Núcleo de Gestão da Qualidade, para memória institucional, pelo prazo aplicável ao documento.
8. Comunicar a mudança às áreas afetadas, indicando o que mudou em relação à versão anterior.
9. Acionar o POP-QUA-04 quando a alteração modificar a execução da tarefa por quem já foi treinado.
10. Conferir periodicamente, em rotina definida pelo serviço, se o texto encontrado nos pontos de uso é o vigente, com a finalidade de assegurar rastreabilidade e correção tempestiva.

Campo da lista mestra	Para que serve
Código e título	Localizar o documento sem depender do nome pelo qual o setor o chama
Espécie e área responsável	Saber quem responde pelo conteúdo e a quem devolver a dúvida
Versão vigente e data de vigência	Distinguir, em qualquer consulta, o texto que vale
Situação	Separar o vigente do superado e do cancelado
Pontos de uso	Saber onde distribuir e onde recolher
Histórico de versões	Reconstituir o que mudou, quando e por quê

Tabela POP-QUA-02.1 — O que a lista mestra registra de cada documento.

✓ O QUE MANTÉM UMA SÓ VERSÃO EM USO

- › Distribuir e recolher no mesmo ato: a entrega da nova via é o momento em que a antiga volta.

✓ O QUE MANTÉM UMA SÓ VERSÃO EM USO

- › Identificar a versão em cada via impressa, de modo legível no próprio corpo do documento.
- › Publicar no repositório eletrônico antes de distribuir as vias, para que o texto vigente esteja acessível desde o primeiro dia.
- › Dizer o que mudou, e não apenas que mudou: a equipe adere ao que compreende.

✗ O QUE PRODUZ DUAS REGRAS AO MESMO TEMPO

- › Publicar a nova versão e deixar a anterior no mesmo repositório, sem marcá-la como superada.
- › Autorizar cópia livre de documento controlado, que se multiplica sem rastro.
- › Recolher a via antiga sem registrar de onde ela saiu, o que impede saber se o recolhimento foi completo.
- › Descartar toda via superada, perdendo a memória do texto que vigia quando um fato ocorreu.

POP-QUA-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Lista mestra atualizada, com versão vigente, situação e pontos de uso.
- › Comprovante de distribuição das cópias controladas, por ponto de uso.
- › Registro do recolhimento das vias superadas.
- › Via identificada da versão superada, no arquivo do Núcleo de Gestão da Qualidade.
- › Registro da conferência periódica dos pontos de uso.

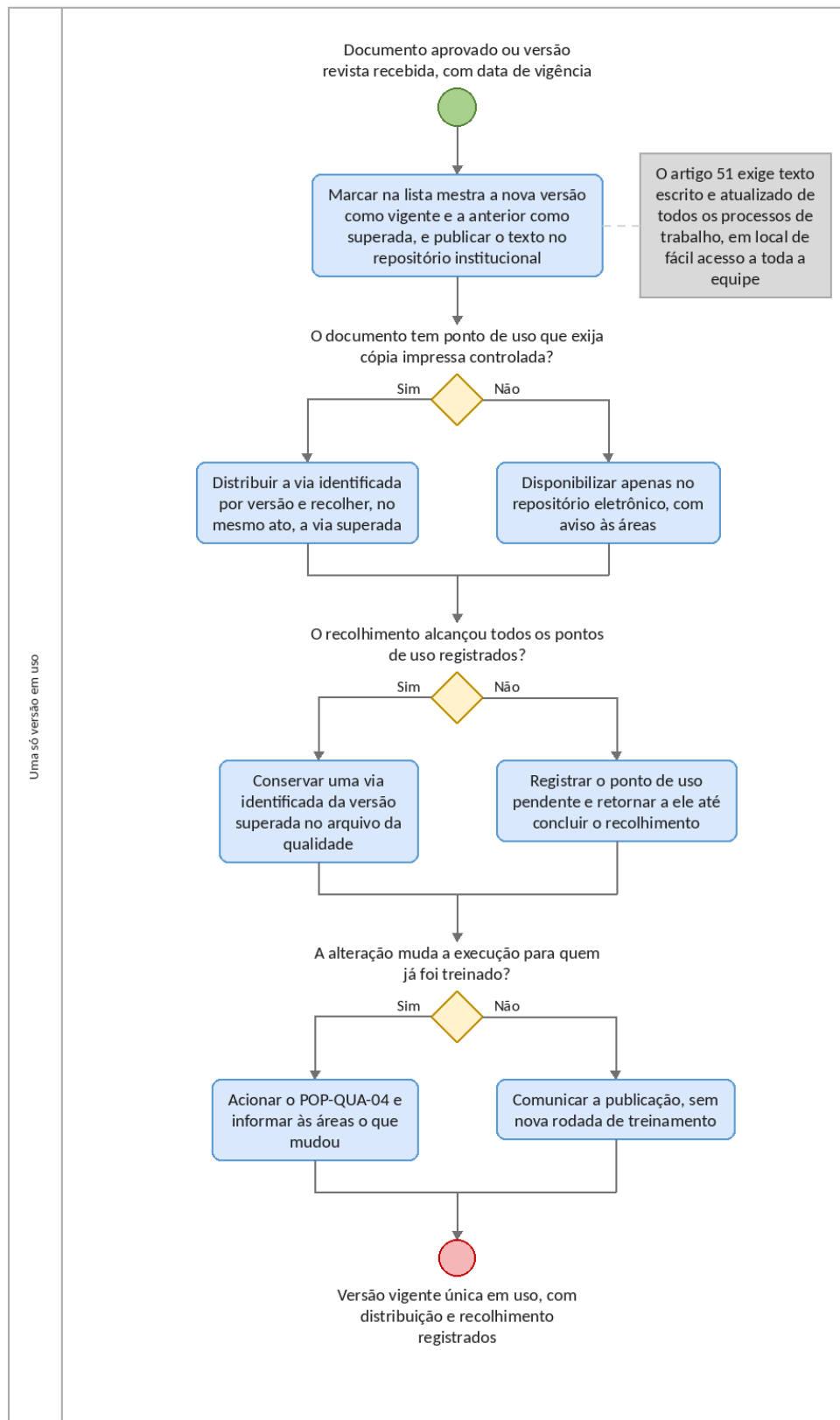
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Uma versão vigente por matéria	A lista mestra é a fonte que decide qual texto vale em caso de dúvida.
Distribuir é também recolher	A entrega da via nova e a devolução da antiga acontecem no mesmo ato.
Acesso fácil é exigência sanitária	O artigo 51 da RDC n.º 63/2011 exige texto atualizado e de fácil acesso à equipe.
A versão superada é guardada, não descartada	Uma via identificada permanece no arquivo, pelo prazo aplicável ao documento.
Mudança que altera a execução aciona treinamento	O POP-QUA-04 entra sempre que o passo muda para quem já foi treinado.

POP-QUA-02.5 Fluxograma

O fluxograma da distribuição mostra as três decisões que mantêm uma só versão em uso: a existência de ponto de uso que exija cópia impressa controlada, a completude do recolhimento das vias superadas e o alcance da alteração sobre a execução, que é o que aciona ou dispensa nova rodada de treinamento.

POP-QUA-02 — Controle de versão, distribuição e recolhimento de cópia obsoleta



Referência: RDC/Anvisa n.º 63/2011, art. 51.

POP-QUA-03. Revisão periódica e revisão extraordinária

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-QUA-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 15 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-QUA-03.1 Quando usar

- › Na revisão periódica de cada documento, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de manter o texto aderente à prática e à norma vigente.
- › Sempre que houver alteração normativa que alcance a matéria do documento.
- › Sempre que houver mudança de meta contratual ou de indicador que o documento sirva.
- › Sempre que houver achado que a justifique — auditoria de aderência, evento adverso, manifestação da ouvidoria ou não conformidade reincidente.
- › Nas hipóteses do item 12.14.6, alínea a, do termo de referência: incorporação de novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços e alterações na estrutura organizacional.

POP-QUA-03.2 Fundamento

Item 12.14.6, alínea a, do termo de referência, que determina revisar e ajustar, após a implantação, as diretrizes clínicas, protocolos, normas, rotinas básicas e procedimentos, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional. Artigo 51 da RDC n.º 63/2011, quanto à exigência de texto atualizado. Seção 15.6 do protocolo.

! O QUE ABRE REVISÃO EXTRAORDINÁRIA, INDEPENDENTEMENTE DA ROTINA PERIÓDICA

- › Alteração normativa que alcance a matéria: norma sanitária, diretriz do Ministério da Saúde ou orientação da SEMUS/NL.
- › Mudança de meta ou de indicador contratual que o documento sirva.
- › Incorporação de nova tecnologia, implantação ou desativação de serviço e alteração da estrutura organizacional, conforme o item 12.14.6, alínea a.

! O QUE ABRE REVISÃO EXTRAORDINÁRIA, INDEPENDENTEMENTE DA ROTINA PERIÓDICA

- › Achado de auditoria de aderência que revele que o desvio decorre do próprio texto, e não da execução.
- › Evento adverso ou não conformidade reincidente cuja análise aponte o documento como causa.

POP-QUA-03.3 Sequência de execução

1. Registrar o gatilho da revisão, indicando se é a rotina periódica ou um dos eventos extraordinários, e qual documento ele alcança.
2. Localizar na lista mestra a versão vigente e o histórico das versões anteriores.
3. Levantar o que mudou desde a última versão: norma, meta, tecnologia, estrutura, achado de auditoria e não conformidade registrada.
4. Ouvir a área que executa o processo sobre a distância entre o texto e a prática, porque aderência baixa às vezes acusa texto irreal, e não equipe desatenta.
5. Redigir a alteração, mantendo o código e avançando a versão; conferir na fonte cada dispositivo citado que tenha sido alterado.
6. Registrar, no próprio documento, o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale.
7. Submeter à validação técnica da instância competente e, tratando-se de rotina técnica ou assistencial, à aprovação da área técnica da SEMUS/NI, na forma do item 12.14.6, alínea b.
8. Decidir e registrar a decisão também quando a proposta de alteração não é acolhida, com a razão da recusa, porque a recusa fundamentada é memória institucional.
9. Encaminhar a versão aprovada ao POP-QUA-02 e, quando a alteração mudar a execução, ao POP-QUA-04.
10. Atualizar a lista mestra e o histórico de versões.

Gatilho	Onde nasce	Quem o traz à governança documental
Alteração normativa	Norma sanitária, Ministério da Saúde, SEMUS/NI	Núcleo de Gestão da Qualidade e responsáveis técnicos
Mudança de meta ou de indicador	Contrato de gestão e seus quadros de metas	Direção e Núcleo de Gestão da Qualidade
Nova tecnologia ou serviço	Incorporação, implantação ou desativação	Direção técnica e área responsável pelo serviço
Alteração da estrutura organizacional	Reorganização de setores e de funções	Direção administrativa
Achado de auditoria de aderência	Auditoria interna e comissões obrigatórias	Auditoria interna e a comissão da matéria
Evento adverso ou não conformidade reincidente	Notificação e análise de causa	Núcleo de Segurança do Paciente

Tabela POP-QUA-03.1 — Gatilhos de revisão, onde nascem e quem os traz.

✓ O QUE FAZ A REVISÃO VALER
› Revisar contra a prática observada, e não apenas contra a norma nova.
› Manter o código e avançar a versão, para que a série do documento se leia inteira.
› Registrar o que mudou em linguagem que a equipe reconheça na sua tarefa.
› Tratar a proposta recusada com o mesmo registro da acolhida.

✗ O QUE ESVAZIA A REVISÃO
› Trocar a data de vigência sem examinar o conteúdo, o que produz documento formalmente atual e materialmente vencido.
› Criar documento novo para corrigir documento existente, deixando os dois em vigor.
› Revisar sem ouvir quem executa, o que reproduz no texto novo o desajuste do texto antigo.
› Deixar sem resposta registrada a proposta de alteração que não foi acolhida.

POP-QUA-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro do gatilho da revisão e do documento alcançado.
- › Nova versão do documento, com o que mudou, por que mudou e a data de vigência.
- › Ata ou parecer da validação técnica e, quando aplicável, o documento firmado com a área técnica da SEMUS/NI.
- › Registro das propostas de alteração não acolhidas, com a razão da recusa.
- › Lista mestra e histórico de versões atualizados.

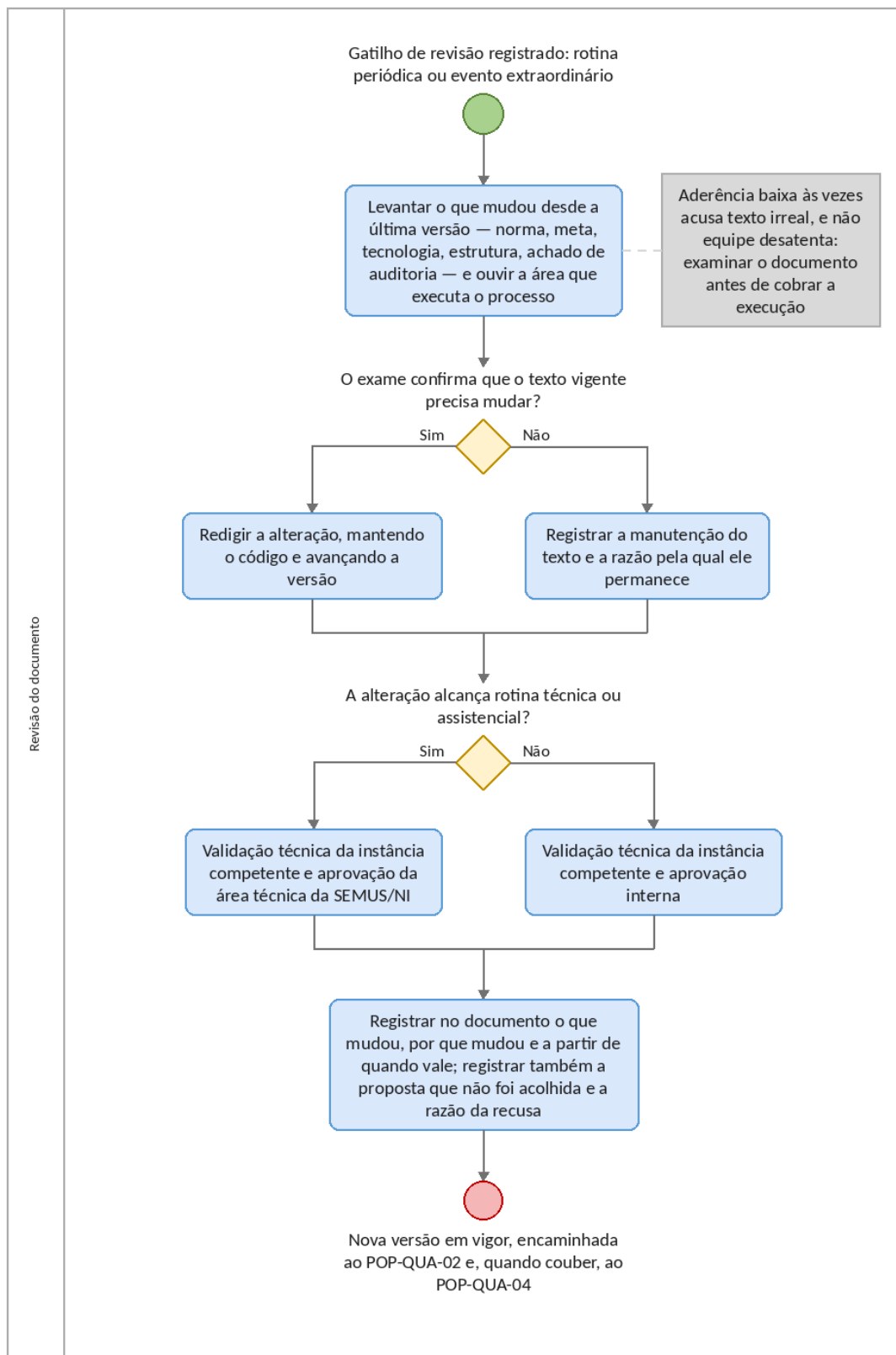
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A revisão é periódica e por evento	Rotina definida pelo serviço, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique.
O termo de referência nomeia os gatilhos	Novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços e alteração da estrutura.
Aderência baixa pode acusar o texto	Antes de cobrar a equipe, examinar se o documento descreve o processo que existe.
Versão avança, código permanece	É assim que a série do documento se lê inteira, do primeiro texto ao vigente.
Recusa também se registra	A proposta não acolhida deixa razão escrita, que é memória institucional.

POP-QUA-03.5 Fluxograma

O fluxograma da revisão começa no gatilho, que pode ser a rotina periódica ou um dos eventos extraordinários, e tem duas decisões: se o exame confirma a necessidade de alterar o texto,

porque manter o documento também é decisão que se registra, e se a alteração alcança rotina técnica ou assistencial, que muda o aprovador.

POP-QUA-03 — Revisão periódica e revisão extraordinária



Referência: Termo de Referência HGNI, item 12.14.6, alínea a; RDC/Anvisa n.º 63/2011, art. 51.

POP-QUA-04. Treinamento e comprovação de conhecimento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-QUA-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 15 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-QUA-04.1 Quando usar

- › Antes do início das atividades do profissional na unidade, na integração de quem é admitido.
- › Sempre que documento novo entra em vigor para a equipe que o executa.
- › Sempre que a revisão de um documento altera a execução da tarefa por quem já foi treinado.
- › Quando a auditoria de aderência aponta desvio cuja causa é desconhecimento do documento vigente.

POP-QUA-04.2 Fundamento

Artigo 32 da RDC n.º 63/2011, que determina promover a capacitação dos profissionais antes do início das atividades e de forma permanente, com registro que contenha data, horário, carga horária, conteúdo, nome e formação do instrutor e dos trabalhadores. Item 12.19.8 do termo de referência, que impõe programa contínuo de educação permanente visando à atualização frente às novas diretrizes do SUS, protocolos institucionais e inovações tecnológicas, com apresentação, quando solicitados pela SEMUS/NI, dos relatórios que enumera. Seções 15.7 e 15.12 do protocolo.

! SEM ESTES REGISTROS O TREINAMENTO NÃO SE COMPROVA

- › Relatório descritivo das atividades desenvolvidas.
- › Registro fotográfico dos treinamentos realizados.
- › Lista de presença devidamente assinada pelos participantes.
- › Comprovação da formação, habilitação ou qualificação profissional do facilitador ou instrutor responsável pelos treinamentos.

! SEM ESTES REGISTROS O TREINAMENTO NÃO SE COMPROVA

› São os quatro documentos que o item 12.19.8 do termo de referência exige que sejam apresentados quando solicitados pela SEMUS/NI, e alimentam o indicador contratual de educação permanente.

POP-QUA-04.3 Sequência de execução

1. Receber do POP-QUA-01 o documento novo, ou do POP-QUA-03 a versão revista, com a indicação das áreas que o executam.
2. Identificar o público que precisa do treinamento: quem executa a tarefa, quem a supervisiona e quem responde pelo resultado.
3. Definir com o Núcleo de Educação Permanente o formato, o conteúdo e a carga horária, considerando a natureza do documento e o regime de plantão das equipes.
4. Programar as turmas de modo a alcançar os diferentes turnos, para que a padronização não se perca entre plantões.
5. Realizar o treinamento, registrando data, horário, carga horária, conteúdo e a identificação do instrutor e dos participantes.
6. Aplicar a comprovação de conhecimento na forma adotada pelo serviço para aquele conteúdo — verificação escrita, demonstração prática ou observação da execução no posto de trabalho.
7. Registrar quem participou e quem ainda não participou, e programar a reposição de quem faltou, por escala ou por afastamento.
8. Reunir os quatro documentos exigidos pelo item 12.19.8 e arquivá-los junto ao registro da atividade.
9. Lançar as horas de treinamento e as integrações realizadas nos controles que alimentam os indicadores contratuais de educação permanente e de integração.
10. Devolver ao Núcleo de Gestão da Qualidade a percepção da equipe sobre a clareza do documento, porque dúvida repetida em treinamento costuma indicar texto que precisa de revisão.

Documento	O que comprova
Relatório descritivo das atividades desenvolvidas	Que o treinamento ocorreu, com que conteúdo e alcance
Registro fotográfico dos treinamentos realizados	A realização da atividade no ambiente e na data informados
Lista de presença devidamente assinada pelos participantes	Quem foi efetivamente alcançado, nominalmente
Comprovação da formação, habilitação ou qualificação do facilitador ou instrutor	Que quem ensinou detinha a qualificação para ensinar aquele conteúdo

Tabela POP-QUA-04.1 — Os quatro documentos de comprovação exigidos pelo item 12.19.8 do termo de referência.

✓ O QUE FAZ O TREINAMENTO CHEGAR AO PLANTÃO
› Treinar por turno, e não apenas por setor, porque a variação de conduta aparece entre plantões.
› Comprovar conhecimento, e não apenas presença: assinatura em lista não demonstra domínio.
› Registrar quem faltou e programar a reposição, para que a lacuna seja visível.
› Trazer o documento vigente para a sala, na versão publicada, e não em cópia antiga.

✗ O QUE FAZ O TREINAMENTO NÃO PRODUZIR EFEITO
› Treinar sobre versão superada do documento.
› Encerrar a atividade sem os quatro documentos de comprovação exigidos pelo termo de referência.
› Tratar a integração do admitido como formalidade administrativa, quando ela é o primeiro contato do profissional com os documentos que vai executar.
› Ignorar a dúvida repetida em sala, que é diagnóstico gratuito sobre a qualidade do texto.

POP-QUA-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

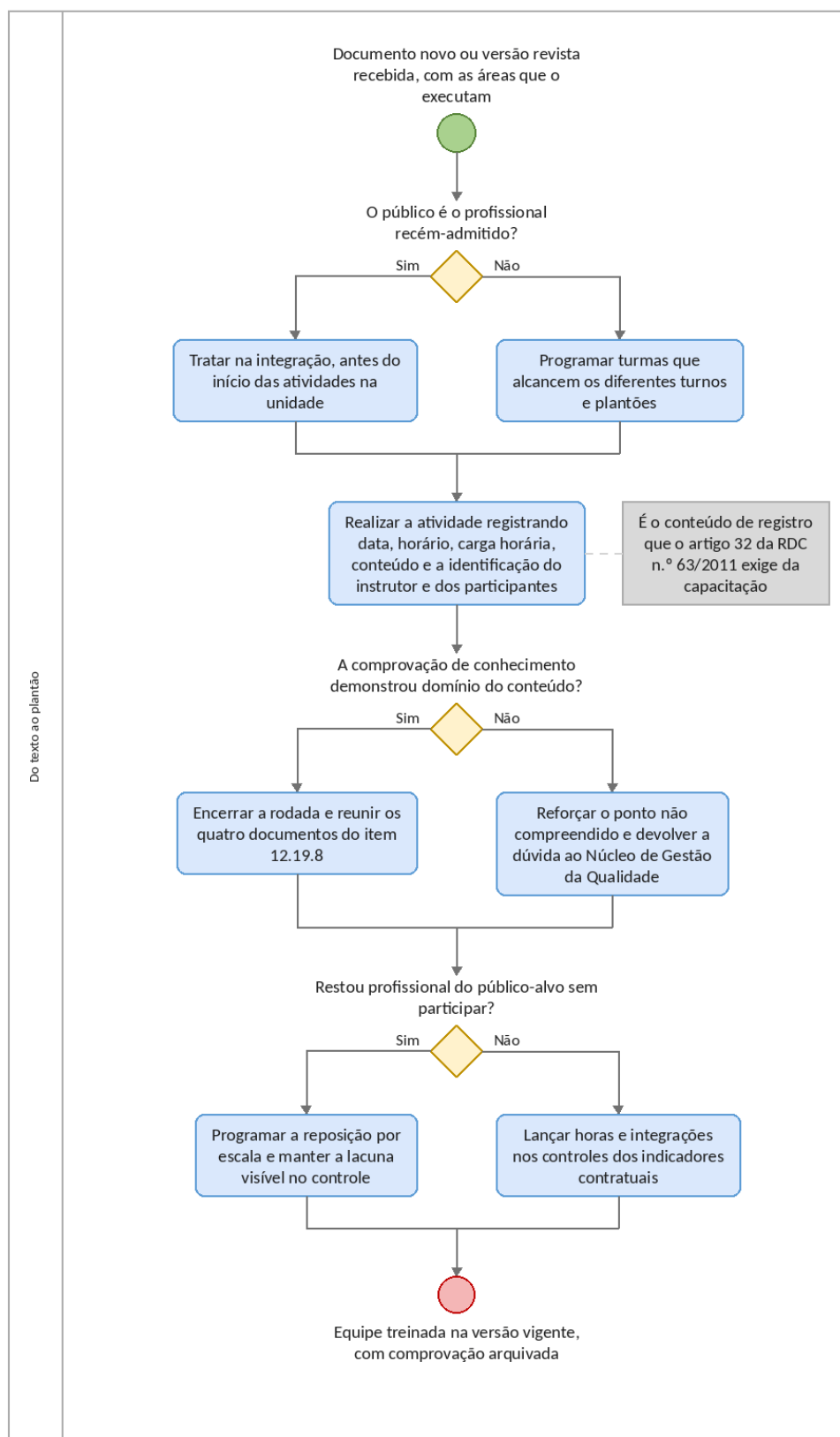
- › Registro da atividade com data, horário, carga horária, conteúdo e identificação do instrutor.
- › Lista de presença assinada e registro fotográfico.
- › Comprovação da formação, habilitação ou qualificação do facilitador.
- › Resultado da comprovação de conhecimento e programação da reposição de quem faltou.
- › Lançamento das horas de treinamento e das integrações nos controles dos indicadores contratuais.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Antes do início e de forma permanente	É a exigência do artigo 32 da RDC n.º 63/2011, que também define o conteúdo do registro.
Quatro documentos comprovam	Relatório, registro fotográfico, lista assinada e qualificação do instrutor.
Presença não é conhecimento	A comprovação se faz por verificação, demonstração ou observação no posto de trabalho.
O treinamento alimenta dois indicadores	Educação permanente e taxa de integração, ambos do Quadro 15 do termo de referência.
A sala devolve diagnóstico	Dúvida repetida sobre o mesmo ponto costuma indicar texto a revisar.

POP-QUA-04.5 Fluxograma

O fluxograma do treinamento separa, logo na primeira decisão, o profissional recém-admitido, que é alcançado na integração antes do início das atividades, das equipes já em atividade, que são alcançadas por turno. As duas decisões seguintes tratam do que fazer quando a comprovação de conhecimento não se confirma e quando resta público sem participar.

POP-QUA-04 — Treinamento e comprovação de conhecimento



Referência: RDC/Anvisa n.º 63/2011, art. 32; Termo de Referência HGNI, item 12.19.8 e Quadro 15, indicadores 21 e 22.

POP-QUA-05. Auditoria de aderência e tratamento de não conformidade

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-QUA-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 15 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-QUA-05.1 Quando usar

- › Na auditoria de aderência dos documentos vigentes, periódica e em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de verificar se o que se executa é o que o documento estabelece.
- › Na auditoria interna de prontuários, cujo relatório mensal o item 12.35.4.1 do termo de referência exige, com o índice de conformidade do preenchimento dos sumários de internação e de alta.
- › Sempre que uma não conformidade é identificada, por notificação, por auditoria ou por observação direta.
- › Quando a mesma não conformidade se repete, o que desloca a análise do caso para o processo.

POP-QUA-05.2 Fundamento

Item 12.35.4.1 do termo de referência, que exige relatório mensal de auditoria interna de prontuários demonstrando o índice de conformidade do preenchimento dos sumários de internação e alta. Item 12.16.1, alínea c, que determina desenvolver mecanismos e ferramentas para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, propondo ações preventivas e corretivas. Item 12.19.2.1, quanto ao relatório mensal consolidado do Núcleo de Segurança do Paciente. Seções 15.8 e 15.9 do protocolo.

✕ AS LEITURAS ERRADAS DE UM RESULTADO DE ADERÊNCIA

- › Ler o desvio como falha individual quando ele se repete em turnos e equipes diferentes: aí a causa está no processo ou no próprio texto.

✕ AS LEITURAS ERRADAS DE UM RESULTADO DE ADERÊNCIA

- › Ler aderência alta como qualidade alcançada quando o documento auditado descreve um processo que já não é o executado.
- › Ler a não conformidade isolada sem verificar a série, que é o que distingue o caso pontual do problema estrutural.
- › A auditoria de aderência mede execução contra documento vigente. Quando os dois divergem, a pergunta seguinte é qual dos dois está errado.

POP-QUA-05.3 Sequência de execução

1. Definir o escopo do ciclo: quais documentos serão auditados e em que setores, priorizando os de maior risco assistencial e os que sustentam meta contratual.
2. Conferir na lista mestra qual é a versão vigente de cada documento a auditar, para que a auditoria não seja feita contra texto superado.
3. Verificar a aderência no posto de trabalho, confrontando a execução observada e o registro produzido com o que o documento estabelece.
4. Aplicar conferência censitária aos estratos de maior risco e conferência por amostra periódica aos demais, em tamanho suficiente para detectar padrão.
5. Registrar cada desvio encontrado, indicando o documento, o passo, o setor e a evidência.
6. Classificar a não conformidade: documental, quando o documento falta, está superado ou é inexecutável; de aderência, quando o documento é adequado e a execução dele se afasta; de eficácia, quando o documento é cumprido e mesmo assim o resultado não se alcança.
7. Analisar a causa sem procura de culpado, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.
8. Definir a ação corretiva e, quando couber, a preventiva, com função responsável e prazo acordado com a área.
9. Encaminhar à revisão pelo POP-QUA-03 a não conformidade cuja causa está no próprio documento, e ao POP-QUA-04 aquela cuja causa é desconhecimento do texto vigente.
10. Verificar a eficácia da ação no ciclo seguinte, e reabrir o tratamento quando o desvio persistir.
11. Consolidar os resultados para o relatório mensal de auditoria interna de prontuários e para o relatório consolidado do Núcleo de Segurança do Paciente, conforme os itens 12.35.4.1 e 12.19.2.1 do termo de referência.

Espécie	Como se reconhece	Encaminhamento
Documental	Falta documento, o texto está superado ou é inexecutável	Elaboração pelo POP-QUA-01 ou revisão pelo POP-QUA-03

Espécie	Como se reconhece	Encaminhamento
De aderência	O documento é adequado e a execução se afasta dele	Treinamento pelo POP-QUA-04 e ação corretiva com a área
De eficácia	O documento é cumprido e o resultado não se alcança	Revisão do desenho do processo, com a área e a comissão da matéria
Reincidente	A mesma não conformidade retorna em ciclos sucessivos	Análise de causa pelo Núcleo de Segurança do Paciente e plano de ação

Tabela POP-QUA-05.1 — Classificação da não conformidade e o encaminhamento de cada espécie.

✓ O QUE FAZ A AUDITORIA MUDAR ALGUMA COISA

- › Auditar contra a versão vigente, conferida na lista mestra antes de ir a campo.
- › Devolver o resultado à área auditada com evidência objetiva e com prazo acordado.
- › Distinguir desvio de execução de defeito de documento antes de definir a ação.
- › Verificar a eficácia no ciclo seguinte, porque ação não verificada é ação não concluída.

✗ O QUE TRANSFORMA A AUDITORIA EM RITUAL

- › Auditar apenas a existência do documento, sem verificar a execução no posto de trabalho.
- › Registrar o desvio sem definir a ação, a função responsável e o prazo.
- › Encerrar a não conformidade pelo simples decurso do prazo, sem verificação de eficácia.
- › Tratar reincidência como caso novo, o que impede ver a série e a causa comum.

POP-QUA-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Plano e escopo do ciclo de auditoria de aderência.
- › Registro dos desvios encontrados, com documento, passo, setor e evidência.
- › Classificação da não conformidade e plano de ação, com função responsável e prazo.
- › Registro da verificação de eficácia no ciclo seguinte.
- › Relatório mensal de auditoria interna de prontuários e relatório consolidado do Núcleo de Segurança do Paciente.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Aderência mede execução contra documento	E o documento auditado tem de ser o vigente, conferido na lista mestra.
Três espécies, três encaminhamentos	Documental volta à redação; de aderência vai ao treinamento; de eficácia rediscute o processo.
Causa antes de culpado	A procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.
Ação sem verificação não encerra	A eficácia se confere no ciclo seguinte, e o desvio persistente reabre o tratamento.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

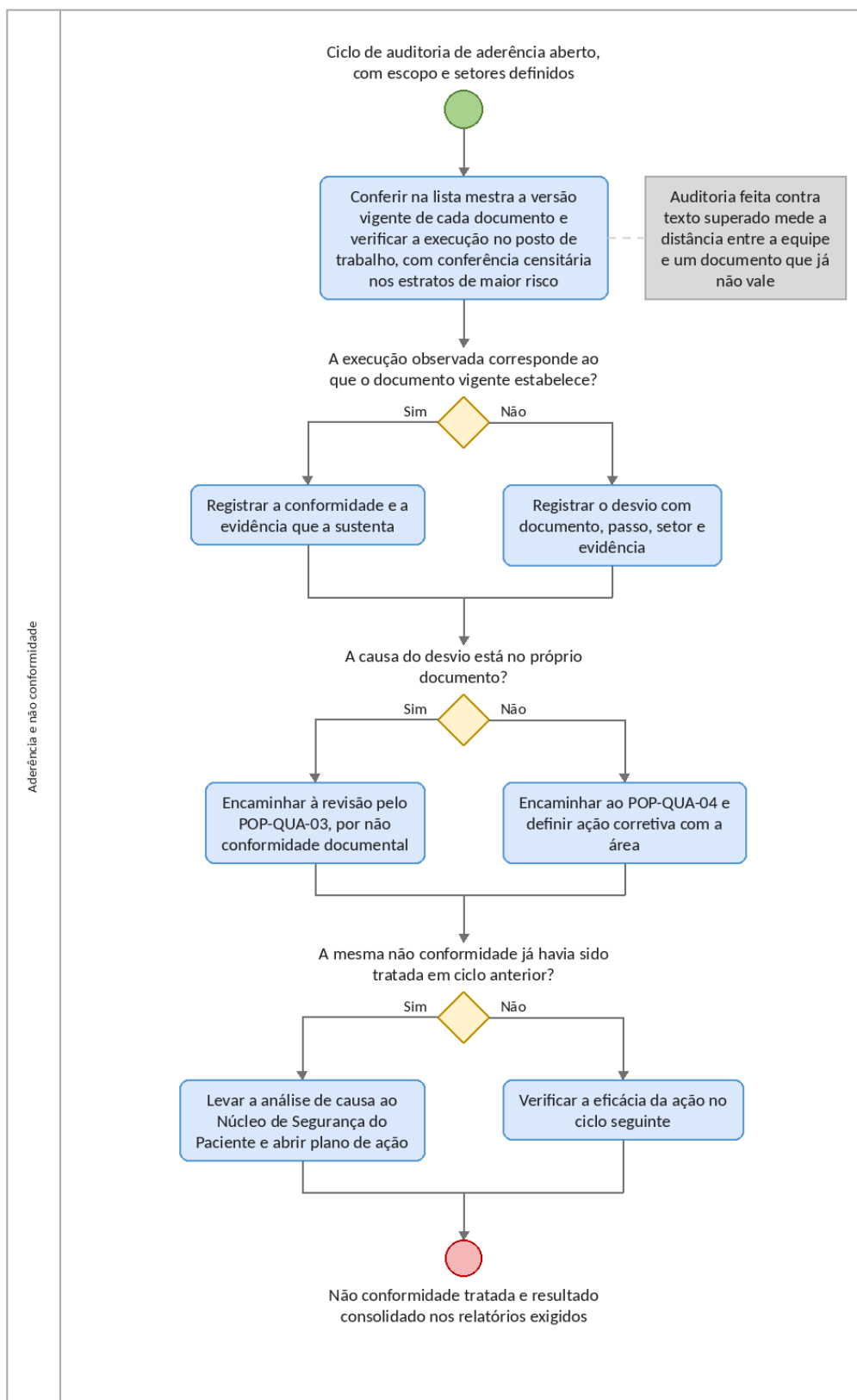
O termo de referência já pede um desses relatórios

O item 12.35.4.1 exige o relatório mensal de auditoria interna de prontuários.

POP-QUA-05.5 Fluxograma

O fluxograma da auditoria mostra as três decisões que definem o desfecho: se a execução corresponde ao documento vigente, se a causa do desvio está no próprio texto — o que devolve o caso à revisão em vez de ao treinamento — e se a não conformidade é reincidente, hipótese em que a análise de causa deixa de ser do caso e passa a ser do processo.

POP-QUA-05 — Auditoria de aderência e tratamento de não conformidade



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 12.16.1, alínea c, 12.19.2.1 e 12.35.4.1.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC n.º 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113787.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 529, de 1.º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026. Anexo VII — Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica e Econômica, item C.2.7. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Hotelaria Hospitalar, Higienização, Processamento de Roupas e Nutrição

Hospital Geral de Nova Iguaçu • setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

16.1 Âmbito e finalidade.....	898
16.2 Base normativa.....	899
16.3 Os serviços de apoio ao usuário e o regime de execução.....	900
16.4 Organização do processo e fluxo do serviço de hotelaria	900
16.5 Higienização e limpeza hospitalar: classificação de áreas e rotinas.....	901
16.6 Limpeza terminal, limpeza concorrente e o ciclo do leito	902
16.7 Processamento de roupas: lavanderia, rouparia e central de uniformes	903
16.8 Enxoval hospitalar: composição do kit, circulação e controle de perdas	903
16.9 Nutrição e dietética: a unidade de alimentação e nutrição	905
16.10 Prescrição dietética, produção e distribuição das refeições	905
16.11 Nutrição enteral e parenteral	906
16.12 Boas práticas de manipulação e segurança dos alimentos	907
16.13 Hotelaria hospitalar, ambiência e acolhimento do acompanhante	908
16.14 Atribuições e responsabilidades das equipes	909
16.15 Interface com a assistência, com a engenharia clínica e com o controle de infecção	910
16.16 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	911
16.17 Tratamento da não conformidade.....	912
16.18 Indicadores e monitoramento	912
16.19 Revisão, versão e governança do protocolo	914
16.20 Fluxograma	915

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	920
POP-HOT-01 Limpeza terminal do leito após a saída do paciente.....	921
POP-HOT-02 Limpeza concorrente por área classificada	926
POP-HOT-03 Limpeza de área crítica e de quarto de isolamento	930
POP-HOT-04 Recebimento, conferência e distribuição do enxoval processado	934
POP-HOT-05 Coleta, pesagem e expedição da roupa suja	938
POP-HOT-06 Recebimento da prescrição dietética e produção das refeições.....	942
POP-HOT-07 Conferência e distribuição da bandeja ao leito	947
POP-HOT-08 Preparo, conservação e administração de nutrição enteral.....	951
POP-HOT-09 Ronda de ambiência e tratamento da manifestação de hotelaria.....	955
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	960

Protocolo 16. Hotelaria Hospitalar, Higienização, Processamento de Roupas e Nutrição

16.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade organiza, executa e verifica os serviços de apoio que sustentam a permanência do usuário: a higienização e a limpeza das superfícies, o processamento das roupas e a gestão do enxoval, a alimentação e a dietética, e a ambiência que envolve o usuário, o acompanhante e quem trabalha. São serviços que não aparecem na prescrição e que, no entanto, decidem boa parte da experiência do cuidado — e também parte do seu resultado, porque limpeza de superfície, roupa processada e alimentação segura são barreiras sanitárias, e não apenas conforto.

O alcance é o percurso completo de cada um desses serviços dentro da unidade. Na higienização, da classificação da área à liberação do leito conferido. No processamento de roupas, da coleta da roupa suja no setor à devolução da peça processada e à sua circulação controlada. Na nutrição, da prescrição dietética lançada pela equipe assistencial à bandeja entregue no leito e ao registro da aceitação. Na hotelaria, da ronda de ambiência ao tratamento da manifestação recebida. Em todos, o protocolo alcança também a verificação do que foi entregue, porque serviço de apoio executado por terceiro só se demonstra cumprido quando a verificação fica registrada.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de hotelaria, higienização, processamento de roupas e nutrição observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por

um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

16.2 Base normativa

O protocolo se apoia em três camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que descreve cada um destes serviços, fixa composições e periodicidades próprias e enumera o que deve ser apresentado como evidência. A segunda é a das normas sanitárias vigentes, que disciplinam o funcionamento do serviço de saúde, a manipulação de alimentos, a terapia nutricional e o gerenciamento dos resíduos, e que se aplicam independentemente de menção contratual. A terceira é a da governança do contrato de gestão, que define quem mensura, quem fiscaliza e a quem se presta contas.

Na camada contratual, o item 8.7.8 disciplina a higiene e a limpeza: o 8.7.8.1 descreve o serviço de limpeza de superfícies em serviços de saúde, com disponibilidade de mão de obra, equipamentos, fornecimento dos materiais de higiene que nomeia, produtos saneantes domissanitários, manutenção de jardins e as ações de dedetização, desratização e descupinização; o 8.7.8.2 determina que o serviço de higiene, limpeza e desinfecção se apoie no manual de limpeza e desinfecção de superfícies da agência sanitária federal. O item 8.7.9 organiza a hotelaria e a rouparia, dos conceitos de acolhimento e ambiência dos itens 8.7.9.1 a 8.7.9.3 aos objetivos do 8.7.9.4, à operacionalização do 8.7.9.5.1, ao perfil e às atribuições do coordenador nos itens 8.7.9.6 e 8.7.9.7, e ao processamento de roupas dos itens 8.7.9.8.1 a 8.7.9.8.13. O item 8.7.12 trata da nutrição e dietética, e o item 12.13 relaciona, entre os serviços que a contratada deve fornecer, a lavanderia e rouparia, a limpeza e higienização, os uniformes e as roupas hospitalares no padrão da secretaria, o kit de enxoval da hotelaria, o kit de higiene a todos os pacientes internados e a nutrição dos usuários, incluídas a enteral e a parenteral quando indicadas.

Na camada sanitária, aplicam-se ao serviço as normas vigentes de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, as de boas práticas para serviços de alimentação e de procedimentos operacionais padronizados aplicados à manipulação de alimentos, a que estabelece os requisitos mínimos da terapia de nutrição enteral e a que regulamenta o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, esta última na interface com a higienização e com o processamento de roupas. Elas obrigam por serem norma sanitária vigente, e é nessa qualidade que aqui se invocam. O manual de limpeza e desinfecção de superfícies, por sua vez, é referência que o próprio instrumento contratual nomeia no item 8.7.8.2, e por isso vale nas duas camadas ao mesmo tempo.

Na camada da governança, o contrato de gestão define o que se mede e para quem se reporta. O item 8.7.9.4.4 determina mensurar os dados quantitativos dos serviços prestados e os indicadores estatísticos, nomeando entre os principais a limpeza terminal, a limpeza concorrente, a rouparia, a ouvidoria e a manutenção. O Quadro 15 fixa os indicadores de

desempenho mensal da unidade, entre os quais o de resolubilidade da ouvidoria, com meta igual ou superior a 90%. E o item 8.7.9.5.1 situa a coordenação de hotelaria local em articulação com a coordenação central, com a Subsecretaria de Controle, Avaliação e Regulação e com a Superintendência de Atenção Especializada.

16.3 Os serviços de apoio ao usuário e o regime de execução

Os serviços de que trata este protocolo são executados por terceiros contratados, e essa é a característica que organiza todo o desenho. O item 8.7.9.8.1 determina realizar o processamento de roupas de serviços de saúde — coleta, recuperação e distribuição do enxoval em condições de uso — conforme contrato com a empresa prestadora do serviço, nos padrões determinados pela secretaria. O item 8.7.9.8.10 trata expressamente do serviço de lavagem e desinfecção realizado fora do ambiente hospitalar, por meio de terceirização. O item 8.7.12.2 atribui à empresa responsável pela nutrição o fornecimento da alimentação. E o item 12.13 relaciona a limpeza e higienização, a lavanderia e rouparia e a nutrição entre os serviços que a contratada deve fornecer.

Executar por terceiro não transfere a responsabilidade pelo resultado. O que muda é a natureza do ato de gestão: em vez de dirigir a execução, a unidade específica, acompanha, verifica e documenta. Por isso este protocolo se articula com o Protocolo 7, que trata dos contratos e da fiscalização de terceiros, e é lá que se encontram o regime de fiscalização do contrato, o tratamento do descumprimento e a instrução do pagamento. Aqui se descreve o conteúdo técnico do que se fiscaliza: como a limpeza se organiza por classificação de área, como o enxoval circula e se controla, como a refeição chega ao leito certo e o que cada uma dessas etapas deixa como evidência.

A fiscalização desses contratos é exercida pela Direção Administrativa, que integra o nível tático da governança da unidade, e a sua articulação com a Coordenação de Hotelaria é permanente: o desvio que a coordenação apura na ronda ou na conferência do dia é o insumo que instrui a fiscalização, e a providência que a fiscalização adota é o que impede que o mesmo desvio se repita no mês seguinte. Com a manutenção predial e a engenharia clínica, disciplinadas no Protocolo 13, a articulação é de outra ordem: a hotelaria identifica e encaminha o que é de infraestrutura ou de equipamento, e acompanha até a conclusão, porque leito sem condição de uso por dano não resolvido permanece indisponível ainda que a limpeza tenha sido impecável.

O instrumento contratual acrescenta deveres documentais próprios desse regime, e eles compõem a rotina descrita neste protocolo. O item 8.7.9.8.12 exige a apresentação da escala dos colaboradores em conformidade com a competência da nota fiscal apresentada, com os recibos de pagamento e as guias trabalhistas de encargos e os respectivos comprovantes. O item 8.7.9.8.13 estende a mesma exigência aos colaboradores responsáveis pelo fornecimento de alimentação e acrescenta a apresentação do controle do quantitativo diário de refeições. O item 8.7.9.8.10 exige, ainda, a apresentação semestral do certificado de aferição da balança utilizada na pesagem.

16.4 Organização do processo e fluxo do serviço de hotelaria

O processo tem um único ponto de partida diário, e reconhecê-lo simplifica tudo o que vem depois: o censo de internação e a movimentação dos leitos. É o censo que diz quantos leitos serão higienizados, quantos kits de enxoval serão montados e quantas refeições serão produzidas por tipo e por dieta. O item 8.7.9.8.8 é explícito ao vincular à rouparia a organização do enxoval e a montagem dos kits através do censo de internação. Programação feita sobre censo desatualizado não erra por pouco: erra em bloco, porque o mesmo dado alimenta três serviços ao mesmo tempo.

O serviço organiza-se em três frentes que operam simultaneamente e que exigem ritmos distintos. A primeira é a rotina programada: a limpeza concorrente por área classificada, a coleta e a expedição da roupa suja, a produção e a distribuição das refeições nos horários previstos. A segunda é a resposta ao evento: a saída do leito que aciona a limpeza terminal, o derramamento que exige tratamento imediato, a alteração de dieta que chega depois do porcionamento. A terceira é a verificação: a conferência do que o prestador entregou, a ronda de ambiência e o tratamento da manifestação recebida.

Separar as três importa por uma razão prática. A rotina programada consome a maior parte da capacidade e tem horário fixo; quando a resposta ao evento não tem alocação própria, ela desloca a rotina e o resultado é a limpeza concorrente que não acontece porque houve muitas altas naquele turno. E quando a verificação é tratada como sobra do que restar, ela simplesmente não ocorre — e o que se perde não é a conferência em si, mas a evidência de que o serviço contratado foi entregue como especificado. Por isso a verificação tem responsável nomeado e lugar próprio na organização do dia.

O fluxo tem um ponto de retorno, e ele é o mesmo nas três áreas: a reprovação na conferência. Leito que a enfermagem não aprova retorna à higienização; peça que não atende à condição de uso retorna ao prestador com anotação no romaneio; bandeja que não confere com o mapa vigente retorna à cozinha antes de chegar ao leito. Nenhum desses retornos é informal: cada um gera registro, porque é a série desses registros que revela se o desvio é pontual ou estrutural, e é essa distinção que define se a providência é corrigir o item ou tratar a causa com o prestador.

16.5 Higienização e limpeza hospitalar: classificação de áreas e rotinas

O serviço de limpeza tem escopo definido no item 8.7.8.1: prestar serviço de limpeza e de superfícies em serviços de saúde, visando manter condições adequadas de salubridade e higiene em todas as dependências da unidade, com disponibilidade de mão de obra, equipamentos e fornecimento dos materiais de higiene que o próprio item nomeia — papel toalha, papel higiênico, sabonete líquido e álcool em gel —, além dos produtos saneantes domissanitários, da manutenção de jardins e das ações de dedetização, desratização e descupinização. Registrar esse escopo por inteiro tem consequência prática: a reposição dos materiais de higiene e o controle integrado de pragas integram o serviço contratado, e não são acessórios de que se cuida quando sobra tempo.

A referência técnica é a que o item 8.7.8.2 determina: o manual de limpeza e desinfecção de superfícies da agência sanitária federal. Dele vem a organização que este protocolo adota, que é

a classificação das áreas pelo risco de transmissão associado ao que ali se faz. Área crítica é aquela em que se realiza procedimento invasivo ou que abriga usuário de maior risco de infecção. Área semicrítica é a ocupada por usuários sem procedimento invasivo em curso. Área não crítica é a que não é ocupada por usuários ou é de circulação administrativa. A classificação não é rótulo: dela decorrem a rotina, a técnica, o material utilizado e a frequência.

Duas regras técnicas atravessam todas as rotinas e merecem enunciado próprio. A primeira é a da sequência: limpa-se de cima para baixo e do mais limpo para o mais sujo, e o sanitário se executa por último, com material próprio que não retorna à área do leito. A segunda é a da matéria orgânica: sangue, secreção e derramamento se removem antes de qualquer outra etapa, e só então se desinfeta o local atingido — aplicar saneante sobre matéria orgânica consome o produto sem desinfetar. A elas se soma o cuidado com o tempo de contato indicado pelo fabricante do saneante, que é a diferença entre limpar e desinfetar, e a exigência de que o produto seja regularizado junto à autoridade sanitária.

A organização do material é o que operacionaliza a classificação. Pano, mop e balde têm uso definido por área e por finalidade, e o carrinho funcional é conferido no início do turno, com saneantes, panos, sacos de resíduo por grupo e materiais de reposição. A razão não é burocrática: rotina interrompida no meio para buscar material perde a sequência, e sequência perdida é a origem mais comum do transporte de sujeira entre ambientes. A frequência de cada rotina decorre da classificação da área e da rotina definida pelo serviço, ajustada à circulação e ao uso efetivo de cada ambiente.

16.6 Limpeza terminal, limpeza concorrente e o ciclo do leito

A limpeza concorrente é a que se faz com a área em uso, na rotina do turno, e alcança as superfícies horizontais, o mobiliário, as superfícies de maior toque, o sanitário e o piso, além da reposição dos materiais de higiene e do recolhimento dos resíduos segregados. A limpeza terminal é a que se faz quando o leito se desocupa ou quando a precaução se encerra, e alcança todo o ambiente e todo o mobiliário, inclusive as faces que a rotina diária não atinge. As duas se distinguem pela extensão e pelo momento, não pela técnica: a sequência, o tempo de contato e a separação do material valem igualmente nas duas.

O ciclo do leito é o encadeamento que liga a saída do usuário à disponibilidade do leito para o próximo, e nele a hotelaria é elo e não dona. O item 8.7.9.8.8 atribui ao setor de roupa acionar a equipe de higienização para o leito após a alta e após procedimento, efetivando a conservação do ambiente dentro dos padrões de higienização, e ainda organizar o enxoval e montar os kits a partir do censo. O item 8.7.9.8.7 acrescenta o zelo pela arrumação dos leitos e pela dispensação do enxoval hospitalar. A comunicação da saída pelo setor de internação, o acionamento pela roupa, a execução pela equipe de higienização e a conferência pela enfermagem são quatro passagens de responsabilidade, e cada uma delas precisa deixar registro, sob pena de o tempo perdido no ciclo virar discussão entre setores em vez de correção de processo.

O item 8.7.9.4.4 determina mensurar os dados quantitativos dos serviços prestados e os indicadores estatísticos, para ajudar a descrever a situação atual, realizar comparações, verificar mudanças e avaliar a execução das ações planejadas durante um período, em termos de qualidade e quantidade, nomeando entre os principais a limpeza terminal e a limpeza

concorrente. É esse o dever que o protocolo cumpre: constituir a série de cada uma, com a finalidade declarada de comparar períodos, identificar onde o desenho e a prática se afastam e sustentar a análise conjunta com o prestador e com a fiscalização do contrato.

Duas condições fazem essa mensuração ser útil em vez de decorativa. A primeira é que o dado seja registrado no momento em que o fato ocorre, por leito e por área, com identificação de quem executou e de quem conferiu — anotação feita de memória ao fim do turno, para vários leitos de uma vez, produz série sem valor de correção. A segunda é que a série seja lida por origem, e não apenas em agregado: a diferença entre um setor e outro é o que aponta onde a causa está, e é essa leitura que transforma a mensuração exigida em instrumento de gestão.

16.7 Processamento de roupas: lavanderia, rouparia e central de uniformes

O item 8.7.9.8.1 define o objeto: realizar o processamento de roupas de serviços de saúde, compreendendo a coleta, a recuperação e a distribuição do enxoval hospitalar em condições de uso, conforme contrato com a empresa prestadora do serviço e nos padrões determinados pela secretaria. O processamento propriamente dito — lavagem e desinfecção — é realizado fora do ambiente hospitalar, por meio de terceirização, na forma do item 8.7.9.8.10. Dentro da unidade permanecem a coleta e a expedição da roupa suja, o recebimento e a conferência da roupa processada, a guarda, a montagem dos kits, a dispensação aos setores e o controle da circulação.

O item 8.7.9.8.10 fixa duas exigências verificáveis sobre a pesagem, e ambas são estruturantes do controle. A primeira é que toda roupa limpa pesada seja aferida em balança que emita a pesagem na forma de etiqueta, assegurando maior confiabilidade ao registro. A segunda é que seja apresentado, semestralmente, o certificado de aferição da balança utilizada. A etiqueta é o que torna a pesagem conferível no ato do recebimento, e o certificado é o que torna a própria balança confiável — sem os dois, o peso é uma declaração, e não uma medida.

O item 8.7.9.8.11 exige apresentar o controle diário de pesagem da roupa limpa e da roupa suja, bem como o controle de entrada e saída do quantitativo de enxovais, incluindo a descrição do respectivo fluxo. Esse controle é diário por determinação do instrumento, e não por escolha do serviço, e a sua utilidade cresce quando é lançado por setor de origem: a variação de um setor específico aponta causa localizada — mudança de perfil de ocupação, acúmulo de peça retida, descarte indevido — que a leitura agregada esconderia. O item 8.7.9.8.5 assegura ainda o fornecimento dos materiais de escritório para o controle dos formulários referentes à distribuição e ao controle das roupas hospitalares, dos utensílios e dos equipamentos necessários ao funcionamento do serviço.

A rouparia opera com mão de obra específica a cada função, na forma do item 8.7.9.8.4, que nomeia os auxiliares de rouparia, a costura e a chefia do setor. A costura tem importância que se subestima: peça recuperada a tempo permanece no quantitativo em circulação, e peça que se perde por desgaste não tratado sai dele em silêncio. A central de uniformes, prevista no item 8.7.9.8.6, responde pela distribuição de uniforme padronizado para toda a equipe de plantão, e articula-se com o item 12.13, que relaciona os uniformes no padrão estabelecido pela secretaria entre os itens a fornecer. A entrega por colaborador de plantão é registrada, o que permite acompanhar reposição e devolução.

16.8 Enxoval hospitalar: composição do kit, circulação e controle de perdas

O item 8.7.9.8.2 define enxoval hospitalar como o conjunto de roupas utilizadas pelo hospital com a finalidade de atender aos diversos serviços e procedimentos assistenciais, e fixa que, visando ao melhor atendimento dos setores e aos usuários, é necessária a disponibilidade de 4 (quatro) a 5 (cinco) trocas, para que o descanso do enxoval após a lavagem seja eficaz. O próprio item declara a razão do número: conforto, segurança na limpeza e desinfecção, durabilidade, boa apresentação, economia no processamento e resistência aos produtos de lavagem. O parâmetro é do instrumento, e é nessa condição que o protocolo o adota e o acompanha.

O item 8.7.9.8.3 determina que a distribuição do enxoval aos usuários em internação seja feita por meio de kits, com a composição que fixa, contemplando o mínimo de duas trocas diárias, ou conforme demanda por ocorrência e sujidade. O item 12.13 relaciona o kit de enxoval da hotelaria padronizado entre os itens a fornecer, acrescentando à composição a fronha e o oleado, e prevê ainda o kit de higiene, que contemplará todos os pacientes internados, independentemente do setor. A unidade dispensa o kit completo, somando as duas previsões, e observa o mínimo de duas trocas diárias com as trocas adicionais que a ocorrência e a sujidade determinarem.

Item do kit	Quantidade por kit	Origem no instrumento
Lençol	2 (dois)	Itens 8.7.9.8.3 e 12.13
Traçado	1 (um)	Itens 8.7.9.8.3 e 12.13
Cobertor	1 (um)	Itens 8.7.9.8.3 e 12.13
Camisola ou pijama	1 (uma)	Itens 8.7.9.8.3 e 12.13
Toalha de banho	1 (uma)	Itens 8.7.9.8.3 e 12.13
Fronha	1 (uma)	Item 12.13
Oleado	1 (um)	Item 12.13
Trocas diárias do kit	Mínimo de duas, ou conforme demanda por ocorrência e sujidade	Item 8.7.9.8.3
Trocas de enxoval disponíveis	4 (quatro) a 5 (cinco)	Item 8.7.9.8.2

Tabela 16.1 — Composição do kit de enxoval dispensado ao usuário em internação e os parâmetros de troca fixados pelo instrumento contratual.

A circulação do enxoval é matéria de controle expresso. O item 8.7.9.8.9 determina controlar a saída do enxoval do setor da rouparia e a sua circulação nos setores de internação, e o item 8.7.9.7.4 inclui entre as atribuições do coordenador de hotelaria organizar e dispensar os kits de enxoval. Na prática, isso significa que a saída é registrada por setor, que a reposição durante o plantão também o é, e que o quantitativo em circulação é acompanhado contra o controle diário de entrada e saída. Enxoval que sai sem registro não desaparece de uma vez: some aos poucos, e a falta aparece semanas depois como incapacidade de cumprir as trocas previstas.

A perda tem três origens típicas, e cada uma se trata de modo diferente. A primeira é o desgaste natural, que se enfrenta com a recuperação pela costura e com a baixa registrada da peça inservível — baixa não registrada corrompe o quantitativo e faz a reposição chegar tarde. A segunda é o extravio na circulação, que se enfrenta com o registro nominal de saída e com a conferência periódica do que cada setor tem em uso, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de manter o quantitativo fidedigno. A terceira é o descarte indevido junto com resíduo ou roupa suja, que se enfrenta na origem, orientando as equipes e verificando o hamper na coleta, sem introduzir as mãos.

16.9 Nutrição e dietética: a unidade de alimentação e nutrição

O item 8.7.12.1 define o objeto do serviço: fornecer gêneros e produtos alimentícios, estocagem, preparo, manipulação e a distribuição de alimentação normal, alimentação dietética, fórmulas infantis e alimentos complementares, com disponibilização de mão de obra qualificada para a execução das tarefas, equipamentos, materiais e utensílios nas unidades de alimentação e nutrição, em quantidade necessária à perfeita execução dos serviços. O escopo, portanto, vai do gênero à bandeja, e inclui o instrumental de produção — o que faz da conservação dos equipamentos matéria de acompanhamento permanente, articulada com a manutenção na forma do Protocolo 13.

A unidade de alimentação e nutrição organiza-se por fluxo, e o princípio que a governa é o da marcha adiante: o gênero entra pela recepção, passa pelo armazenamento, segue para o pré-preparo, o preparo e o porcionamento, e sai para a distribuição, sem que o produto pronto retorne à área do produto cru nem cruze com ela. Áreas de recepção, de armazenamento, de pré-preparo, de cocção, de porcionamento e de higienização de utensílios têm funções distintas, e é a separação entre elas que evita a contaminação cruzada. O mesmo princípio governa o fluxo de resíduos, que sai por percurso próprio.

A responsabilidade técnica é do nutricionista, a quem cabe avaliar o estado nutricional, planejar, prescrever e acompanhar a terapia nutricional, elaborar os cardápios adaptados às necessidades clínicas e patológicas, monitorar a aceitação alimentar e a evolução do quadro, participar da equipe multiprofissional e responder pela segurança alimentar e pela qualidade dos serviços de nutrição, na forma da descrição de atribuições que o próprio instrumento contratual traz para a função. É essa competência que separa a produção de alimentos em escala do serviço de dietética hospitalar, em que cada refeição corresponde a uma prescrição individual.

O funcionamento observa as normas sanitárias vigentes de boas práticas para serviços de alimentação e de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, das quais decorrem o manual de boas práticas, os procedimentos operacionais padronizados de higienização de instalações e equipamentos, de controle integrado de vetores e pragas, de higienização do reservatório e de controle da potabilidade da água, de higiene e saúde dos manipuladores e de manejo dos resíduos. Esses procedimentos são documentos do serviço, mantidos acessíveis a quem executa e revistos sempre que houver alteração normativa ou mudança de processo que os afete.

16.10 Prescrição dietética, produção e distribuição das refeições

A refeição hospitalar começa na prescrição e termina no registro da aceitação, e todo o percurso entre um ponto e outro é cadeia de identificação. A equipe assistencial lança a prescrição; o nutricionista consolida o mapa de dietas confrontando prescrição e censo de internação; a produção segue o mapa; o porcionamento observa dieta, consistência e restrições; a bandeja é identificada por leito, nome e dieta; a entrega confere a identificação do usuário no leito. Cada elo é uma barreira, e a única que resta depois que o carro sai da cozinha é a identificação da bandeja somada à conferência no leito.

O item 8.7.12.2 fixa o que se fornece e a quem. A empresa responsável pela nutrição deve fornecer alimentação para os pacientes, para os colaboradores e para os acompanhantes, e determina que, nas refeições principais — almoço e jantar —, haja opção de proteína, suco e sobremesa para todos os contemplados. O item 8.7.12.3 acrescenta a realização de cardápios para as datas festivas para todos os contemplados pela nutrição, a alimentação divertida para os leitos pediátricos e o fornecimento de coffee break para os eventos existentes no hospital, desde que solicitados pela direção ou pelo setor responsável pelo evento. O item 12.12.22 determina providenciar acomodações e alimentação para acompanhantes dos usuários, quando necessário, atendendo à legislação vigente.

▣ AS REFEIÇÕES QUE O ITEM 8.7.12.2 DETERMINA FORNECER

- Pacientes: desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia.
- Colaboradores: desjejum, almoço, merenda e jantar.
- Acompanhantes: desjejum, almoço e jantar.
- Nas refeições principais, almoço e jantar, opção de proteína, suco e sobremesa para todos os contemplados — paciente, colaborador e acompanhante.
- O item 8.7.12.3 acrescenta cardápio para datas festivas, alimentação divertida para os leitos pediátricos e coffee break para os eventos, quando solicitado pela direção ou pelo setor responsável.

A distribuição observa o mapa vigente no momento da entrega, e não o do momento do porcionamento. A distinção não é preciosismo: entre uma coisa e outra ocorrem altas, transferências internas, jejuns para exame e suspensões de dieta, e é exatamente aí que a bandeja certa encontra o leito errado. Por isso a equipe confirma com a enfermagem do setor as alterações ocorridas desde o porcionamento, devolve a bandeja quando há jejum, suspensão ou ausência, registra a ocorrência e reprograma a oferta com a equipe assistencial. O tempo entre o porcionamento e a entrega é acompanhado, porque dele dependem a temperatura e a segurança do alimento servido.

O registro fecha o ciclo em duas direções. Para a assistência, o registro da aceitação alimenta a reavaliação da dieta: recusa reiterada é informação clínica, e não preferência a acomodar. Para a gestão do contrato, o quantitativo diário de refeições servidas por tipo e por grupo atendido é exigência expressa do item 8.7.9.8.13, que determina a apresentação do controle do quantitativo diário de refeições ao lado da escala dos colaboradores responsáveis pelo fornecimento de alimentação, em conformidade com a competência da nota fiscal apresentada.

16.11 Nutrição enteral e parenteral

A terapia nutricional integra o objeto contratado. O item 12.13 inclui a nutrição dos usuários entre os itens que a contratada deve fornecer, dentro de padrões adequados de qualidade, e determina que, para os pacientes internados no Hospital Geral de Nova Iguaçu, se incluam a nutrição enteral e a parenteral quando indicadas. O item 8.7.17.1 relaciona a nutrição, incluída a enteral e a parenteral, entre os serviços de apoio com que a unidade conta. A terapia nutricional, portanto, não é serviço acessório da alimentação: é conduta terapêutica, prescrita, preparada, administrada e monitorada, com rastreabilidade própria.

A governança clínica da matéria tem instância nomeada. O item 12.14.3 institui, entre as instâncias obrigatórias, a comissão multiprofissional de terapia nutricional, com composição que o próprio item indica — um médico, uma enfermeira e um nutricionista —, e o item 12.14.4 determina designar profissional de saúde de nível superior como responsável técnico para cada comissão. É a essa comissão que se levam os protocolos de indicação, os casos de maior complexidade e as ocorrências apuradas no preparo, na conservação e na administração, de modo que o achado operacional retorne como decisão técnica.

A execução observa a norma sanitária vigente sobre os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral, que disciplina as etapas do processo, da prescrição à administração, e as condições de preparo, conservação, transporte e controle de qualidade. Dela decorre a exigência de que a prescrição dietética anteceda qualquer manipulação, de que o preparo se dê em área destinada a essa finalidade, com manipulador paramentado e água de qualidade controlada, e de que o frasco seja identificado com nome do usuário, leite, fórmula, volume, data e hora do preparo e prazo de validade.

A cadeia de conservação é o ponto crítico do percurso, porque falha silenciosamente. Entre o preparo e a instalação há transporte, guarda e passagem de responsabilidade, e cada uma dessas etapas precisa deixar horário registrado. Rompida a cadeia, a dose se descarta e se repõe, com a não conformidade registrada — reaproveitar dose cuja conservação não se pode atestar troca um custo pequeno por um risco grande. Na administração, a enfermagem confere identificação, via e integridade antes de instalar, registra o início da infusão e o volume administrado, e interrompe e comunica a equipe assistencial diante de intercorrência. A nutrição parenteral, quando indicada, segue o mesmo princípio de prescrição, identificação e rastreabilidade, com os cuidados próprios da via.

16.12 Boas práticas de manipulação e segurança dos alimentos

As boas práticas são o conjunto de condições e procedimentos que tornam o alimento seguro, e observam as normas sanitárias vigentes para serviços de alimentação e para os procedimentos operacionais padronizados aplicados à manipulação de alimentos. Elas se organizam em torno de poucos eixos: a qualidade da matéria-prima recebida, o controle de tempo e temperatura ao longo do processo, a higiene e a saúde do manipulador, a higienização das instalações, dos equipamentos e dos utensílios, o controle da água e o controle integrado de vetores e pragas. Cada eixo tem procedimento escrito e registro próprio, e é o registro que transforma a prática em evidência.

O recebimento é a primeira barreira, e a mais barata. Cada gênero é conferido quanto a rótulo, prazo de validade, temperatura de chegada e integridade da embalagem, e o que não atende ao critério de aceitação é recusado no ato, com registro da ocorrência e comunicação ao prestador. Aceitar para conferir depois é decisão que se paga adiante: o gênero entra no estoque, mistura-se ao conforme e deixa de ser identificável. O armazenamento observa a separação por tipo, a identificação e a saída ordenada pela validade, e a área seca, a refrigerada e a congelada têm controles de temperatura próprios, lidos e anotados no momento da leitura.

O controle de tempo e temperatura atravessa a produção inteira. Ele alcança o descongelamento, a cocção, o resfriamento quando houver, a manutenção do preparo pronto e o tempo de espera até a distribuição. Preparo cuja temperatura ou cujo tempo de espera estiver fora do critério adotado é bloqueado, tem a não conformidade registrada e é substituído — a decisão é do serviço, com a responsabilidade técnica do nutricionista, e não se negocia com o horário da refeição. A coleta e a conservação de amostras das preparações, identificadas com data, horário e responsável, completam o controle e são o que permite investigar eventual ocorrência depois que a refeição já foi servida.

A higiene do manipulador é a barreira que mais depende de rotina e de supervisão. Ela alcança a higienização das mãos nos momentos definidos, o uniforme completo e limpo, a proteção dos cabelos, a ausência de adornos e o afastamento de atividades de contato direto com alimento diante de lesão exposta ou de quadro que o contraindique. A capacitação é permanente e registrada, e articula-se com o item 8.7.9.4.3, que determina capacitar os colaboradores não assistenciais de forma a potencializar as ações referentes ao acolhimento, à hospitalidade e ao bem-estar, aperfeiçoando a relação com o usuário. O controle integrado de vetores e pragas encontra-se, ainda, no item 8.7.8.1, que inclui a dedetização, a desratização e a descupinização no serviço contratado.

16.13 Hotelaria hospitalar, ambiência e acolhimento do acompanhante

O item 8.7.9.1 define hotelaria hospitalar a partir da ideia de receber bem, de acolher de forma cordial e humanizada, e a caracteriza como a junção dos serviços de apoio que, somados aos serviços específicos, fornecem ao usuário conforto, segurança e bem-estar durante o período de internação. O item 8.7.9.2 relaciona essa definição ao conceito de ambiência — espaço, confortabilidade, privacidade e individualidade —, e estende o propósito ao conforto de quem trabalha, contemplando as áreas de atendimento ao público, o serviço de limpeza, a lavanderia e a rouparia. O item 8.7.9.3 acrescenta o efeito que se busca: a diminuição da angústia e o aumento das práticas de humanização.

Os objetivos estão enunciados no item 8.7.9.4 e organizam a atuação da coordenação. O 8.7.9.4.1 determina oferecer aos usuários condições de bem-estar, assistência, segurança e qualidade no atendimento, e realizar mudanças nos espaços conforme conceitos de ambiência. O 8.7.9.4.2 determina organizar mudanças nos processos de trabalho de forma a prover melhorias no atendimento a usuários e familiares, conforme protocolos estabelecidos. O 8.7.9.4.3 trata da capacitação dos colaboradores não assistenciais. O 8.7.9.4.4 fixa o dever de mensurar. E o 8.7.9.4.5 determina acompanhar a aquisição de mobiliários, equipamentos e enxovais, entre outros.

A função de coordenação tem perfil e atribuições definidos. O item 8.7.9.6 exige profissional com formação em ensino superior, experiência comprovada de dois anos em hotelaria hospitalar, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública, e especialização em hotelaria hospitalar, esta última expressamente obrigatória. O item 8.7.9.7 fixa as atribuições: articular com a direção da unidade e com a secretaria as mudanças necessárias; ser referência para os profissionais, mantendo-se identificado, uniformizado e com postura profissional; conhecer o conteúdo dos contratos sob sua gerência; organizar e dispensar os kits de enxoval; criar e otimizar espaços e ambientes de convivência que favoreçam o bem-estar dos profissionais; e solicitar, sempre que necessário, a comunicação visual conforme o padrão da secretaria.

O acolhimento do acompanhante liga a hotelaria à assistência. O item 12.12.22 determina providenciar acomodações e alimentação para acompanhantes dos usuários, quando necessário, atendendo à legislação vigente, e o item 8.7.7.4 prevê a viabilização de um manual do acompanhante, impresso, com os horários e as informações sobre as rotinas da unidade, além de garantir que as informações gerais sobre o fluxo dos visitantes estejam amplamente divulgadas por banners, placas, totens ou outros meios eletrônicos. Na prática cotidiana, isso se traduz em acomodação disponível, refeição fornecida na forma do item 8.7.12.2, orientação sobre rotinas e sinalização legível — quatro coisas simples cuja falta o acompanhante percebe imediatamente e cuja presença raramente é notada, que é exatamente o efeito que a boa hotelaria produz.

16.14 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. Elas se distribuem pelos três níveis de governança que organizam o Plano de Organização Funcional e Operacional: o nível estratégico, da Direção Geral e da Direção Técnica, que define diretrizes e responde pelo contrato de gestão; o nível tático, da Direção Assistencial, da Direção Médica, da Direção Administrativa e do Núcleo Interno de Regulação, que traduz diretriz em programação e responde pela fiscalização dos contratos de apoio; e o nível operacional, das coordenações e supervisões de setor e das comissões técnicas, onde o serviço acontece e onde o registro se produz.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção Geral e Direção Técnica	Nível estratégico: respondem pelas diretrizes dos serviços de apoio, pela sua compatibilidade com o contrato de gestão e pela prestação de contas do conjunto
Direção Administrativa	Nível tático: responde pela fiscalização dos contratos de limpeza, de processamento de roupas e de nutrição, recebe os desvios apurados e conduz o tratamento com o prestador, na forma do Protocolo 7
Direção Assistencial	Nível tático: responde pela articulação entre os serviços de apoio e a assistência, em especial no ciclo do leito, na prescrição dietética e na terapia nutricional
Coordenação de Hotelaria	Nível operacional: organiza e supervisiona os serviços de apoio, dispensa os kits de enxoval, conduz a ronda de ambiência e consolida a mensuração do item 8.7.9.4.4

Função	Responsabilidade neste protocolo
Chefia do setor de rouparia	Responde pelo recebimento e pela conferência da roupa processada, pela montagem dos kits a partir do censo, pelo controle diário de pesagem e pelo acionamento da higienização do leito
Supervisão da higienização	Responde pela escala por área classificada, pela inspeção das áreas, pela conferência do material e pelo registro de execução das rotinas concorrente e terminal
Nutricionista responsável técnico	Responde pelo mapa de dietas, pela prescrição dietética, pelas boas práticas de manipulação e pela liberação ou bloqueio do preparo
Enfermagem do setor	Confere o leito antes da nova ocupação, informa a precaução em vigor, confere e instala a nutrição enteral e registra a administração
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Orienta a rotina de área crítica e de precaução, recebe a comunicação de liberação do isolamento e analisa os achados de interesse epidemiológico
Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional	Recebe as ocorrências do preparo, da conservação e da administração da terapia nutricional e devolve orientação técnica
Ouvidoria	Recebe e classifica as manifestações, encaminha as de hotelaria e acompanha a resolubilidade apurada pelo indicador 20 do Quadro 15

Tabela 16.2 — As onze funções que respondem pelos serviços de apoio ao usuário e o que cabe a cada uma, distribuídas pelos três níveis de governança.

O que não se delega: a decisão de liberar leito sem a conferência da enfermagem nos casos em que ela é a barreira final; a liberação de preparo cuja temperatura ou cujo tempo de espera esteja fora do critério, que é competência do responsável técnico pela nutrição; a dispensação de dose de terapia nutricional cuja cadeia de conservação não se possa atestar; e a aceitação de roupa processada que não atenda à condição de uso. São quatro pontos em que a exceção não se justifica pela urgência, porque em todos eles o risco recai sobre quem está internado.

16.15 Interface com a assistência, com a engenharia clínica e com o controle de infecção

Os serviços de apoio dependem do trabalho alheio em quase todas as suas etapas, e por isso a qualidade das interfaces determina o resultado. Três delas são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. Nomear o ponto de falha não é atribuir culpa: é identificar onde a informação costuma se perder, para colocar ali um registro que a segure.

Com a assistência, a interface tem dois pontos. O primeiro é o ciclo do leito: a comunicação da saída, a informação sobre a precaução em vigor e a conferência do leito antes da nova ocupação são atos da equipe assistencial, e sem eles a higienização trabalha no escuro. O ponto de falha característico é a comunicação tardia da saída, que retarda o acionamento e mantém indisponível um leito já vazio. O segundo é a prescrição dietética: prescrição lançada depois da consolidação do mapa chega à cozinha quando a produção já começou, e o ajuste passa a depender de exceção em vez de rotina. O tratamento, nos dois casos, é o registro do horário de cada passagem, que transforma a discussão sobre atraso em série verificável.

Com a manutenção predial e a engenharia clínica, disciplinadas no Protocolo 13, a interface é a condição de uso do ambiente e do equipamento. Colchão com revestimento rompido, mobiliário danificado, torneira sem vedação, equipamento de refrigeração ou de cocção fora da faixa de trabalho e ar-condicionado com desempenho comprometido são achados que a hotelaria identifica e encaminha, acompanhando até a conclusão. O ponto de falha característico é o encaminhamento verbal, que não gera ordem de serviço e por isso não entra em nenhuma fila. O tratamento é o registro do achado com local, data e responsável, e o acompanhamento até a devolutiva.

Com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, a interface é a rotina de área crítica e de precaução. Dela vêm a orientação sobre a técnica aplicável a cada precaução, a definição dos saneantes e a análise dos achados de interesse epidemiológico; a ela vão a comunicação de liberação do isolamento e as ocorrências apuradas na higienização. Há ainda a interface com o gerenciamento de resíduos, que atravessa as três áreas: a segregação por grupo na origem, o acondicionamento do resíduo infectante sem transferência entre recipientes e a destinação observam a norma sanitária vigente sobre resíduos de serviços de saúde, e o item 12.13 relaciona o acondicionamento, a coleta, o transporte e o tratamento adequados de resíduos comuns e infectados entre os serviços a fornecer.

16.16 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas nem fiscalização de contrato. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — peso anotado na coleta, temperatura lida e escrita na leitura, execução assinada ao terminar o leito. Registro reconstituído ao fim do turno corrompe a série, e série corrompida faz a coordenação corrigir o trecho errado do processo.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Registro de execução da limpeza terminal e da concorrente, por leito e por área	Supervisão da higienização	Coordenação de Hotelaria	Prazo aplicável ao documento
Romaneio de recebimento da roupa processada e etiqueta de pesagem	Rouparia	Pasta da competência, na rouparia	Cinco anos
Controle diário de pesagem da roupa limpa e da roupa suja	Rouparia	Pasta da competência, na rouparia	Cinco anos
Controle de entrada e saída do quantitativo de enxoval e das saídas por setor	Rouparia	Coordenação de Hotelaria	Prazo aplicável ao documento
Certificado semestral de aferição da balança	Prestador, recebido pela unidade	Pasta do contrato, na Direção Administrativa	Cinco anos
Mapa de dietas, planilhas de recebimento, de temperatura e de amostras	Unidade de alimentação e nutrição	Unidade de alimentação e nutrição	Prazo aplicável ao documento

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Controle do quantitativo diário de refeições por tipo e por grupo	Unidade de alimentação e nutrição	Pasta da competência, com a nota fiscal	Cinco anos
Registros da terapia nutricional: prescrição dietética, entrega e administração	Nutricionista e enfermagem	Prontuário do usuário	Prazo aplicável ao prontuário
Roteiro da ronda de ambiência e tratamento das manifestações	Coordenação de Hotelaria	Coordenação de Hotelaria, com cópia à ouvidoria	Prazo aplicável ao documento
Escalas dos colaboradores e comprovantes exigidos pelos itens 8.7.9.8.12 e 8.7.9.8.13	Prestador, recebido pela unidade	Pasta do contrato, na Direção Administrativa	Cinco anos

Tabela 16.3 — Os dez registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança os documentos que instruem a prestação de contas e a liquidação da despesa contratada — romaneios e etiquetas de pesagem, controle diário de pesagem, certificado de aferição da balança, controle do quantitativo diário de refeições e as escalas e comprovantes exigidos pelos itens 8.7.9.8.12 e 8.7.9.8.13 —, que seguem o prazo dos arquivos da prestação de contas. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Os registros da terapia nutricional integram o prontuário do usuário e seguem a temporalidade deste. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico, e o acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê, exigência que decorre da proteção de dados pessoais e do sigilo do prontuário.

16.17 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: leito liberado sem a conferência, área reprovada na inspeção, peça aceita sem a condição de uso, kit dispensado sem registro de saída, gênero recebido fora do critério, preparo mantido fora da faixa de temperatura, bandeja entregue em divergência com o mapa, dose de terapia nutricional com cadeia de conservação rompida, manifestação de hotelaria sem retorno ao demandante. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

O tratamento tem quatro momentos, e a ordem entre eles importa. Primeiro, a contenção: reexecutar o trecho reprovado, reter a bandeja divergente, bloquear o lote, descartar a dose, devolver a peça. Segundo, o registro do desvio com local, data, natureza e responsável pela providência. Terceiro, a classificação pela causa e pela origem, que é o que permite distinguir o desvio pontual do problema estrutural. Quarto, a devolutiva a quem pode corrigir a causa — a equipe que executa, quando a causa é de método; o prestador, quando é de execução contratada; a área competente, quando é de infraestrutura, de equipamento ou de matéria assistencial.

Quando a causa é de execução do serviço contratado, o tratamento sai do plano técnico e entra no plano contratual. O desvio é comunicado ao supervisor do prestador para correção e encaminhado à Direção Administrativa, que exerce a fiscalização do contrato na forma do

Protocolo 7 e a quem cabe decidir sobre as providências contratuais cabíveis. A documentação do desvio é o que sustenta essa decisão: comunicação sem registro, com data e descrição objetiva, não instrui coisa alguma. Por isso o registro do desvio é feito ainda que a correção tenha sido imediata — o que se documenta não é o prejuízo, é a ocorrência.

A reincidência recebe tratamento próprio. Desvio que se repete no mesmo ponto, com a mesma causa, deixa de ser tratado caso a caso e passa a ser tratado como pauta: leva-se a série à análise conjunta com o prestador e com a fiscalização, examina-se o desenho do processo naquele trecho e define-se providência com responsável identificado e prazo acordado. É essa passagem do caso para a série que separa a gestão da não conformidade do simples registro de ocorrências, e é ela que faz o indicador se mover.

16.18 Indicadores e monitoramento

O item 8.7.9.4.4 determina mensurar dados quantitativos dos serviços prestados e os indicadores estatísticos, com a finalidade que o próprio item declara: ajudar a descrever a situação atual, realizar comparações, verificar mudanças e avaliar a execução das ações planejadas durante um período, em termos de qualidade e quantidade. E nomeia, entre os principais a serem analisados, a limpeza terminal, a limpeza concorrente, a rouparia, a ouvidoria e a manutenção. O dever, portanto, é de mensuração e de análise, com finalidade declarada — e é assim que este protocolo o cumpre, constituindo a série de cada um deles e levando-a à análise periódica.

Indicador	Fórmula ou dado mensurado	Parâmetro	Origem
Limpeza terminal	Leitos com limpeza terminal registrada ÷ saídas de leito no período × 100, com o tempo do ciclo acompanhado por setor	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 8.7.9.4.4
Limpeza concorrente	Rotinas concorrentes registradas ÷ rotinas programadas por área classificada × 100, com o resultado das inspeções	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 8.7.9.4.4
Rouparia	Peso da roupa limpa e da roupa suja por dia e por setor, quantitativo de enxoval em circulação e peças devolvidas ao prestador	Série mensurada e analisada pelo serviço	Itens 8.7.9.4.4 e 8.7.9.8.11
Resolubilidade da ouvidoria	Total de manifestações resolvidas ÷ total de reclamações, solicitações e denúncias × 100	≥ 90,0%	Quadro 15, indicador 20
Manutenção, na interface com a hotelaria	Achados de ambiência encaminhados à manutenção e à engenharia clínica, com o desfecho de cada um	Série mensurada e analisada pelo serviço	Itens 8.7.9.4.4 e 8.7.11
Refeições servidas	Quantitativo diário por tipo de refeição e por grupo atendido, com a aceitação registrada	Controle diário exigido	Item 8.7.9.8.13

Tabela 16.4 — Os indicadores do protocolo, com o dado mensurado, o parâmetro aplicável e a origem no instrumento contratual.

Quatro dos indicadores da tabela correspondem ao dever de mensurar do item 8.7.9.4.4, e por isso o seu parâmetro é a própria série: o que se acompanha é a evolução no tempo, a diferença entre setores e o efeito das providências adotadas, e é a comparação entre períodos que dá

sentido ao número. A resolubilidade da ouvidoria tem meta fixada no Quadro 15, igual ou superior a 90%, e é o único destes indicadores que compõe diretamente a pontuação mensal da unidade. O controle diário de refeições, por sua vez, é exigência documental do item 8.7.9.8.13, e mede-se pela sua apresentação completa e tempestiva.

Cada indicador tem ficha técnica de indicador, que é o instrumento de monitoramento adotado no Plano de Organização Funcional e Operacional. A ficha declara o nome, a finalidade, a fórmula ou o dado mensurado, a fonte, o responsável pela apuração, a periodicidade de apuração e o destino do resultado. A sua função é impedir que o mesmo indicador seja apurado de maneiras diferentes em meses diferentes, o que inutilizaria a comparação — e comparação é exatamente a finalidade que o item 8.7.9.4.4 atribui à mensuração.

O resultado sobe pelos três níveis de governança e desce como providência. O nível operacional apura e analisa com quem executa; o nível tático consolida, confronta com a execução contratual e define providência com a Direção Administrativa; o nível estratégico responde pelo conjunto perante a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão, que é a destinatária do resultado consolidado. A análise é feita com as áreas de origem e com o prestador, e não isoladamente dentro da hotelaria, porque vários dos indicadores dependem de atos que nascem fora dela — a comunicação da saída do leito, a prescrição dietética tempestiva e a conclusão do chamado de manutenção.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

16.19 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria, exercida nos três níveis já descritos. A elaboração e a manutenção são da Coordenação de Hotelaria, com validação do nutricionista responsável técnico quanto ao que toca a alimentação e a terapia nutricional, da Direção Administrativa quanto ao que toca a execução contratada e a prestação de contas, e da Direção Assistencial quanto ao que toca a interface com o cuidado. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é ouvida quanto às rotinas de área crítica e de precaução, e a Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional quanto à terapia nutricional.

A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração das normas sanitárias que disciplinam a limpeza de superfícies, a manipulação de alimentos, a terapia nutricional ou os resíduos de serviços de saúde; mudança no padrão de enxoval, de uniforme ou de comunicação visual definido pela secretaria; alteração no regime de execução dos serviços contratados; mudança nos indicadores ou nas metas do contrato de gestão; e achado de fiscalização ou de auditoria que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, e a aderência é acompanhada periodicamente, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de identificar onde o desenho e a prática se afastam. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, inclusive das equipes do prestador, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

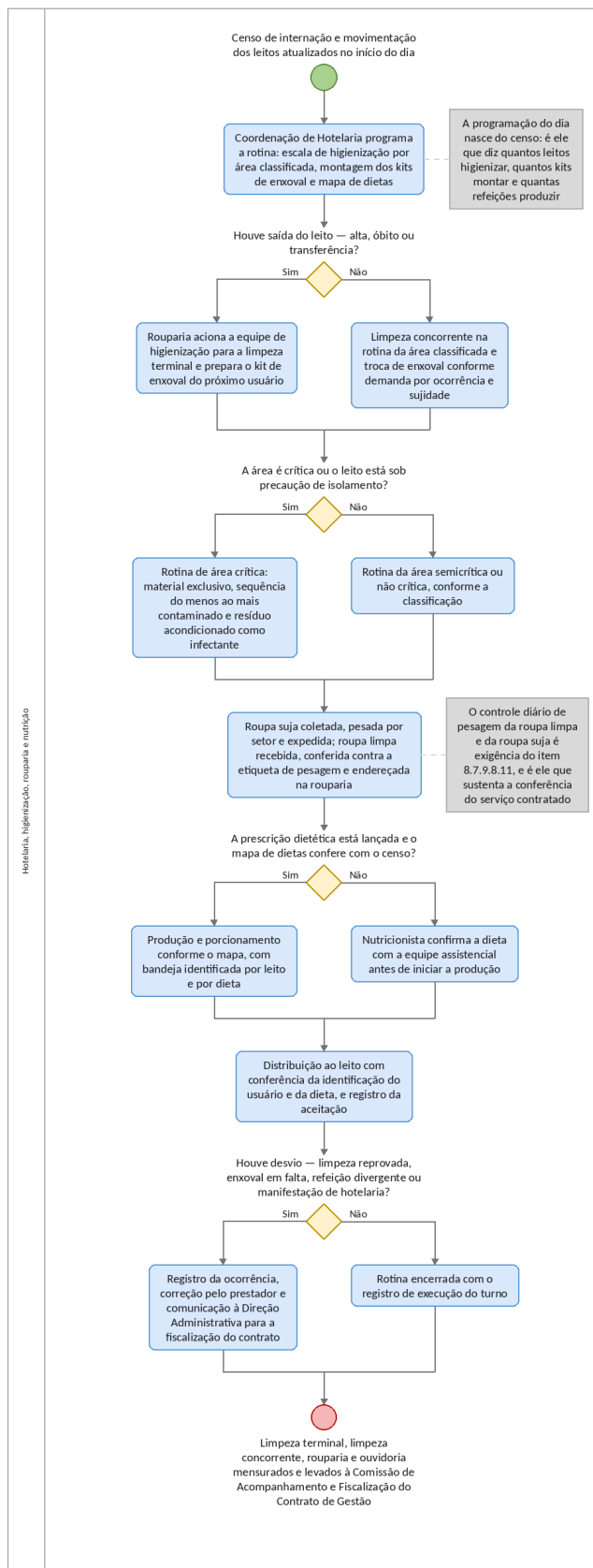
16.20 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho que vai do censo de internação à verificação do serviço entregue, e foi desenhado para conter apenas as decisões que efetivamente mudam o percurso. A primeira é a saída do leito, que separa o acionamento da limpeza terminal, com a preparação do kit para o próximo usuário, da rotina concorrente com troca de enxoval conforme demanda por ocorrência e sujeira. A segunda é a classificação da área e a existência de precaução, que definem a técnica, o material e o acondicionamento do resíduo. A terceira é a conferência do mapa de dietas contra o censo, que decide entre iniciar a produção e confirmar a dieta com a equipe assistencial. A quarta é a existência de desvio ao final da rotina, que separa o encerramento com registro de execução do acionamento do prestador e da comunicação à fiscalização do contrato.

As demais etapas são de tronco porque não comportam alternativa. A programação do dia a partir do censo é condição de tudo o que vem depois, e é ela que dimensiona leitos, kits e refeições. A coleta, a pesagem e a expedição da roupa suja, com o recebimento e a conferência da roupa processada contra a etiqueta de pesagem, constituem o controle diário que o item 8.7.9.8.11 exige. A distribuição ao leito com conferência da identificação e registro da aceitação é a última barreira da cadeia da dieta. Nenhuma delas abre um caminho diferente quando é omitida — apenas compromete o percurso a partir dali. O desenho encerra na mensuração dos indicadores e no seu encaminhamento à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do

Contrato de Gestão, e cada procedimento operacional padrão da parte final traz o seu próprio fluxograma, com as bifurcações daquele percurso específico.

Do censo de internação à verificação do serviço entregue



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.8.1, 8.7.8.2, 8.7.9.4.4, 8.7.9.8.3, 8.7.9.8.8, 8.7.9.8.11 e 8.7.12.2; Quadro 15, indicador 20.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.7.7.4, 8.7.8.1 a 8.7.8.3, 8.7.9.1 a 8.7.9.8.13, 8.7.11.1, 8.7.12.1 a 8.7.12.3, 8.7.17.1, 8.7.21, 12.12.22, 12.13, 12.14.3, 12.14.4 e 12.22, e Quadro 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e seus anexos, em especial o Anexo VII — critérios de julgamento da proposta técnica, item C.2.4. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, DF: Anvisa, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Brasília, DF: Anvisa, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0216_15_09_2004.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 275, de 21 de outubro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores e industrializadores de alimentos. Brasília, DF: Anvisa, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0275_21_10_2002.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-503-de-27-de-maio-de-2021-323027659>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/12305.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN n.º 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições. Brasília, DF: CFN, 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, inclusive quanto ao controle de infecção em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os nove procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 16.20 e descreve o ciclo inteiro do serviço de apoio.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-HOT-01	Limpeza terminal do leito após a saída do paciente	16.5 e 16.6
POP-HOT-02	Limpeza concorrente por área classificada	16.5 e 16.6
POP-HOT-03	Limpeza de área crítica e de quarto de isolamento	16.5 e 16.15
POP-HOT-04	Recebimento, conferência e distribuição do enxoval processado	16.7 e 16.8
POP-HOT-05	Coleta, pesagem e expedição da roupa suja	16.7 e 16.17
POP-HOT-06	Recebimento da prescrição dietética e produção das refeições	16.9, 16.10 e 16.12
POP-HOT-07	Conferência e distribuição da bandeja ao leito	16.10 e 16.13
POP-HOT-08	Preparo, conservação e administração de nutrição enteral	16.11
POP-HOT-09	Ronda de ambiência e tratamento da manifestação de hotelaria	16.13, 16.17 e 16.18

Tabela 16.5 — Os nove procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-HOT-01. Limpeza terminal do leito após a saída do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-01.1 Quando usar

- › Sempre que houver saída do leito — alta, óbito ou transferência —, comunicada pelo setor de internação e registrada no censo.
- › Após procedimento que exponha o leito e o mobiliário a matéria orgânica, quando o setor de roupa for acionado para tanto.
- › Ao encerrar precaução de isolamento naquele leito, antes de nova ocupação.

POP-HOT-01.2 Fundamento

Item 8.7.9.8.8 do termo de referência: cabe ao setor de roupa acionar a equipe de higienização para o leito após alta e após procedimento, efetivando a conservação do ambiente dentro dos padrões de higienização. Item 8.7.8.2, que apoia o serviço de higiene, limpeza e desinfecção no manual de limpeza e desinfecção de superfícies da agência sanitária federal. Item 8.7.9.4.4, que determina mensurar a limpeza terminal. Seções 16.5 e 16.6 do protocolo.

! O LEITO NÃO SE LIBERA ENQUANTO QUALQUER UM DESTES ESTIVER PENDENTE

- › Enxoval sujo ainda no leito ou acondicionado fora do hamper identificado.
- › Resíduo remanescente no quarto, ou saco de resíduo sem a segregação por grupo.
- › Superfície de maior toque sem desinfecção — grades, campainha, painel de gases, mesa de cabeceira, suporte de soro e maçaneta.
- › Colchão com revestimento rompido, mobiliário danificado ou equipamento com pendência, sem a ocorrência registrada e a manutenção acionada.
- › Conferência da enfermagem do setor não realizada, ou realizada e não aprovada.

POP-HOT-01.3 Sequência de execução

1. Receber do setor de internação a comunicação da saída e confirmar a movimentação no censo.
2. Verificar com a enfermagem se o leito esteve sob precaução e, em caso positivo, aplicar antes a rotina do POP-HOT-03.
3. Paramentar-se conforme a área e reunir o material de uso definido para aquele ambiente.
4. Recolher os resíduos segregados por grupo, sem transferir conteúdo entre recipientes.
5. Retirar o enxoval sem agitar, acondicionando-o diretamente no hamper identificado, na forma do POP-HOT-05.
6. Limpar e desinfetar de cima para baixo e do mais limpo para o mais sujo, com saneante regularizado, respeitando o tempo de contato indicado pelo fabricante.
7. Dar atenção específica às superfícies de maior toque e ao mobiliário do entorno do leito.
8. Higienizar o piso por último, com técnica que evite a dispersão de sujidade.
9. Registrar ocorrência de dano em colchão, mobiliário ou equipamento e acionar a manutenção predial ou a engenharia clínica antes de liberar o leito.
10. Montar o leito com kit de enxoval limpo, na composição da seção 16.8, e repor os materiais de higiene do item 8.7.8.1.
11. Submeter o leito à conferência da enfermagem do setor e reexecutar a etapa reprovada, se houver.
12. Registrar a execução com data, hora, identificação do executante e do conferente, e liberar o leito no censo.

Superfície ou item	Cuidado próprio	Consequência da omissão
Grades, campainha e painel de gases	Desinfecção das superfícies de maior toque, com tempo de contato respeitado	Persistência de contaminação no ponto de contato mais frequente
Colchão e travesseiro	Verificação do revestimento e da vedação antes da desinfecção	Umidade e matéria orgânica retidas no interior do revestimento
Mesa de cabeceira e suporte de soro	Limpeza de todas as faces, inclusive inferiores	Superfície aparentemente limpa com sujidade retida
Sanitário e box do quarto	Sequência do menos ao mais contaminado, com material próprio	Transporte de sujidade para a área do leito
Piso e rodapé	Execução ao final, com técnica que evite dispersão	Recontaminação das superfícies já tratadas
Materiais de higiene do item 8.7.8.1	Reposição conferida antes da liberação	Leito liberado sem condição de uso pelo próximo usuário

Tabela POP-HOT-01.1 — Superfícies e itens que a limpeza terminal alcança, com o cuidado próprio de cada um.

✓ O QUE SUSTENTA A LIMPEZA TERMINAL
› Confirmar a precaução com a enfermagem antes de entrar no quarto.
› Sequência de cima para baixo e do mais limpo para o mais sujo, sempre.
› Tempo de contato do saneante respeitado — desinfetante aplicado e removido antes do tempo não desinfeta.
› Registro da execução no momento em que ela ocorre, com executante e conferente identificados.

✗ O QUE INVALIDA A LIMPEZA TERMINAL
› Agitar o enxoval sujo ao retirá-lo do leito.
› Usar o mesmo pano entre o sanitário e a área do leito.
› Liberar o leito com dano de mobiliário apenas comunicado verbalmente.
› Anotar a execução ao fim do turno, de memória, para vários leitos de uma vez.

POP-HOT-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

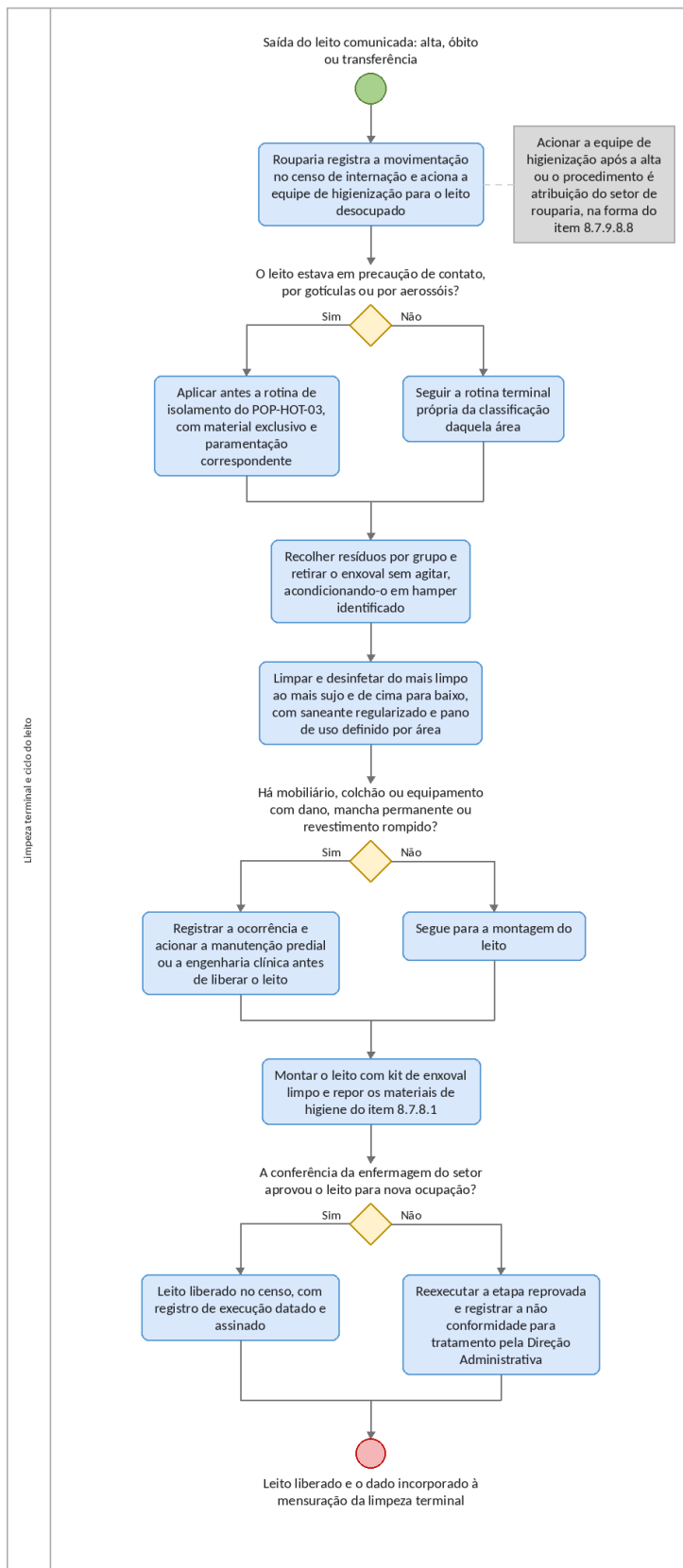
- › Registro de execução da limpeza terminal, por leito, com data, hora, executante e conferente, arquivado na Coordenação de Hotelaria.
- › Ocorrência de dano em mobiliário, colchão ou equipamento, com o acionamento da área responsável.
- › Registro da não conformidade e da reexecução, quando houver.
- › Movimentação do leito no censo de internação, com a liberação registrada.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
A roupa aciona	O acionamento da equipe de higienização após alta ou procedimento é atribuição do setor de roupa, na forma do item 8.7.9.8.8.
A precaução vem antes	Leito sob precaução segue primeiro a rotina do POP-HOT-03.
Tempo de contato	Saneante removido antes do tempo indicado limpa, mas não desinfeta.
Dano registrado	Mobiliário ou equipamento danificado aciona manutenção antes da liberação.
O dado é medido	A limpeza terminal é um dos indicadores que o item 8.7.9.4.4 manda mensurar.

POP-HOT-01.5 Fluxograma

O fluxograma da limpeza terminal tem três bifurcações que mudam o percurso: a existência de precaução no leito, que antepõe a rotina de isolamento; o achado de dano em mobiliário, colchão ou equipamento, que aciona a manutenção antes da liberação; e a conferência da enfermagem, que separa o leito liberado da etapa a reexecutar.

POP-HOT-01 — Limpeza terminal do leito após a saída do paciente



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 8.7.8.2, 8.7.9.4.4 e 8.7.9.8.8; Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde da Anvisa.

POP-HOT-02. Limpeza concorrente por área classificada

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-02.1 Quando usar

- › Na rotina de cada turno, conforme a escala de higienização por área classificada.
- › Sempre que houver sujidade visível, derramamento ou matéria orgânica em qualquer superfície.
- › Antes e depois de atividade que exponha a área, quando o setor solicitar à supervisão da higienização.

POP-HOT-02.2 Fundamento

Itens 8.7.8.1 e 8.7.8.2 do termo de referência, que definem o serviço de limpeza de superfícies em serviços de saúde, o fornecimento de materiais de higiene e de saneantes domissanitários, e determinam que o serviço se apoie no manual de limpeza e desinfecção de superfícies da agência sanitária federal. Item 8.7.9.4.4, que determina mensurar a limpeza concorrente. Seções 16.5 e 16.6 do protocolo.

! O MATERIAL DE LIMPEZA É DEFINIDO POR ÁREA E NÃO ATRAVESSA CLASSIFICAÇÕES

- › Pano, mop e balde têm uso definido por área classificada e por finalidade.
- › O material do sanitário não retorna à área do leito, e o da área crítica não circula fora dela.
- › Saneante utilizado é o regularizado junto à autoridade sanitária, na diluição e no tempo de contato que o fabricante indica.
- › Carrinho funcional conferido no início do turno: sem ele, a rotina se interrompe no meio para buscar material, e é aí que a sequência se perde.
- › Matéria orgânica é removida antes de qualquer outra etapa, e não sobre ela.

POP-HOT-02.3 Sequência de execução

1. Receber a escala do turno com as áreas e a respectiva classificação.
2. Conferir o carrinho funcional: saneantes regularizados, panos por área, sacos de resíduo por grupo e materiais de reposição.
3. Paramentar-se conforme a área e higienizar as mãos antes de iniciar.
4. Identificar a classificação da área — crítica, semicrítica ou não crítica — e adotar a rotina correspondente.
5. Remover a matéria orgânica ou o derramamento, quando houver, antes de qualquer outra etapa, e desinfetar o local atingido.
6. Executar a limpeza das superfícies horizontais, do mobiliário e das superfícies de maior toque, do mais limpo para o mais sujo.
7. Higienizar o sanitário com material próprio, sem retorno desse material à área do leito.
8. Recolher os resíduos segregados por grupo e fechar os sacos sem compactar com as mãos.
9. Repor papel toalha, papel higiênico, sabonete líquido e álcool em gel.
10. Higienizar o piso ao final, sinalizando a área enquanto estiver úmida.
11. Submeter a área à inspeção do supervisor da contratada e reexecutar o trecho reprovado.
12. Registrar a execução por área e por turno, com identificação do executante.

Classificação	O que caracteriza a área	Cuidado que a rotina acrescenta
Área crítica	Ambiente com procedimento invasivo ou com usuário de maior risco de infecção	Material exclusivo, desinfecção das superfícies de maior toque e rotina do POP-HOT-03
Área semicrítica	Ambiente ocupado por usuários sem procedimento invasivo em curso	Limpeza com desinfecção dirigida às superfícies de maior toque
Área não crítica	Ambiente sem ocupação por usuários ou de circulação administrativa	Limpeza de superfícies e piso, com reposição dos materiais de higiene
Área comum de grande circulação	Corredores, recepções e espaços de espera	Frequência ajustada à circulação e sinalização do piso úmido
Sanitário de qualquer área	Ambiente de maior carga de sujeira	Material próprio, executado por último e sem retorno do material à área do leito

Tabela POP-HOT-02.1 — Rotina por classificação de área, conforme o manual de referência do item 8.7.8.2.

✓ O QUE MANTÉM A ROTINA CONFIÁVEL

- › Conferir o carrinho antes de começar, e não no meio da rotina.
- › Remover a matéria orgânica antes de aplicar o saneante.
- › Sinalizar o piso úmido enquanto a área não estiver seca.

✓ O QUE MANTÉM A ROTINA CONFIÁVEL

- › Registrar a execução por área e por turno, no momento em que ela termina.

✗ O QUE COMPROMETE A ÁREA

- › Levar o pano do sanitário para a superfície do leito.
- › Diluir o saneante por estimativa, fora da indicação do fabricante.
- › Compactar o saco de resíduo com as mãos para fechá-lo.
- › Deixar a reposição dos materiais de higiene para o turno seguinte.

POP-HOT-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro de execução da limpeza concorrente por área e por turno, com identificação do executante, arquivado na Coordenação de Hotelaria.
- › Inspeção do supervisor da contratada, com a área aprovada ou o trecho reexecutado.
- › Ocorrência de derramamento ou de matéria orgânica tratada fora da rotina.
- › Controle de reposição dos materiais de higiene por área.

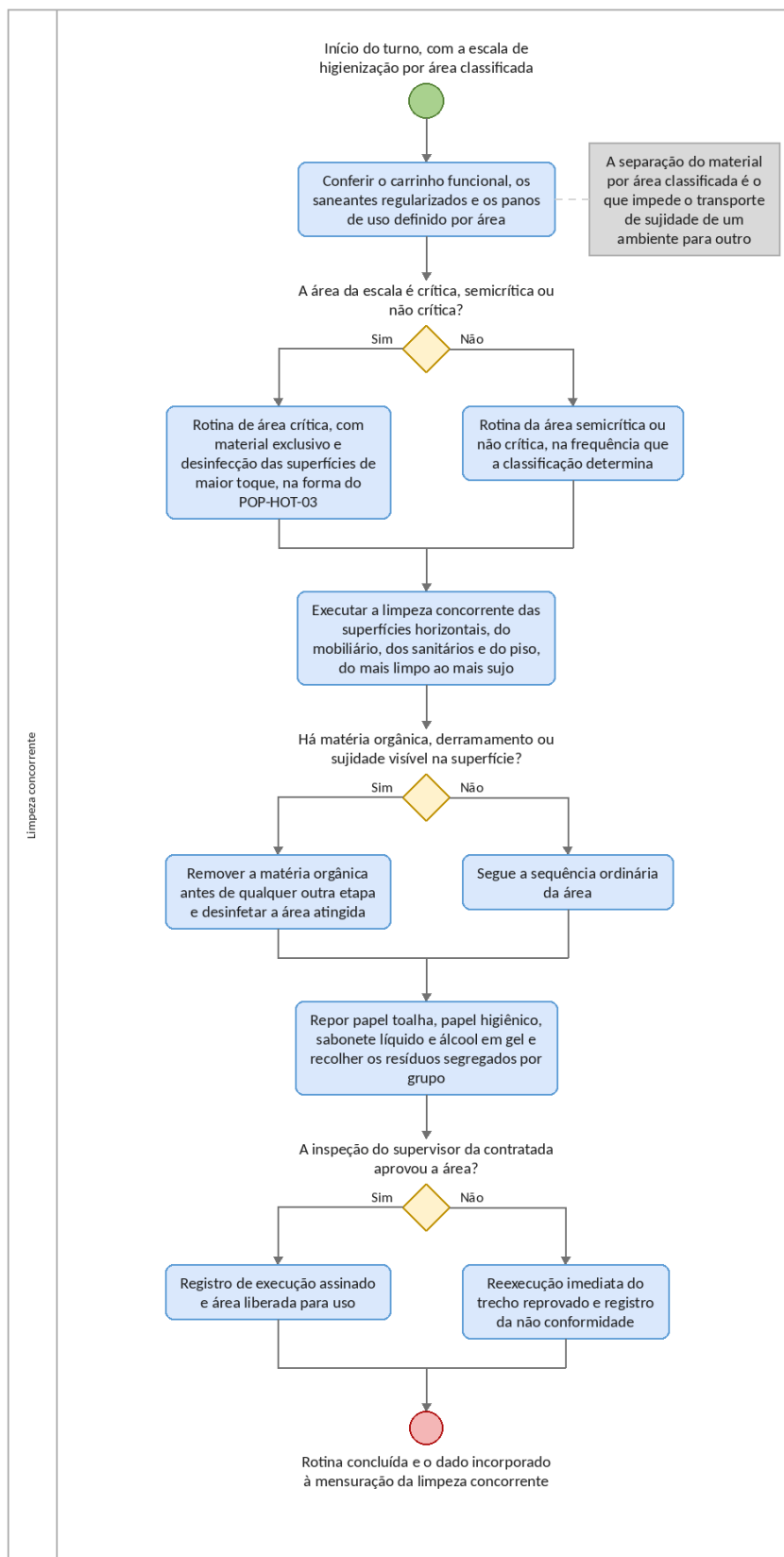
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A classificação manda	A rotina e a frequência decorrem da classificação da área, não da conveniência do turno.
Material por área	Pano, mop e balde têm uso definido; o do sanitário não volta ao leito.
Orgânico primeiro	Matéria orgânica se remove antes, nunca por cima.
Reposição é parte	Papel toalha, papel higiênico, sabonete líquido e álcool em gel são do item 8.7.8.1.
O dado é medido	A limpeza concorrente é um dos indicadores do item 8.7.9.4.4.

POP-HOT-02.5 Fluxograma

O fluxograma da limpeza concorrente organiza-se em torno de três decisões: a classificação da área, que define a rotina e o material; a presença de matéria orgânica, que antecipa a remoção antes de qualquer outra etapa; e a inspeção do supervisor, que decide entre liberar a área e reexecutar o trecho reprovado.

POP-HOT-02 — Limpeza concorrente por área classificada



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.8.1, 8.7.8.2 e 8.7.9.4.4; Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde da Anvisa.

POP-HOT-03. Limpeza de área crítica e de quarto de isolamento

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-03.1 Quando usar

- › Em toda área classificada como crítica, na rotina concorrente e na terminal.
- › Em leito ou quarto sob precaução de contato, por gotículas ou por aerossóis, enquanto a precaução vigorar.
- › Ao encerramento da precaução, antes de o leito voltar à rotina comum.

POP-HOT-03.2 Fundamento

Item 8.7.8.2 do termo de referência, que apoia o serviço de higiene, limpeza e desinfecção no manual de limpeza e desinfecção de superfícies da agência sanitária federal, e item 8.7.21, que estabelece a articulação com a comissão de controle de infecção hospitalar. Norma sanitária vigente sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, quanto ao acondicionamento do resíduo infectante. Seções 16.5 e 16.15 do protocolo.

✗ O QUE NUNCA SE FAZ EM ÁREA CRÍTICA OU EM QUARTO DE ISOLAMENTO

- › Entrar sem confirmar com a enfermagem do setor qual precaução está em vigor.
- › Levar para dentro material que circulará depois em outra área.
- › Varrer a seco ou usar técnica que disperse partículas.
- › Transferir resíduo de um saco para outro, ou reaproveitar saco de resíduo infectante.
- › Retirar a paramentação dentro do quarto e circular com ela pelo corredor.

POP-HOT-03.3 Sequência de execução

1. Consultar a escala e confirmar com a enfermagem do setor a precaução em vigor no leito ou na área.
2. Reunir o material exclusivo daquela área ou daquele quarto, sem misturá-lo ao material de circulação geral.
3. Paramentar-se conforme a precaução, na antessala ou no ponto definido pelo setor.
4. Higienizar as mãos antes de iniciar e sempre que a técnica o exigir.
5. Executar a limpeza do menos contaminado para o mais contaminado, respeitando o tempo de contato do saneante.
6. Desinfetar com atenção específica as superfícies de maior toque e os equipamentos de uso compartilhado, articulando-se com a enfermagem quanto ao que é de sua competência.
7. Remover derramamento de matéria orgânica antes de prosseguir, desinfetando o local atingido.
8. Acondicionar resíduo e roupa suja como infectantes, em saco identificado, fechado dentro do próprio quarto.
9. Retirar a paramentação na sequência correta, no ponto definido, e higienizar as mãos ao final.
10. Encerrada a precaução, executar a limpeza terminal do POP-HOT-01 e comunicar a liberação à enfermagem e à comissão de controle de infecção hospitalar.
11. Registrar a execução, a precaução observada e as ocorrências do período.

Situação	O que a rotina acrescenta	Registro que gera
Área crítica sem precaução específica	Material exclusivo da área e desinfecção das superfícies de maior toque	Registro de execução da área crítica
Precaução de contato	Paramentação e material exclusivo do quarto; desinfecção ampliada do mobiliário do entorno	Registro com a precaução observada
Precaução por gotículas ou aerossóis	Paramentação respiratória conforme orientação do setor e técnica sem dispersão	Registro com a precaução observada
Encerramento da precaução	Limpeza terminal do isolamento e comunicação da liberação	Registro terminal e comunicação à enfermagem e ao controle de infecção
Derramamento de matéria orgânica	Remoção prévia e desinfecção do local atingido antes de retomar a sequência	Ocorrência registrada no turno

Tabela POP-HOT-03.1 — O que muda na rotina conforme a precaução em vigor.

✓ O QUE PROTEGE QUEM EXECUTA E QUEM OCUPA A ÁREA

- › Confirmar a precaução com a enfermagem, sempre, antes de entrar.

✓ O QUE PROTEGE QUEM EXECUTA E QUEM OCUPA A ÁREA

- › Material exclusivo do quarto, que não retorna à circulação geral.
- › Saco de resíduo infectante fechado dentro do próprio quarto.
- › Retirada da paramentação na sequência correta e no ponto definido.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Presumir a precaução pelo que se observa no quarto.
- › Varrer a seco ou sacudir tecido dentro da área.
- › Reaproveitar saco de resíduo infectante ou transferir o seu conteúdo.
- › Circular pelo corredor com a paramentação usada no quarto.

POP-HOT-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro de execução da área crítica ou do quarto de isolamento, com a precaução observada, arquivado na Coordenação de Hotelaria.
- › Comunicação da liberação do leito à enfermagem e à comissão de controle de infecção hospitalar, ao encerramento da precaução.
- › Ocorrências do turno, inclusive derramamento tratado fora da rotina.
- › Controle de destinação do resíduo infectante gerado na área.

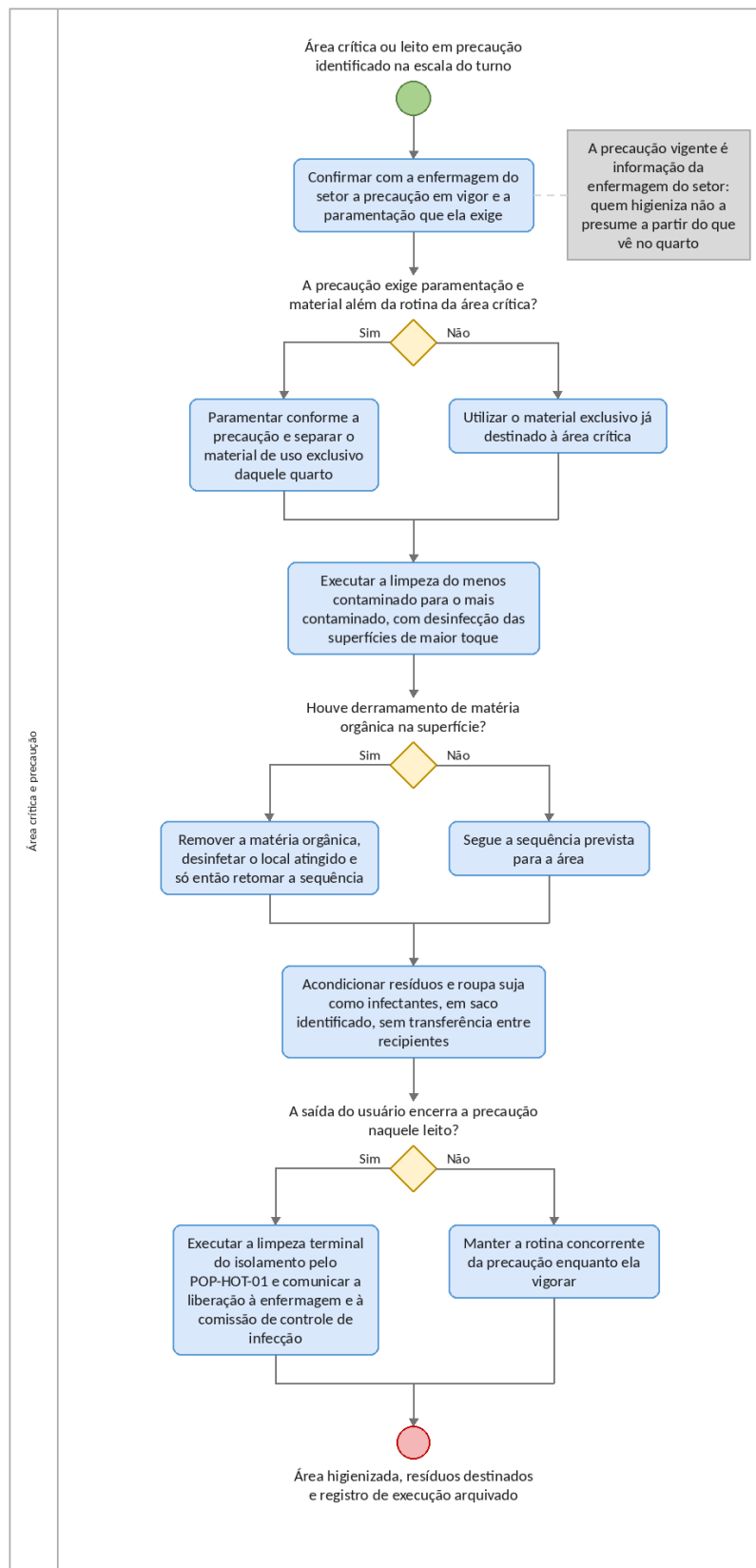
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

A enfermagem informa	A precaução em vigor não se presume: confirma-se antes de entrar.
Material exclusivo	O que entra no quarto de isolamento não retorna à circulação geral.
Do menos ao mais contaminado	A sequência é a barreira técnica da rotina.
Resíduo fechado dentro	O saco infectante é fechado no próprio quarto, sem transferência.
Encerrar é comunicar	Fim da precaução gera terminal e comunicação à enfermagem e ao controle de infecção.

POP-HOT-03.5 Fluxograma

O fluxograma da área crítica mostra as três decisões que a governam: a paramentação que a precaução exige, o derramamento de matéria orgânica, que interrompe a sequência, e o encerramento da precaução, que separa a limpeza terminal do isolamento da manutenção da rotina concorrente.

POP-HOT-03 — Limpeza de área crítica e de quarto de isolamento



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.8.2 e 8.7.21; Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde da Anvisa; RDC Anvisa n.º 222/2018.

POP-HOT-04. Recebimento, conferência e distribuição do enxoval processado

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-04.1 Quando usar

- › A cada entrega de roupa processada pelo prestador do serviço de lavagem e desinfecção.
- › Na montagem diária dos kits de enxoval a partir do censo de internação.
- › Na dispensação do enxoval aos setores de internação e na sua reposição durante o plantão.

POP-HOT-04.2 Fundamento

Itens 8.7.9.8.1, 8.7.9.8.2, 8.7.9.8.3, 8.7.9.8.9, 8.7.9.8.10 e 8.7.9.8.11 do termo de referência, que disciplinam o processamento de roupas, a disponibilidade de quatro a cinco trocas de enxoval, a composição do kit distribuído aos usuários em internação, o controle da saída e da circulação do enxoval, a pesagem da roupa limpa em balança que emita etiqueta e o controle diário de pesagem e de quantitativo. Item 12.13, que relaciona o kit de enxoval padronizado entre os itens a fornecer. Seções 16.7 e 16.8 do protocolo.

! A PEÇA NÃO ENTRA NA ROUPARIA SE QUALQUER UM DESTES ESTIVER PRESENTE

- › Umidade residual, que compromete a conservação e favorece a proliferação microbiana.
- › Mancha, odor ou resíduo aderido, que indicam falha no processamento.
- › Rasgo, costura desfeita ou desgaste que retire a peça da condição de uso.
- › Divergência entre o romaneio e a etiqueta de pesagem emitida pela balança.
- › Embalagem violada ou transporte que não separe roupa limpa de roupa suja.

POP-HOT-04.3 Sequência de execução

1. Receber a entrega em área destinada à roupa limpa, separada do fluxo da roupa suja.
2. Conferir o romaneio contra a etiqueta de pesagem emitida pela balança do prestador, na forma do item 8.7.9.8.10.
3. Inspecionar as peças quanto a integridade, secagem, ausência de mancha e de odor.
4. Recusar a peça que não atenda à condição de uso, anotar a devolução no romaneio e comunicar o prestador e a Direção Administrativa.
5. Endereçar as peças aceitas por tipo, em prateleira identificada, com saída ordenada pela ordem de chegada.
6. Consultar o censo de internação e montar os kits de enxoval na composição da seção 16.8.
7. Verificar se o enxoval em circulação cobre as trocas previstas nos itens 8.7.9.8.2 e 8.7.9.8.3 e, se não cobrir, acionar a reposição junto ao prestador.
8. Dispensar os kits aos setores mediante registro nominal de saída, na forma do item 8.7.9.8.9.
9. Encaminhar à costura a peça recuperável e registrar a baixa da peça sem condição de uso.
10. Atender à central de uniformes conforme o item 8.7.9.8.6, com registro da entrega por colaborador de plantão.
11. Lançar no controle diário a entrada e a saída do quantitativo de enxoval.
12. Consolidar o controle do período para a prestação de contas e para a mensuração da rouparia.

Critério	O que se verifica	Providência quando não atendido
Pesagem	Etiqueta emitida pela balança, conferida contra o romaneio	Retenção da entrega e comunicação ao prestador e à Direção Administrativa
Secagem	Ausência de umidade residual em qualquer ponto da peça	Devolução da peça, com anotação no romaneio
Aspecto	Ausência de mancha, de odor e de resíduo aderido	Devolução da peça, com registro da ocorrência
Integridade	Costura, trama e acabamento em condição de uso	Encaminhamento à costura ou baixa da peça, conforme o caso
Acondicionamento	Embalagem íntegra e transporte que separe roupa limpa de roupa suja	Recusa da entrega e registro da não conformidade
Quantitativo	Correspondência entre o entregue, o romaneio e o controle diário	Apuração da diferença antes do lançamento no controle

Tabela POP-HOT-04.1 — Critérios de aceitação da roupa processada no recebimento.

✓ O QUE SUSTENTA O CONTROLE DO ENXOVAL

✓ O QUE SUSTENTA O CONTROLE DO ENXOVAL

- › Conferir a etiqueta de pesagem contra o romaneio, peça por peça de cada lote.
- › Montar os kits a partir do censo de internação, e não por estimativa.
- › Registrar a saída nominal por setor, que é o que torna a circulação rastreável.
- › Encaminhar à costura o que é recuperável, antes que a peça se perca por completo.

✗ O QUE FAZ O ENXOVAL DESAPARECER

- › Aceitar entrega sem conferência do romaneio contra a etiqueta.
- › Dispensar kit sem registro de saída por setor.
- › Guardar peça úmida na prateleira para conferir depois.
- › Deixar a baixa da peça inservível sem registro, o que corrompe o quantitativo em circulação.

POP-HOT-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Romaneio de recebimento conferido, com as devoluções anotadas, arquivado na rouparia.
- › Etiqueta de pesagem da roupa limpa, vinculada ao romaneio correspondente.
- › Registro nominal de saída do enxoval por setor e de reposição durante o plantão.
- › Controle diário de entrada e de saída do quantitativo de enxoval.
- › Registro de entrega de uniforme pela central, por colaborador de plantão.

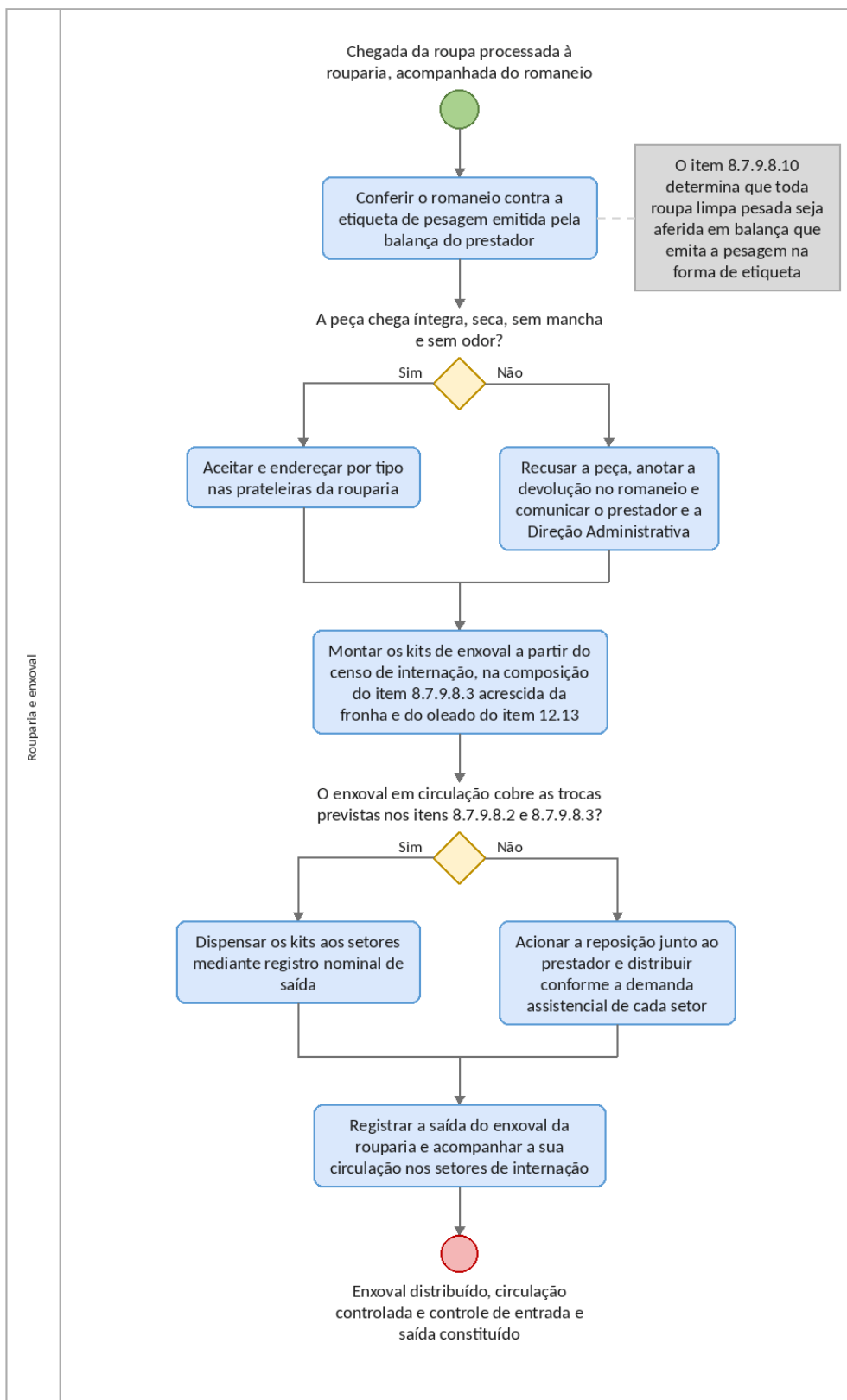
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Quatro a cinco trocas	O item 8.7.9.8.2 fixa a disponibilidade de 4 a 5 trocas para que o descanso do enxoval após a lavagem seja eficaz.
O kit tem composição	2 lençóis, 1 traçado, 1 cobertor, 1 camisola ou pijama e 1 toalha de banho, no item 8.7.9.8.3, com fronha e oleado acrescidos pelo item 12.13.
A etiqueta é a prova	A pesagem da roupa limpa é aferida em balança que emite etiqueta, na forma do item 8.7.9.8.10.
Saída nominal	Controlar a saída e a circulação do enxoval é dever do item 8.7.9.8.9.
O dado é medido	A rouparia é um dos indicadores que o item 8.7.9.4.4 manda mensurar.

POP-HOT-04.5 Fluxograma

O fluxograma do enxoval processado tem duas bifurcações decisivas: a condição da peça recebida, que decide entre aceitar e devolver, e a suficiência do enxoval em circulação diante das trocas previstas, que decide entre dispensar e acionar a reposição.

POP-HOT-04 — Recebimento, conferência e distribuição do enxoval processado



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.9.8.1, 8.7.9.8.2, 8.7.9.8.3, 8.7.9.8.9, 8.7.9.8.10 e 8.7.9.8.11; item 12.13.

POP-HOT-05. Coleta, pesagem e expedição da roupa suja

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-05.1 Quando usar

- › Na coleta programada da roupa suja dos setores de internação e das áreas de apoio.
- › Sempre que o hamper do setor atingir a capacidade de acondicionamento seguro.
- › Na expedição da roupa suja ao prestador do serviço de lavagem e desinfecção.

POP-HOT-05.2 Fundamento

Itens 8.7.9.8.1, 8.7.9.8.10 e 8.7.9.8.11 do termo de referência, que compreendem a coleta no processamento de roupas de serviços de saúde, disciplinam a pesagem e exigem a apresentação do controle diário de pesagem da roupa limpa e da roupa suja, com a descrição do respectivo fluxo. Norma sanitária vigente sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, quanto ao achado de perfurocortante no hamper. Seções 16.7 e 16.17 do protocolo.

! A ROUPA SUJA NÃO SE SEPARA NEM SE CONTA NO SETOR DE INTERNAÇÃO

- › A triagem pertence ao processamento, em área própria e por quem está paramentado para ela.
- › Agitar ou sacudir a roupa suja dispersa partículas e transfere contaminação ao ambiente.
- › Perfurocortante encontrado no hamper é ocorrência de segurança do trabalho e de resíduos, com comunicação à chefia do setor de origem.
- › Roupa suja e roupa limpa não compartilham carro, elevador de serviço no mesmo trajeto nem área de guarda.
- › Hamper transportado fechado, sem transbordamento e sem apoio no corpo de quem o conduz.

POP-HOT-05.3 Sequência de execução

1. Paramentar-se conforme a atividade e conferir o carro de coleta e os hampers identificados.

2. Percorrer os setores no horário programado, sem agitar a roupa e sem separá-la no local.
3. Verificar visualmente a presença de artigo estranho no hamper, sem introduzir as mãos.
4. Encontrando perfurocortante ou artigo estranho, separar em saco identificado, registrar a ocorrência e comunicar a chefia do setor de origem.
5. Fechar o hamper e transportá-lo pelo trajeto definido, sem compartilhá-lo com roupa limpa.
6. Conduzir ao expurgo da rouparia e pesar a roupa suja.
7. Lançar o peso no controle diário exigido pelo item 8.7.9.8.11, por setor de origem.
8. Comparar o peso do dia com a série do setor e, havendo variação sem causa conhecida, apurar com o setor antes da expedição.
9. Acondicionar a roupa suja para a expedição, sem reabertura dos sacos.
10. Expedir ao prestador mediante romaneio conferido e assinado pelas duas partes.
11. Arquivar a via retida do romaneio e consolidar o controle diário do período.
12. Higienizar carro, hampers e área de expurgo ao final da rotina.

Campo do controle	O que registra	Para que serve
Data e turno	Momento da coleta e da expedição	Constituir a série diária exigida pelo item 8.7.9.8.11
Setor de origem	Procedência da roupa suja pesada	Identificar variação por setor e apurar a causa junto a ele
Peso da roupa suja	Quantidade expedida ao prestador	Base de conferência do processamento contratado
Peso da roupa limpa	Quantidade devolvida, com a etiqueta da balança	Confronto entre expedido e devolvido
Quantitativo de enxoval	Entrada e saída de peças por tipo	Acompanhar o enxoval em circulação e a perda
Ocorrências	Artigo estranho, perfurocortante e divergências	Tratar a causa no setor de origem, e não apenas o efeito

Tabela POP-HOT-05.1 — O que o controle diário de pesagem registra e para que serve.

✓ O QUE TORNA A COLETA SEGURA E O CONTROLE CONFIÁVEL
› Verificar o hamper visualmente, sem introduzir as mãos.
› Transportar fechado, pelo trajeto definido, sem apoiar no corpo.
› Pesar e lançar por setor de origem, no momento da coleta.
› Apurar com o setor a variação de peso sem causa conhecida, antes de expedir.

✕ O QUE NÃO FAZER

- › Separar ou contar a roupa suja dentro do setor de internação.
- › Agitar a roupa para acomodá-la no hamper.
- › Reabrir saco já acondicionado para conferência na expedição.
- › Expedir sem romaneio assinado pelas duas partes.

POP-HOT-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Controle diário de pesagem da roupa suja, por setor de origem, arquivado na rouparia.
- › Romaneio de expedição assinado pelas duas partes, com a via retida na unidade.
- › Ocorrência de artigo estranho ou de perfurocortante, com a comunicação ao setor de origem.
- › Registro de higienização do carro, dos hampers e da área de expurgo.

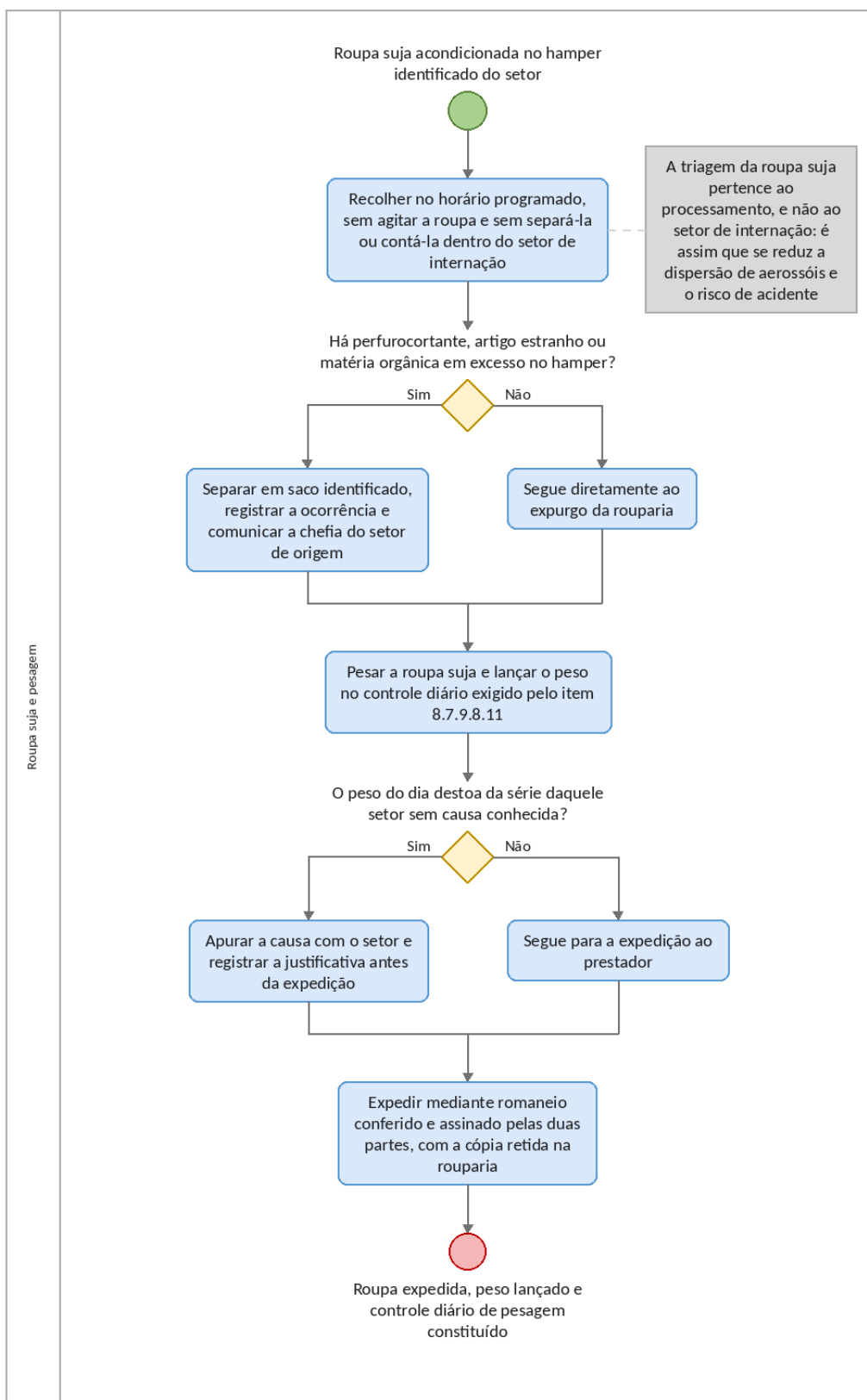
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Triagem é do processamento	A roupa suja não se separa nem se conta no setor de internação.
Sem agitar	Agitar dispersa partículas e transfere contaminação ao ambiente.
Perfurocortante é ocorrência	Separa-se, registra-se e comunica-se à chefia do setor de origem.
Peso por setor	O controle diário do item 8.7.9.8.11 só orienta correção se for por origem.
Romaneio assinado	A expedição se prova pelo documento conferido pelas duas partes.

POP-HOT-05.5 Fluxograma

O fluxograma da roupa suja tem duas decisões que alteram o percurso: o achado de perfurocortante ou de artigo estranho no hamper, que retira a peça do fluxo comum, e a variação do peso diário sem causa conhecida, que retém a expedição até a apuração.

POP-HOT-05 — Coleta, pesagem e expedição da roupa suja



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.9.8.1, 8.7.9.8.10 e 8.7.9.8.11; RDC Anvisa n.º 222/2018.

POP-HOT-06. Recebimento da prescrição dietética e produção das refeições

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-06.1 Quando usar

- › Diariamente, na consolidação do mapa de dietas a partir da prescrição e do censo.
- › A cada recebimento de gêneros e produtos alimentícios na unidade de alimentação e nutrição.
- › A cada ciclo de produção das refeições servidas a usuários, acompanhantes e colaboradores.

POP-HOT-06.2 Fundamento

Itens 8.7.12.1 e 8.7.12.2 do termo de referência, que determinam o fornecimento de gêneros e produtos alimentícios, a estocagem, o preparo, a manipulação e a distribuição de alimentação normal, dietética, fórmulas infantis e alimentos complementares na unidade de alimentação e nutrição, e fixam as refeições devidas a usuários, colaboradores e acompanhantes. Item 8.7.9.8.13, quanto ao controle do quantitativo diário de refeições. Normas sanitárias vigentes de boas práticas para serviços de alimentação e de procedimentos operacionais padronizados. Seções 16.9, 16.10 e 16.12 do protocolo.

! A PRODUÇÃO NÃO COMEÇA ENQUANTO QUALQUER UM DESTES ESTIVER ABERTO

- › Mapa de dietas em divergência com a prescrição ou com o censo de internação do dia.
- › Gênero recebido fora do critério de aceitação, ainda não recusado nem registrado.
- › Manipulador sem a paramentação completa ou com lesão exposta em área de contato.
- › Equipamento de refrigeração ou de cocção com temperatura fora da faixa de trabalho, sem a ocorrência registrada e a manutenção acionada.

! A PRODUÇÃO NÃO COMEÇA ENQUANTO QUALQUER UM DESTES ESTIVER ABERTO

› Área de manipulação sem a higienização registrada do turno anterior.

POP-HOT-06.3 Sequência de execução

1. Receber do sistema assistencial a prescrição dietética lançada e confrontá-la com o censo de internação.
2. Consolidar o mapa de dietas por setor e por leito, identificando dieta, consistência e restrições.
3. Confirmar com a equipe assistencial toda divergência entre prescrição, censo e mapa antes de iniciar a produção.
4. Receber os gêneros conferindo rótulo, prazo de validade, temperatura de chegada e integridade da embalagem.
5. Recusar o gênero fora do critério de aceitação, registrar a ocorrência e comunicar o prestador.
6. Armazenar por tipo, identificado, em área própria, com saída ordenada pela validade.
7. Higienizar hortifrúteis conforme o procedimento adotado pelo serviço, com registro do processo.
8. Produzir conforme a ficha técnica de preparo, controlando a temperatura na cocção e o tempo de espera até a distribuição.
9. Coletar e conservar amostras das preparações, identificadas com data, horário e responsável.
10. Bloquear o lote cuja temperatura ou tempo de espera estiver fora do critério, registrar a não conformidade e substituir o preparo.
11. Liberar as preparações conformes para o porcionamento, na forma do POP-HOT-07.
12. Registrar o quantitativo produzido por tipo de refeição e por grupo atendido.

Etapa	O que se controla	Registro gerado
Mapa de dietas	Correspondência entre prescrição, censo e dieta por leito	Mapa consolidado e validado do dia
Recebimento de gêneros	Rótulo, validade, temperatura e integridade	Planilha de recebimento e ocorrências de recusa
Armazenamento	Identificação, separação por tipo e ordem de saída pela validade	Controle de estoque da unidade de alimentação e nutrição
Higienização de hortifrúteis	Procedimento e tempo adotados pelo serviço	Registro do processo por lote
Cocção e espera	Temperatura das etapas e tempo até a distribuição	Planilha de controle de temperatura

Etapa	O que se controla	Registro gerado
Amostras	Coleta, identificação e conservação das preparações	Registro de amostras com data, horário e responsável

Tabela POP-HOT-06.1 — Etapas de controle da produção e o registro que cada uma gera.

✓ O QUE SUSTENTA A SEGURANÇA DA REFEIÇÃO
› Confrontar mapa, prescrição e censo antes de qualquer preparo.
› Recusar o gênero fora do critério no ato do recebimento, com registro.
› Controlar temperatura na cocção e no tempo de espera, e anotar no momento da leitura.
› Coletar e conservar amostras identificadas de cada preparação.

✗ O QUE NÃO FAZER
› Iniciar a produção com divergência de mapa ainda em aberto.
› Aceitar gênero com embalagem violada para conferir depois.
› Reaquecer preparo mantido fora da faixa de temperatura por tempo indeterminado.
› Anotar as temperaturas do turno de uma só vez, ao final.

POP-HOT-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

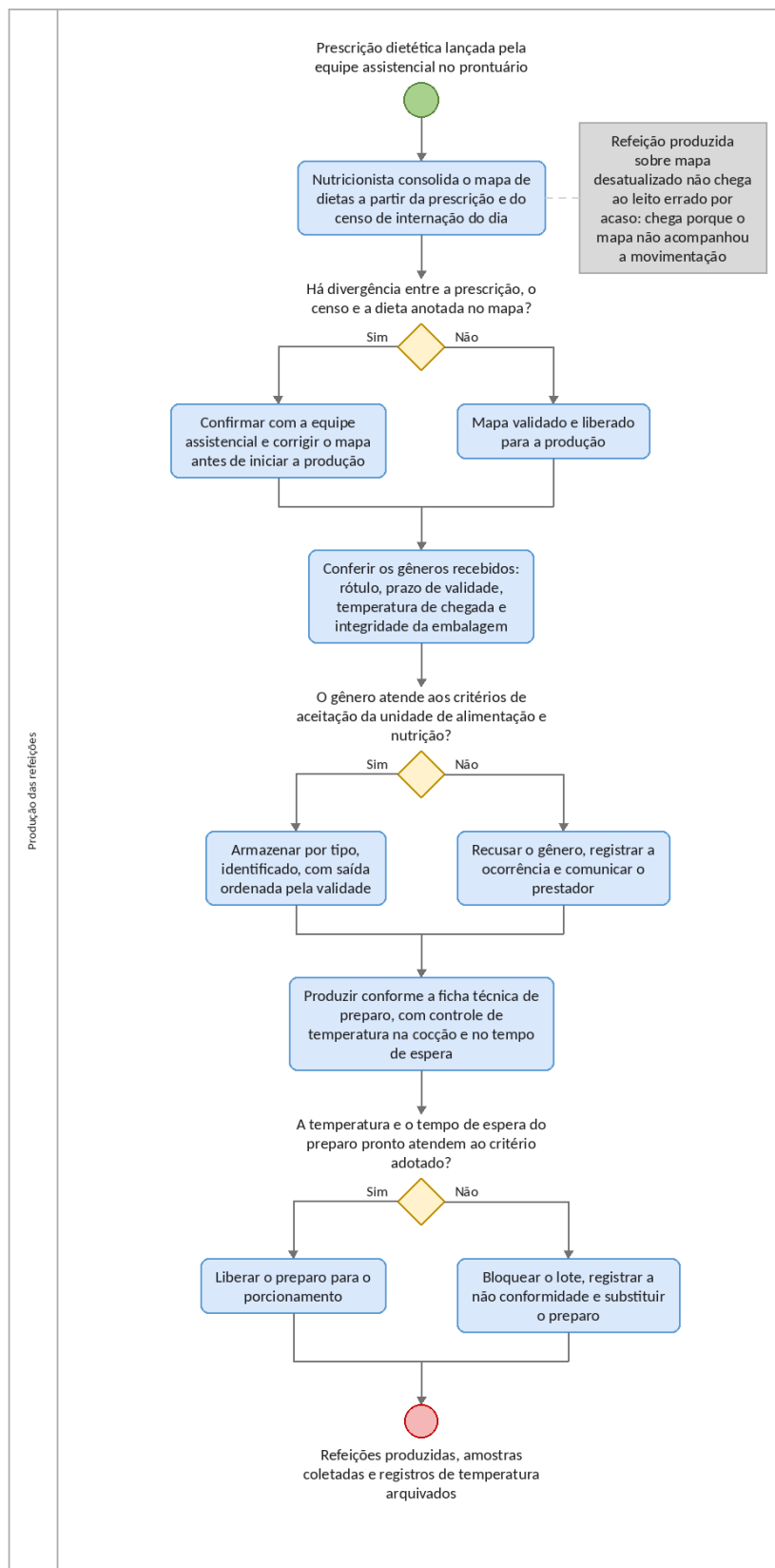
- › Mapa de dietas consolidado e validado, arquivado na unidade de alimentação e nutrição.
- › Planilha de recebimento de gêneros, com as recusas e as ocorrências registradas.
- › Planilha de controle de temperatura da cocção, da conservação e do tempo de espera.
- › Registro de coleta e conservação de amostras das preparações.
- › Quantitativo diário produzido por tipo de refeição e por grupo atendido.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
O mapa vem antes	Produção sobre mapa em divergência entrega a dieta errada ao leito certo.
Aceitação é no ato	Gênero fora do critério se recusa no recebimento, com registro.
Temperatura é dado	A leitura se anota no momento; anotada de memória, não serve de evidência.
Amostra identificada	Data, horário e responsável são o que a tornam útil.
Quantitativo diário	O item 8.7.9.8.13 exige a apresentação do controle do quantitativo diário de refeições.

POP-HOT-06.5 Fluxograma

O fluxograma da produção mostra três decisões encadeadas: a divergência entre prescrição, censo e mapa, que impede o início da produção; a aceitação do gênero recebido; e o controle de temperatura e de tempo de espera, que decide entre liberar e bloquear o preparo.

POP-HOT-06 — Recebimento da prescrição dietética e produção das refeições



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.12.1, 8.7.12.2 e 8.7.9.8.13; RDC Anvisa n.º 216/2004 e n.º 275/2002.

POP-HOT-07. Conferência e distribuição da bandeja ao leito

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-07.1 Quando usar

- › A cada refeição servida aos usuários internados, em todos os horários previstos.
- › No fornecimento de refeição a acompanhante, quando devida.
- › Sempre que houver alteração de dieta ou movimentação de leito entre o porcionamento e a entrega.

POP-HOT-07.2 Fundamento

Item 8.7.12.2 do termo de referência, que fixa as refeições a fornecer a usuários, colaboradores e acompanhantes, com opção de proteína, suco e sobremesa no almoço e no jantar. Item 12.12.22, quanto a acomodações e alimentação para acompanhantes, quando necessário. Item 8.7.9.8.13, quanto ao controle do quantitativo diário de refeições. Norma sanitária vigente de boas práticas para serviços de alimentação. Seções 16.10 e 16.13 do protocolo.

✕ A BANDEJA NÃO SAI DO CARRO SE QUALQUER UM DESTES OCORRER

- › Identificação ausente ou ilegível quanto a leito, nome do usuário ou dieta.
- › Divergência entre a bandeja e o mapa de dietas vigente no momento da distribuição.
- › Usuário em jejum, com dieta suspensa ou ausente do leito.
- › Dúvida sobre consistência ou restrição, ainda não esclarecida com a equipe assistencial.
- › Bandeja transportada em carro aberto ou fora do tempo de espera definido pelo serviço.

POP-HOT-07.3 Sequência de execução

1. Receber do preparo as refeições liberadas e o mapa de dietas atualizado até o horário da distribuição.
2. Porcionar conforme a dieta, a consistência e as restrições anotadas no mapa.
3. Montar a bandeja com a opção de proteína, suco e sobremesa nas refeições principais, na forma do item 8.7.12.2.
4. Identificar a bandeja com leito, nome do usuário e dieta prescrita.
5. Conferir cada bandeja contra o mapa vigente antes de acomodá-la no carro.
6. Transportar em carro fechado e higienizado, com controle do tempo entre o porcionamento e a entrega.
7. No setor, confirmar com a enfermagem as alterações ocorridas desde o porcionamento.
8. Entregar ao leito conferindo a identificação do usuário; havendo jejum, suspensão ou ausência, devolver a bandeja e registrar a ocorrência.
9. Reprogramar com a equipe assistencial a oferta devolvida, quando couber.
10. Registrar a aceitação da dieta e recolher os utensílios ao término, encaminhando-os à higienização.
11. Comunicar ao nutricionista a recusa reiterada ou a manifestação sobre a refeição, registrando-a na pauta de hotelaria.
12. Consolidar o quantitativo servido por tipo de refeição e por grupo atendido.

Grupo atendido	Refeições previstas	Observação do próprio item
Usuário internado	Desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia	Opção de proteína, suco e sobremesa no almoço e no jantar
Colaborador	Desjejum, almoço, merenda e jantar	Opção de proteína, suco e sobremesa no almoço e no jantar
Acompanhante	Desjejum, almoço e jantar	Opção de proteína, suco e sobremesa no almoço e no jantar
Leito pediátrico	Refeições do usuário internado, com alimentação divertida	Previsão do item 8.7.12.3
Datas festivas	Cardápio próprio para todos os contemplados pela nutrição	Previsão do item 8.7.12.3

Tabela POP-HOT-07.1 — Refeições devidas por grupo atendido, conforme o item 8.7.12.2 do termo de referência.

✓ O QUE GARANTE A DIETA CERTA NO LEITO CERTO

- › Conferir a bandeja contra o mapa vigente no momento da distribuição, e não no do preparo.
- › Confirmar com a enfermagem as alterações ocorridas desde o porcionamento.

✓ O QUE GARANTE A DIETA CERTA NO LEITO CERTO

- › Identificar leito, nome e dieta em todas as bandejas, com rótulo próprio e legível.
- › Registrar a aceitação e a recusa, porque é o que permite reavaliar a dieta.

✗ O QUE LEVA A DIETA AO LEITO ERRADO

- › Distribuir com mapa do turno anterior.
- › Entregar sem conferir a identificação do usuário no leito.
- › Deixar bandeja no leito de usuário ausente para ser consumida depois.
- › Tratar a recusa reiterada como preferência, sem comunicá-la ao nutricionista.

POP-HOT-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Mapa de dietas do horário, com as alterações confirmadas antes da entrega.
- › Registro da aceitação da dieta por leito, arquivado na unidade de alimentação e nutrição.
- › Ocorrências de devolução por jejum, suspensão ou ausência, com a reprogramação acordada.
- › Manifestações sobre a refeição encaminhadas ao nutricionista e à pauta de hotelaria.
- › Quantitativo diário servido por tipo de refeição e por grupo atendido.

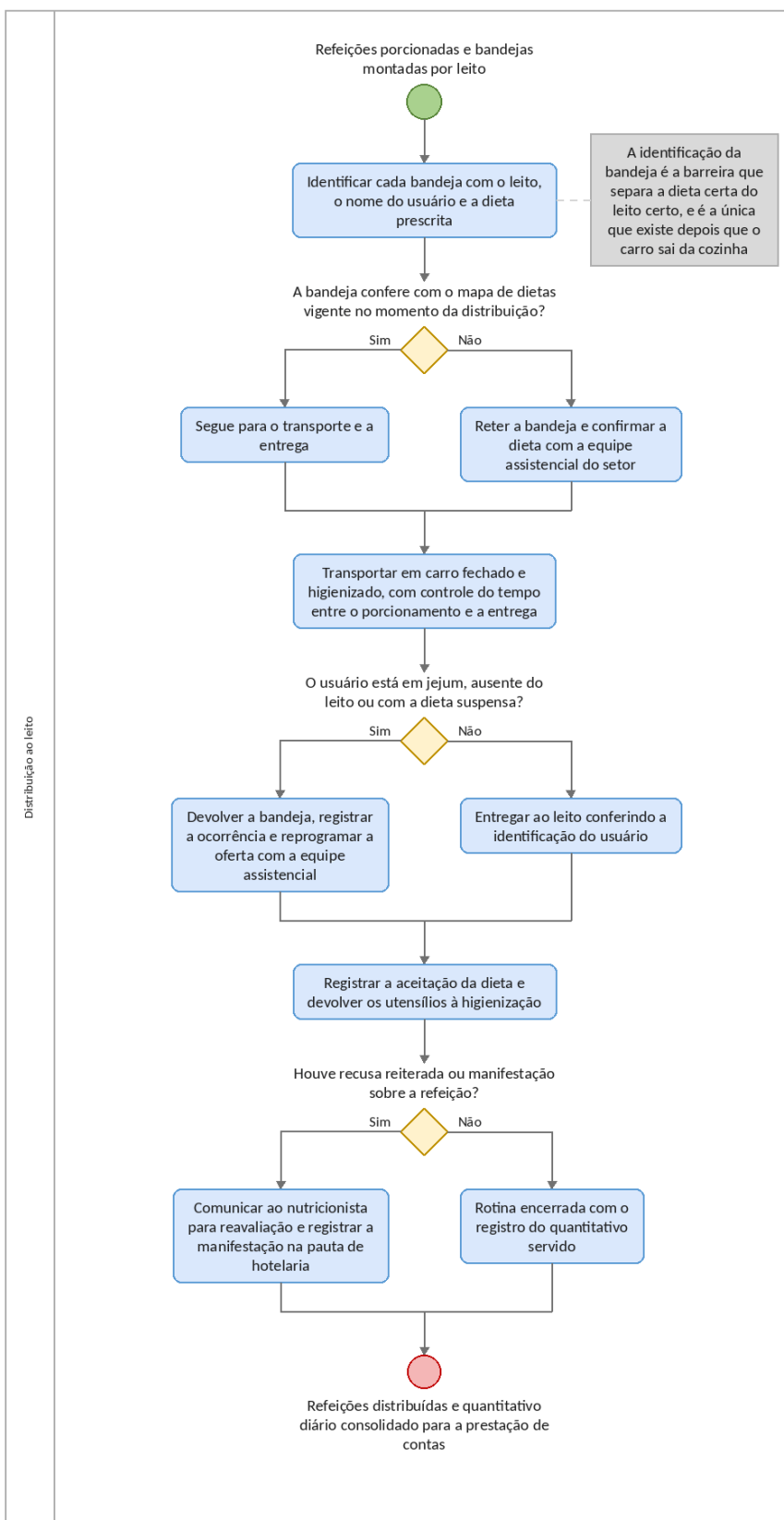
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

O mapa vigente manda	A conferência é contra o mapa do momento da distribuição.
Identificação dupla	Bandeja identificada e usuário conferido no leito.
Devolução é registro	Jejum, suspensão e ausência geram ocorrência e reprogramação.
Recusa é informação	Recusa reiterada volta ao nutricionista para reavaliação.
Quantitativo consolidado	O controle diário de refeições instrui a prestação de contas.

POP-HOT-07.5 Fluxograma

O fluxograma da distribuição tem três bifurcações: a conferência da bandeja contra o mapa vigente, a condição do usuário no momento da entrega — jejum, ausência ou dieta suspensa — e a manifestação sobre a refeição, que devolve o caso ao nutricionista.

POP-HOT-07 — Conferência e distribuição da bandeja ao leito



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.12.2, 12.12.22 e 8.7.9.8.13; RDC Anvisa n.º 216/2004.

POP-HOT-08. Preparo, conservação e administração de nutrição enteral

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-08
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-08.1 Quando usar

- › Sempre que houver prescrição de terapia nutricional enteral para usuário internado.
- › A cada alteração de fórmula, de volume ou de via de administração.
- › Na reposição de dose descartada por quebra da cadeia de conservação.

POP-HOT-08.2 Fundamento

Item 12.13 do termo de referência, que inclui a nutrição enteral e a parenteral entre os itens a fornecer aos pacientes internados quando indicadas, e item 8.7.17.1, que relaciona a nutrição, incluída a enteral e a parenteral, entre os serviços de apoio da unidade. Item 12.14.3, que institui a comissão multiprofissional de terapia nutricional. Norma sanitária vigente sobre os requisitos mínimos da terapia de nutrição enteral. Seção 16.11 do protocolo.

! A DOSE NÃO SEGUE PARA O LEITO SE QUALQUER UM DESTES ESTIVER PRESENTE

- › Frasco sem identificação completa de usuário, leito, fórmula, volume, data e hora do preparo e prazo de validade.
- › Quebra da cadeia de conservação entre o preparo e a entrega à enfermagem.
- › Fórmula industrializada com embalagem violada, lote ilegível ou prazo de validade vencido.
- › Divergência entre a prescrição registrada no prontuário e o rótulo do frasco.
- › Área de preparo sem a higienização registrada, ou manipulador sem paramentação completa.

POP-HOT-08.3 Sequência de execução

1. Receber a prescrição da equipe assistencial e conferi-la no prontuário do usuário.
2. Avaliar a prescrição e definir fórmula, volume, via e horários, registrando a prescrição dietética no prontuário.
3. Verificar se a fórmula é industrializada pronta para uso ou exige preparo.
4. Sendo pronta para uso, conferir integridade da embalagem, lote e prazo de validade.
5. Exigindo preparo, executá-lo em área exclusiva, com manipulador paramentado e água de qualidade controlada, sem outra atividade concomitante na bancada.
6. Identificar o frasco com nome do usuário, leite, fórmula, volume, data e hora do preparo e prazo de validade.
7. Conservar sob refrigeração e transportar em condição que preserve a cadeia de conservação.
8. Entregar à enfermagem mediante registro de recebimento, com horário anotado.
9. Descartar o frasco cuja cadeia de conservação tiver sido rompida, registrar a não conformidade e repor a dose.
10. A enfermagem confere identificação, via, integridade e horário antes de instalar, e registra o início da infusão.
11. Acompanhar a infusão, registrar o volume administrado e, havendo intercorrência, interromper e comunicar a equipe assistencial.
12. Levar as ocorrências do período à comissão multiprofissional de terapia nutricional.

Momento	Quem responde	O que fica registrado
Prescrição	Equipe assistencial	Prescrição no prontuário do usuário
Prescrição dietética	Nutricionista	Fórmula, volume, via e horários, no prontuário
Preparo ou conferência da fórmula	Unidade de alimentação e nutrição	Identificação do frasco, lote e prazo de validade
Conservação e transporte	Unidade de alimentação e nutrição	Registro da conservação e do horário de saída
Entrega	Unidade de alimentação e nutrição, com recebimento pela enfermagem	Registro de recebimento, com horário
Administração	Enfermagem	Horário de início, volume administrado e intercorrências

Tabela POP-HOT-08.1 — Rastreabilidade da dose, do preparo à infusão.

✓ O QUE TORNA A TERAPIA NUTRICIONAL RASTREÁVEL

- › Prescrição dietética registrada no prontuário antes de qualquer preparo.

✓ O QUE TORNA A TERAPIA NUTRICIONAL RASTREÁVEL

- › Identificação completa do frasco, sem abreviação que dependa de interpretação.
- › Cadeia de conservação preservada do preparo à administração.
- › Registro do horário em cada passagem de responsabilidade.

✗ O QUE NÃO FAZER

- › Preparar fórmula em bancada compartilhada com outra atividade.
- › Corrigir o rótulo à mão sobre a identificação anterior.
- › Instalar sem conferir identificação e via com a prescrição.
- › Reaproveitar dose devolvida do setor cuja conservação não se pode atestar.

POP-HOT-08.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Prescrição dietética da terapia nutricional, registrada no prontuário do usuário.
- › Identificação do frasco e registro de lote e validade da fórmula utilizada.
- › Registro de entrega e de recebimento pela enfermagem, com horário.
- › Registro de administração, volume infundido e intercorrências, no prontuário.
- › Não conformidades levadas à comissão multiprofissional de terapia nutricional.

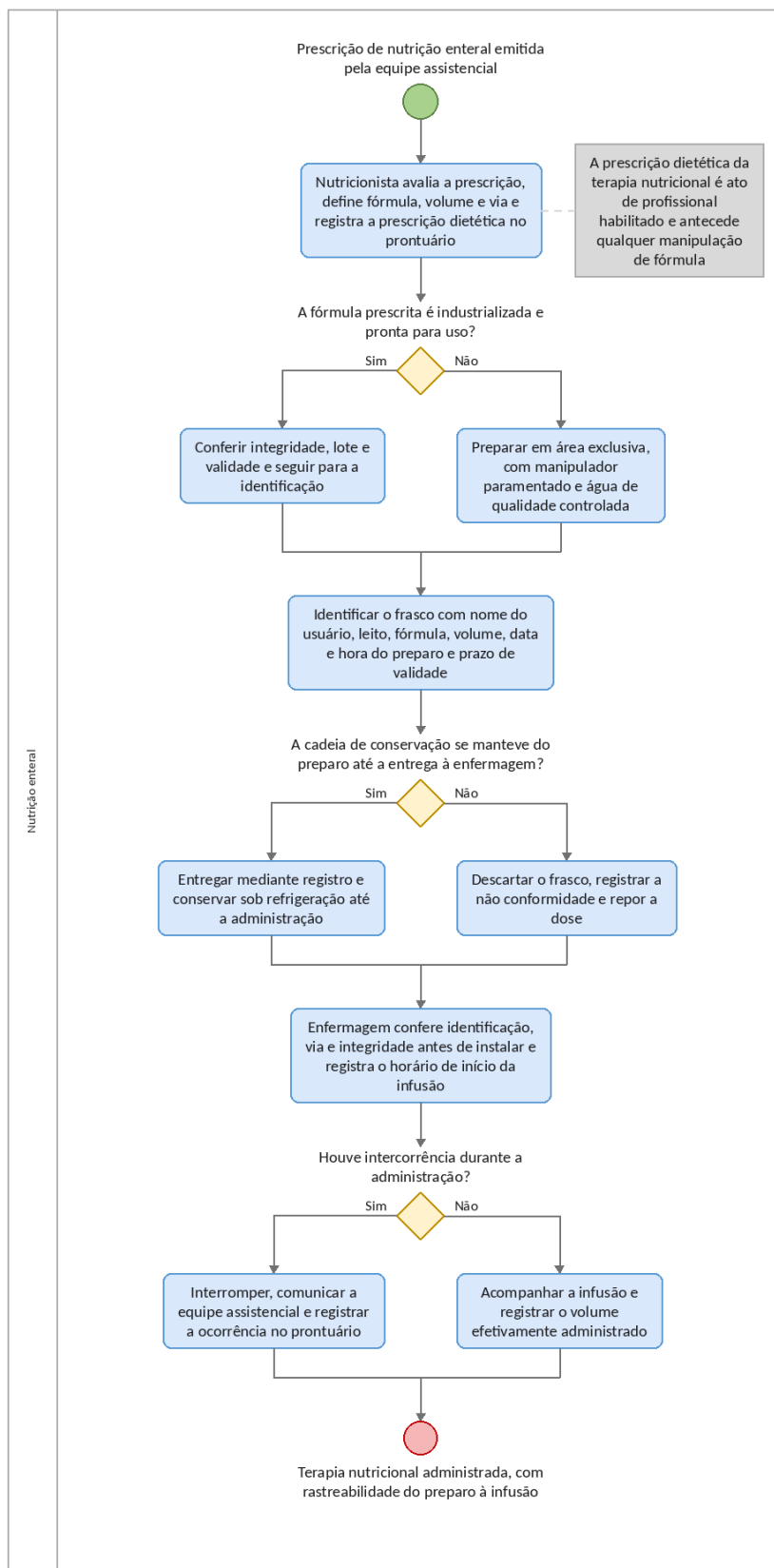
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Prescrição primeiro	A prescrição dietética antecede qualquer manipulação de fórmula.
Identificação completa	Usuário, leito, fórmula, volume, data, hora e validade no rótulo.
Cadeia de conservação	Rompida, a dose se descarta e se repõe, com registro.
Conferência na instalação	A enfermagem confere identificação e via antes de instalar.
A comissão recebe	As ocorrências do período são levadas à comissão multiprofissional de terapia nutricional, do item 12.14.3.

POP-HOT-08.5 Fluxograma

O fluxograma da nutrição enteral separa a fórmula industrializada pronta para uso daquela que exige preparo em área exclusiva, e traz as duas decisões seguintes: a integridade da cadeia de conservação até a entrega e a ocorrência de intercorrência durante a infusão.

POP-HOT-08 — Preparo, conservação e administração de nutrição enteral



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 12.13, 8.7.17.1 e 12.14.3; RDC Anvisa n.º 503/2021.

POP-HOT-09. Ronda de ambiência e tratamento da manifestação de hotelaria

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-HOT-09
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 16 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-HOT-09.1 Quando usar

- › Na ronda de ambiência programada pela Coordenação de Hotelaria, em rotina definida pelo serviço.
- › Ao receber manifestação de usuário, acompanhante ou colaborador sobre limpeza, enxoval, refeição, conforto ou acolhimento.
- › Ao receber da ouvidoria manifestação classificada como de hotelaria.

POP-HOT-09.2 Fundamento

Itens 8.7.9.2, 8.7.9.4.1 e 8.7.9.4.3 do termo de referência, que tratam da ambiência, das condições de bem-estar e da capacitação dos colaboradores não assistenciais para o acolhimento, e item 8.7.9.7, que fixa as atribuições do coordenador de hotelaria na unidade. Item 12.22, quanto ao serviço de ouvidoria, e Quadro 15, indicador 20, que mede a resolubilidade da ouvidoria com meta igual ou superior a 90%. Seções 16.13, 16.17 e 16.18 do protocolo.

▣ O QUE A RONDA DE AMBIÊNCIA PERCORRE
› Conforto do ambiente: iluminação, ventilação, temperatura, ruído e privacidade do usuário.
› Comunicação visual e sinalização, na forma do padrão indicado pela secretaria.
› Limpeza percebida das áreas de internação, dos sanitários e das áreas de espera.
› Enxoval disponível no setor e condição das peças em uso.
› Refeição servida: horário, temperatura, apresentação e adequação à dieta.
› Acolhimento do acompanhante: acomodação, orientação e acesso ao manual do acompanhante.

POP-HOT-09.3 Sequência de execução

1. Programar a ronda com o roteiro de verificação e as áreas a percorrer.
2. Percorrer as áreas de internação e de atendimento ao público, observando os itens do roteiro.
3. Ouvir usuários, acompanhantes e equipes sobre a percepção do ambiente e dos serviços de apoio.
4. Registrar cada desvio com local, data, natureza e responsável pela providência.
5. Classificar o desvio: execução do serviço contratado, condição de infraestrutura, equipamento ou matéria assistencial.
6. Sendo de execução do serviço contratado, acionar o supervisor do prestador para correção e comunicar a Direção Administrativa para a fiscalização do contrato.
7. Sendo de infraestrutura ou de equipamento, encaminhar à manutenção predial ou à engenharia clínica, na forma do Protocolo 13.
8. Receber da ouvidoria as manifestações classificadas como de hotelaria e consolidá-las com os achados da ronda em pauta única.
9. Acordar com o demandante o encaminhamento e o prazo, quando a manifestação for nominal.
10. Acompanhar a providência até a resolução e dar retorno ao demandante.
11. Escalar à Direção Administrativa a pendência não resolvida, mantendo o registro do responsável e do prazo.
12. Consolidar o período e levar o resultado à análise da governança, na forma da seção 16.18.

Natureza do achado	Para quem vai	O que o encaminhamento gera
Execução do serviço de limpeza, rouparia ou nutrição	Supervisor do prestador, com comunicação à Direção Administrativa	Correção registrada e insumo para a fiscalização do contrato
Infraestrutura predial	Manutenção predial, na forma do Protocolo 13	Ordem de serviço com acompanhamento até a conclusão
Equipamento médico-hospitalar	Engenharia clínica, na forma do Protocolo 13	Chamado técnico com registro do atendimento
Matéria assistencial	Coordenação assistencial do setor	Encaminhamento registrado, sem retenção na hotelaria
Manifestação nominal do usuário	Ouvidoria, com retorno ao demandante	Registro na série que compõe a resolubilidade da ouvidoria

Tabela POP-HOT-09.1 — Classificação do achado da ronda e o encaminhamento correspondente.

✓ O QUE FAZ A MANIFESTAÇÃO VIRAR CORREÇÃO

- › Registrar o desvio com local, data e responsável pela providência.
- › Classificar pela natureza, porque é a natureza que define quem resolve.
- › Acordar o encaminhamento e o prazo com quem manifestou.
- › Dar retorno ao demandante e registrar a data em que o retorno ocorreu.

✗ O QUE MANTÉM A MANIFESTAÇÃO ABERTA

- › Resolver verbalmente sem registrar o achado e a providência.
- › Reter na hotelaria achado que pertence à manutenção, à engenharia clínica ou à assistência.
- › Tratar o percentual de manifestações resolvidas sem olhar as que continuam abertas.
- › Encerrar a manifestação sem retorno ao demandante.

POP-HOT-09.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Roteiro da ronda de ambiência preenchido, com conformidades e desvios, arquivado na Coordenação de Hotelaria.
- › Registro do desvio com local, data, natureza, responsável e prazo acordado.
- › Comunicação ao supervisor do prestador e à Direção Administrativa, quando de execução contratada.
- › Pauta única de hotelaria, com os achados da ronda e as manifestações da ouvidoria.
- › Registro da resolução e do retorno ao demandante, com as datas correspondentes.

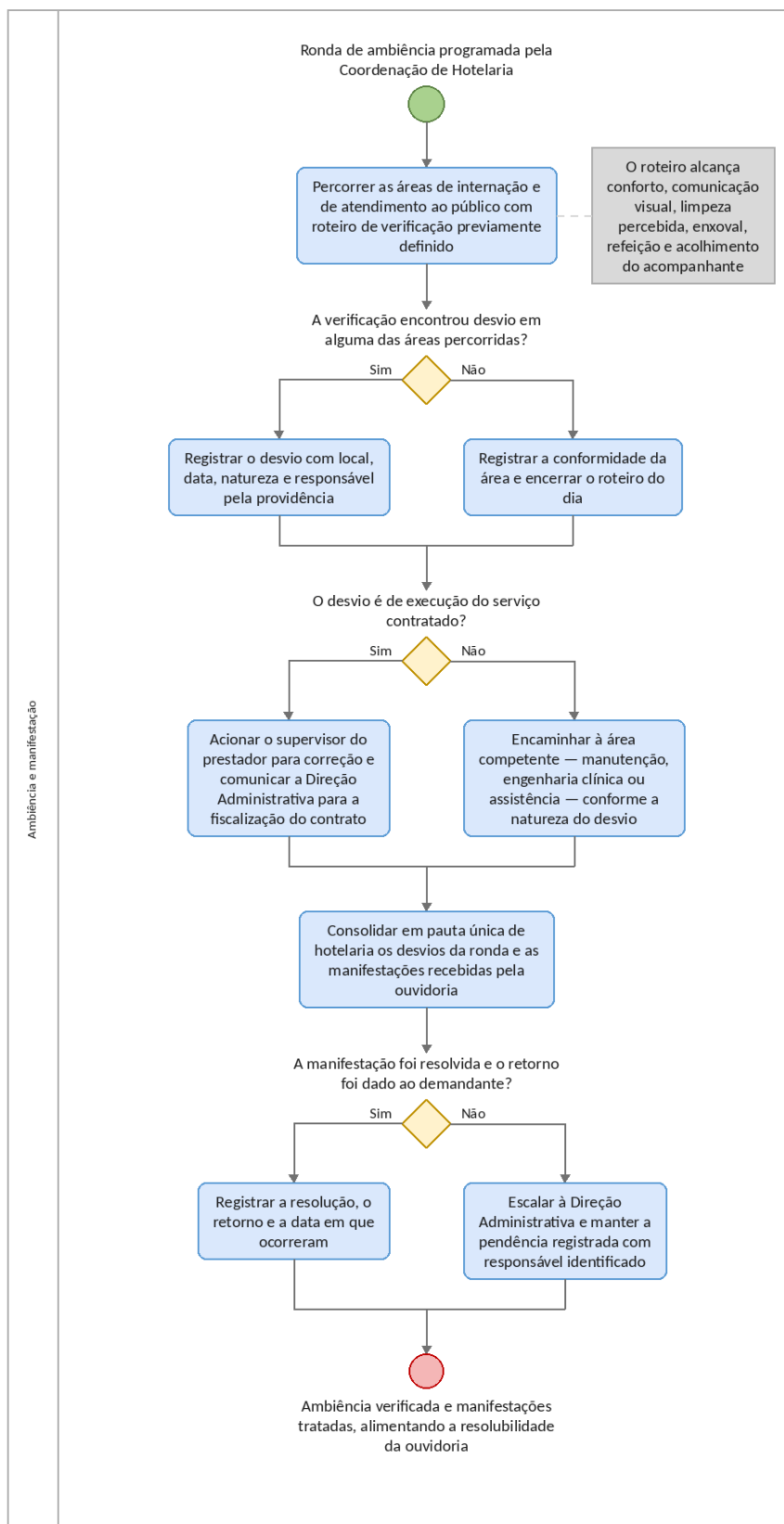
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Roteiro definido	A ronda percorre roteiro previamente definido, e não a impressão do dia.
A natureza define o dono	Execução contratada, infraestrutura, equipamento ou assistência.
Prestador e fiscalização	O desvio de execução aciona o supervisor e a Direção Administrativa.
Retorno ao demandante	Manifestação encerrada sem retorno não está resolvida.
Meta do Quadro 15	A resolubilidade da ouvidoria tem meta igual ou superior a 90%, no indicador 20.

POP-HOT-09.5 Fluxograma

O fluxograma da ronda mostra as três decisões que definem o tratamento do achado: a existência do desvio, a sua natureza — execução do serviço contratado ou matéria de outra área — e a resolução da manifestação, que separa o registro do retorno da escalada à Direção Administrativa.

POP-HOT-09 — Ronda de ambiência e tratamento da manifestação de hotelaria



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.9.2, 8.7.9.4.1, 8.7.9.7 e 12.22; Quadro 15, indicador 20.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Brasília, DF: Anvisa, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0216_15_09_2004.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 275, de 21 de outubro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores e industrializadores de alimentos. Brasília, DF: Anvisa, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0275_21_10_2002.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-503-de-27-de-maio-de-2021-323027659>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, DF: Anvisa, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução CFN n.º 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições. Brasília, DF: CFN, 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Resíduos de Serviços de Saúde e Sustentabilidade

Hospital Geral de Nova Iguaçu · setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

17.1	Âmbito e finalidade.....	963
17.2	Base normativa.....	964
17.3	O plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	965
17.4	Classificação dos resíduos por grupo e o que define cada um	966
17.5	Segregação na origem: o ato que determina todo o ciclo.....	967
17.6	Acondicionamento, identificação e simbologia	967
17.7	Coleta interna, roteiros e horários	968
17.8	Abrigos de resíduos: temporário e externo	969
17.9	Resíduos com exigência própria: perfurocortantes, químicos e rejeitos radioativos	970
17.10	Transporte externo, destinação final e o manifesto	971
17.11	Saúde e segurança do trabalhador exposto.....	971
17.12	Atribuições e responsabilidades das equipes	972
17.13	Interface com a assistência, a farmácia e a engenharia clínica	973
17.14	Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	974
17.15	Tratamento da não conformidade.....	975
17.16	Indicadores e monitoramento.....	976
17.17	Revisão, versão e governança do protocolo	978
17.18	Fluxograma	979

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

	O que esta parte contém.....	983
POP-RES-01	Segregação e acondicionamento do resíduo na origem	984
POP-RES-02	Manejo de perfurocortantes e substituição do coletor	989
POP-RES-03	Coleta interna e transporte até o abrigo	994
POP-RES-04	Operação e higienização dos abrigos de resíduos	998
POP-RES-05	Manejo de resíduo químico e de medicamento vencido ou parcialmente utilizado.....	1002
POP-RES-06	Expedição para destinação final e guarda do manifesto	1007
POP-RES-07	Conduta diante de acidente com material biológico ou perfurocortante.....	1011
	Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	1016

Protocolo 17. Resíduos de Serviços de Saúde e Sustentabilidade

17.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade trata aquilo que sobra do cuidado. Ele governa o percurso completo do resíduo dentro e fora do hospital: a segregação no ponto em que ele é gerado, o acondicionamento e a identificação, a coleta interna e o transporte até o abrigo, o armazenamento temporário e o externo, a expedição ao transportador contratado e a comprovação documental de que a destinação final foi ambientalmente adequada. Alcança todos os setores que geram resíduo, o que significa dizer que alcança a unidade inteira — da beira do leito ao almoxarifado, da farmácia à cozinha, do centro cirúrgico à administração.

A finalidade tem três dimensões que se sustentam mutuamente. A primeira é sanitária: o resíduo de serviço de saúde mal manejado é veículo de agente infeccioso dentro do próprio hospital, e o profissional que o manuseia é o primeiro exposto. A segunda é ambiental: o que sai pelo portão do abrigo entra num ciclo que escapa ao controle direto do hospital, mas pelo qual responde, porque a responsabilidade do gerador acompanha o resíduo até a destinação. A terceira é contratual: o item 12.13 do instrumento contratual inclui, entre os serviços que a contratada deve fornecer, o acondicionamento, a coleta, o transporte e o tratamento adequados de resíduos comuns e infectados, conforme a legislação em vigor.

Duas premissas organizam o documento inteiro. A primeira é que a segregação na origem é o ato determinante de todo o ciclo, e o único que não se corrige adiante: resíduo comum lançado no saco do resíduo infectante passa a ser, por inteiro, resíduo infectante, com o custo e o tratamento que a classe exige. A segunda é que a destinação só existe quando é comprovada por documento — sem manifesto emitido e sem certificado de destinação final arquivado, o que a unidade tem é coleta contratada, e não destinação demonstrada perante quem fiscaliza.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

17.2 Base normativa

O protocolo se apoia em três camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que relaciona o manejo do resíduo entre os serviços a fornecer, situa o abrigo entre as áreas da unidade e fixa o compromisso com a sustentabilidade ambiental. A segunda é a das normas sanitárias e ambientais vigentes, que disciplinam o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e se aplicam por serem norma vigente, independentemente de menção contratual. A terceira é a da governança do contrato de gestão, que define quem monitora, quem fiscaliza e a quem se presta contas.

Na camada contratual, quatro dispositivos sustentam o processo. O item 12.13 inclui, entre os serviços que a contratada deve fornecer, o acondicionamento, a coleta, o transporte e o tratamento adequados, conforme a legislação em vigor, de resíduos comuns e infectados, e ainda a coleta, o transporte e o tratamento de resíduos com base no Plano Nacional de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, obrigatório de acordo com a Política Nacional de Resíduos Sólidos, instituída pela Lei n.º 12.305, de 2010. O item 8.7.4.6 determina que o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde decorrentes das atividades farmacêuticas esteja em conformidade com a RDC n.º 222, de 28 de março de 2018, observando as boas práticas de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte e destinação final. O item 8.6.1.7 relaciona o Abrigo de Resíduos entre as áreas de apoio e suporte da unidade. E o item 8.7.32.1, alínea x, inclui a embalagem para descarte de resíduos perfurocortantes na configuração mínima dos leitos de terapia intensiva.

Ainda na camada contratual, o item 10 trata dos impactos ambientais e fixa o compromisso de sustentabilidade que este protocolo operacionaliza. O item 10.2 determina que a contratação observe, em todas as fases, as orientações e normas voltadas para a sustentabilidade ambiental, e o item 10.2.1 acrescenta que os serviços respeitem as normas e os princípios ambientais, minimizando ou mitigando os efeitos dos danos ao meio ambiente, com tecnologias e materiais ecologicamente corretos. O item 10.1 reúne o quadro normativo desse compromisso e dele extraem-se três deveres de execução direta neste protocolo: o programa interno de treinamento voltado, entre outros objetivos, à redução da produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes; a separação do material reciclável na fonte geradora, com destinação à coleta seletiva; e a destinação ambientalmente adequada de pilhas e baterias usadas ou inservíveis, na forma da Resolução CONAMA n.º 257, de 1999.

Na camada sanitária e ambiental, aplicam-se à unidade, por serem norma vigente, a resolução da agência sanitária federal que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, a resolução do conselho nacional do meio ambiente que dispõe sobre o tratamento e a disposição final desses resíduos, a Política Nacional de Resíduos Sólidos e o seu regulamento, a norma técnica brasileira sobre o gerenciamento intraestabelecimento e a norma regulamentadora de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Dessas normas vêm a classificação em grupos, os requisitos do acondicionamento e da simbologia, as condições dos abrigos, as vedações do manejo do perfurocortante e a exigência de documentar a movimentação do resíduo até o destinador.

Na camada da governança, o item 12.12.23 determina realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento das obrigações, e é esse o dever que a seção de indicadores cumpre. O item 20.2.5 e o Quadro 05 situam a coleta de resíduos hospitalares entre as despesas de custeio da área de apoio apresentadas mensalmente, o que liga o documento do ciclo à instrução da prestação de contas. E o Anexo VII do edital, no item C.2.4, pede a estrutura funcional e operacional, o fluxograma detalhado dos processos e o modelo de coordenação técnico-administrativa com níveis de governança, mecanismos de supervisão e instrumentos de monitoramento — que é exatamente a arquitetura adotada neste protocolo.

17.3 O plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

O plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde é o documento que traduz a norma para a planta e a rotina desta unidade. Ele é exigência da norma sanitária vigente para todo gerador, e a Política Nacional de Resíduos Sólidos, que o instrumento contratual invoca no item 12.13, submete os serviços de saúde ao dever de elaborar plano de gerenciamento dos resíduos que gera. Este protocolo é a peça que descreve o processo; o plano é a peça que o instancia, com o levantamento por setor, o desenho dos roteiros, a identificação dos pontos de geração e a definição dos recipientes de cada área.

O conteúdo do plano decorre da norma e organiza-se em quatro blocos. O primeiro é o diagnóstico: quais resíduos a unidade gera, em que setores, em que grupos e em que quantidade estimada, com o inventário dos pontos de geração e dos recipientes instalados. O segundo é o manejo: como se segrega, como se acondiciona, como se coleta, por onde se transporta e onde se armazena, com os roteiros e os horários definidos pelo serviço. O terceiro é a destinação: qual tratamento e qual disposição final cada grupo recebe, por qual transportador e por qual destinador, com as respectivas licenças. O quarto é o controle: quem responde por cada etapa, que registro cada uma produz, como se capacita a equipe e como se trata o desvio.

O plano tem responsável técnico identificado e é mantido disponível para a autoridade sanitária e para a autoridade ambiental competentes, bem como para a fiscalização do contrato de gestão. A sua revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança na planta ou nos fluxos da unidade, alteração do serviço contratado de transporte e destinação, ou achado que a justifique — como a reincidência de segregação indevida num setor, que costuma indicar problema de desenho do ponto de geração antes de indicar problema de conduta.

A relação entre o plano e a sustentabilidade é direta, e vale enunciá-la. Reduzir o volume que segue para tratamento como resíduo infectante é, ao mesmo tempo, ganho sanitário, ganho ambiental e ganho econômico, porque o tratamento do resíduo com risco biológico custa muitas vezes o da disposição do resíduo comum. A separação do material reciclável na fonte geradora, prevista no quadro de sustentabilidade do item 10.1, e a capacitação voltada à redução da produção de resíduos sólidos são, por isso, medidas de gestão antes de serem gestos ambientais: elas atuam sobre o denominador do problema em vez de atuarem sobre a fatura.

17.4 Classificação dos resíduos por grupo e o que define cada um

A classificação é a gramática do processo. Sem ela, cada etapa seguinte perde referência: não há como definir recipiente, simbologia, roteiro, box do abrigo, tratamento ou manifesto sem antes saber a que grupo o resíduo pertence. A norma sanitária vigente e a norma ambiental vigente convergem numa classificação de cinco grupos, e é ela que este protocolo adota, integralmente, em todos os seus dispositivos.

Grupo	O que define o grupo	Consequência para o manejo
A — potencialmente infectante	Resíduo com possível presença de agente biológico que, por suas características, possa apresentar risco de infecção: sangue, secreção, excreção, cultura, peça anatômica e material com contato	Saco branco leitoso com o símbolo de substância infectante, tratamento prévio quando a norma o exigir e destinação própria da classe
B — químico	Resíduo que contém substância química capaz de apresentar risco à saúde ou ao meio ambiente: medicamento, saneante, reagente, quimioterápico, pilha, bateria e produto com periculosidade	Recipiente compatível com o produto, identificado pelo símbolo de risco químico e pela inscrição do resíduo, com destinação conforme a classe
C — rejeito radioativo	Material que contém radionuclídeo em quantidade superior ao limite de eliminação fixado pela autoridade competente	Recipiente e sala próprios, sob o controle do responsável pela proteção radiológica, com decaimento até a liberação
D — comum	Resíduo que não apresenta risco biológico, químico ou radiológico, equiparável ao resíduo domiciliar, inclusive o material reciclável	Saco e recipiente próprios, com separação do reciclável na fonte geradora e destinação à coleta seletiva
E — perfurocortante	Material com risco de punctura ou de corte: agulha, lâmina, ampola de vidro, lâmina de bisturi, escalpe e material rígido de laboratório	Coletor rígido, estanque, resistente à punctura, à ruptura e ao vazamento, com tampa e simbologia, vedado o esvaziamento

Tabela 17.1 — Os cinco grupos da classificação adotada, com o critério que define cada um e a consequência imediata para o manejo.

Duas regras de convivência entre os grupos evitam a maior parte das dúvidas de classificação, e por isso são enunciadas aqui em vez de ficarem implícitas. A primeira: resíduo que reúne características de mais de um grupo é tratado pela classe de maior exigência, e não pela mais conveniente. Um frasco de quimioterápico com resto de sangue não é resíduo biológico com contaminação química acessória — é resíduo químico, e a sua destinação é a do grupo químico. A segunda: a mistura desqualifica o conjunto. Um saco de resíduo comum que recebe um único

item do grupo infectante converte-se integralmente em resíduo infectante, e segue para tratamento como tal.

A classificação também tem consequência econômica que merece registro, porque é ela que torna a boa segregação um objetivo de gestão e não apenas uma exigência formal. O tratamento do resíduo com risco biológico e do resíduo químico custa, por unidade de peso, muito mais do que a disposição do resíduo comum. Cada quilo de resíduo comum indevidamente lançado no saco branco leitoso é, portanto, custo evitável e impacto ambiental evitável ao mesmo tempo — e a leitura da proporção entre os grupos, mês a mês, é o que revela se a segregação na origem está funcionando ou se está apenas escrita.

17.5 Segregação na origem: o ato que determina todo o ciclo

Segregar é separar o resíduo no momento e no local em que ele é gerado, segundo o grupo a que pertence. É o primeiro ato do ciclo e o único cuja falha nenhuma etapa posterior conserta. O abrigo não corrige a segregação, o transportador não a corrige e o destinador muito menos: o que chega misturado é tratado como pertencente à classe de maior exigência presente na mistura. Daí a formulação que este protocolo adota como princípio: quem gera é quem separa, e separa no instante em que gera.

A responsabilidade pela segregação é, portanto, de toda a unidade, e não do serviço de higienização. O profissional que realiza o curativo, o que administra o medicamento, o que coleta a amostra, o que prepara a refeição e o que opera o almoxarifado são todos geradores, e a decisão de grupo é deles. À equipe de manejo cabe recolher, transportar, armazenar e expedir aquilo que já foi separado — e devolver ao gerador, com registro, o que chegar em desacordo. Essa devolução é a única forma conhecida de corrigir a origem, porque o silêncio sobre o erro consolida a prática que o produz.

Três condições fazem a segregação funcionar na prática, e a ausência de qualquer uma delas transforma a regra em texto. A primeira é a disponibilidade: o recipiente de cada grupo previsto para a área precisa estar no ponto onde o resíduo nasce, e não no corredor — quando o descarte exige deslocamento, o profissional escolhe o recipiente mais próximo, e a regra perde para a distância. A segunda é a legibilidade: identificação e simbologia visíveis, de modo que a decisão independa da memória de quem está no plantão. A terceira é a capacitação, na admissão e de forma continuada, na forma exigida pela norma sanitária vigente, para que a decisão de grupo seja compreendida e não apenas memorizada.

A segregação indevida encontrada é tratada como achado do processo, e não como falta pessoal. Registra-se com o local, a data, o grupo envolvido e a providência, devolve-se ao setor de origem como orientação e acompanha-se a série. A leitura da série por setor é o que distingue o evento isolado do problema estrutural: quando o mesmo ponto reincide, a causa costuma estar no desenho — recipiente insuficiente para o volume, ponto de geração sem coletor do grupo, sinalização apagada — e a correção é do desenho, não da conduta.

17.6 Acondicionamento, identificação e simbologia

Acondicionar é conter o resíduo já segregado em recipiente compatível com o seu grupo, com capacidade suficiente e resistência adequada, de modo que ele possa ser manuseado,

transportado e armazenado sem vazamento, sem ruptura e sem exposição de quem o conduz. O acondicionamento não é embalagem: é barreira. E como barreira, ele tem requisitos que a norma sanitária vigente fixa e que este protocolo reproduz sem ampliar e sem reduzir.

O resíduo com risco biológico é acondicionado em saco constituído de material resistente à ruptura e ao vazamento, impermeável, branco leitoso, identificado com o símbolo de substância infectante, contido em recipiente de material lavável, resistente à punctura, à ruptura, ao vazamento e ao tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e com cantos arredondados. Os sacos são preenchidos até o limite indicado pelo fabricante e no máximo até dois terços de sua capacidade, de modo que o fechamento seja possível sem compressão. O resíduo perfurocortante é acondicionado em recipiente rígido, estanque, resistente à punctura, à ruptura e ao vazamento, com tampa e com a simbologia correspondente.

A identificação acompanha o recipiente em todas as etapas, do ponto de geração ao box do abrigo, e é o que permite que a decisão tomada na origem seja reconhecida por quem recolhe e por quem armazena. Ela reúne a simbologia do grupo, em símbolo de dimensão compatível com o recipiente, e a inscrição que descreve o resíduo quando a classe o exige, como no caso do químico. Recipiente sem identificação legível é recipiente cuja classificação se perdeu, e o tratamento do que se perdeu é o da classe de maior exigência — o que converte um problema de etiqueta num custo de tratamento.

Duas vedações atravessam todo o acondicionamento e valem em qualquer etapa. A primeira é a da transferência: o conteúdo não passa de um recipiente para outro, nem para completar volume, nem para aproveitar espaço, nem para separar o que foi misturado. A segunda é a da compressão: o saco não é comprimido com as mãos nem com os pés, e o coletor rígido jamais é esvaziado para reaproveitamento. As duas vedações têm a mesma razão de ser, e ela é a proteção de quem manuseia: é no gesto de transferir e no de comprimir que se concentram a punctura, o respingo e o rompimento.

17.7 Coleta interna, roteiros e horários

A coleta interna é o transporte do resíduo acondicionado dos pontos de geração até o abrigo, e é a etapa em que o risco deixa de ser do gerador e passa a ser de quem conduz. Ela se organiza em roteiros, que são percursos escritos com pontos, sequência e horários definidos pelo serviço para cada área, dimensionados pelo volume que cada setor efetivamente gera e pela rotina assistencial que ali se cumpre. O roteiro escrito é o que transforma a coleta em processo verificável: sem ele, a coleta acontece, mas não se demonstra.

Três regras de percurso organizam o transporte interno. A primeira é a da separação de fluxos: o trajeto do resíduo não coincide, no mesmo momento, com o trajeto de alimentos, de roupa limpa e de material esterilizado — a separação pode ser de espaço, quando a planta a permite, ou de tempo, pela definição de horários distintos. A segunda é a do recipiente fechado: o material segue do ponto de geração ao abrigo sem abertura e sem transferência de conteúdo. A terceira é a do carro coletor: identificado pelo grupo, de material rígido, lavável, com cantos arredondados e com tampa, e circulando sempre tampado, ainda que o trajeto seja curto.

A coleta é executada pela equipe de higienização, na forma disciplinada pelo Protocolo 16, com os equipamentos de proteção individual indicados para a atividade. A conferência que ela faz em cada ponto tem valor próprio e não é formalidade: recipiente rompido, aberto ou com resíduo de grupo diverso é devolvido ao gerador para reacondicionamento, com registro da ocorrência e do setor de origem. É essa devolução, e não a advertência genérica, que produz correção — porque devolve o problema a quem pode resolvê-lo, no momento em que ele ainda é visível.

Duas situações interrompem o roteiro e têm conduta própria. A primeira é o cruzamento de área em procedimento assistencial em curso ou em precaução de contato: o trecho é adiado, com comunicação à equipe do setor, e retomado em seguida. A segunda é o rompimento ou o derramamento no percurso: contém-se, recolhe-se com material absorvente, higieniza-se o trecho atingido e registra-se a ocorrência antes de o roteiro prosseguir; havendo exposição de trabalhador, aciona-se de imediato a conduta de acidente com material biológico. Prosseguir deixando o trecho para depois é transferir o risco para quem passa a seguir.

17.8 Abrigos de resíduos: temporário e externo

O instrumento contratual relaciona, no item 8.6.1.7, o Abrigo de Resíduos entre as áreas de apoio e suporte da unidade — o que o situa como área com função, requisitos e responsável, e não como depósito. O protocolo distingue dois momentos do armazenamento. O armazenamento temporário é o que ocorre em sala próxima aos pontos de geração, destinada a reunir o material entre a coleta no setor e o transporte ao abrigo externo, e existe para organizar o roteiro, não para acumular. O armazenamento externo é o abrigo propriamente dito, onde o resíduo aguarda a expedição ao transportador contratado.

As condições que o abrigo mantém decorrem da norma sanitária vigente e da norma técnica brasileira sobre o gerenciamento intraestabelecimento. São elas: acesso restrito a quem trabalha no manejo, com identificação da área e simbologia visível em cada box; piso e paredes revestidos de material liso, lavável e impermeável; ponto de água, ralo ligado à rede de esgoto sanitário e ventilação adequada; proteção contra a entrada de vetor e de animal, com a porta mantida fechada; e separação física entre os grupos, de modo que resíduo biológico, químico e comum ocupem áreas distintas.

A regra de ouro da operação do abrigo cabe numa frase: o abrigo guarda, não manipula. Ali não se abre recipiente, não se reacomoda conteúdo, não se transfere material entre sacos e não se reaproveita embalagem. O que entra fechado permanece fechado até a expedição. Duas operações, porém, acontecem no abrigo e são essenciais: a pesagem por grupo no momento da entrada, com o registro da origem, e a higienização do piso, das paredes laváveis e dos carros coletores após cada expedição, com o efluente conduzido à rede de esgoto sanitário.

A pesagem por grupo na entrada é o dado que sustenta duas conferências distintas, e por isso não é burocracia. A primeira é a conferência da nota do transportador contratado: o peso que a unidade registrou ao receber é o parâmetro contra o qual se confere o peso que a nota informa, e essa conferência instrui a liquidação da despesa. A segunda é a leitura da qualidade da segregação: a proporção entre os grupos, acompanhada mês a mês, mostra se o resíduo comum

está migrando para o saco branco leitoso. Anotação feita de memória ao fim do turno, para vários roteiros de uma vez, corrompe as duas conferências ao mesmo tempo.

17.9 Resíduos com exigência própria: perfurocortantes, químicos e rejeitos radioativos

Três classes recebem tratamento destacado porque a norma lhes impõe requisitos que não se aplicam às demais, e porque concentram, cada uma à sua maneira, o risco do processo. O perfurocortante concentra o risco imediato de quem manuseia. O químico concentra o risco ambiental e o risco de destinação incorreta. O rejeito radioativo concentra um regime de controle próprio, exercido por responsável designado. Descrivê-las juntas tem uma razão prática: é exatamente na fronteira entre elas que as dúvidas de classificação aparecem.

O perfurocortante é acondicionado em coletor rígido no próprio ponto de geração, montado conforme a instrução do fabricante e instalado em suporte, em altura de trabalho, o mais próximo possível de onde o procedimento é realizado. A norma de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde veda o reencape da agulha e a sua desconexão manual da seringa, e a norma sanitária vigente veda o esvaziamento do recipiente para reaproveitamento. O instrumento contratual, no item 8.7.32.1, alínea x, inclui a embalagem para descarte de resíduos perfurocortantes entre os itens da configuração mínima dos leitos de terapia intensiva — o que confirma o coletor como equipamento do ponto assistencial, e não como acessório do serviço de limpeza.

▣ OS LIMITES QUE A NORMA FIXA, EM SEUS PRÓPRIOS TERMOS

- O coletor de perfurocortantes é preenchido até o limite indicado pelo fabricante e no máximo até três quartos de sua capacidade, o que ocorrer primeiro.
- O esvaziamento do coletor rígido para reaproveitamento é vedado, em qualquer hipótese.
- O reencape da agulha e a sua desconexão manual da seringa são vedados pela norma de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Os sacos de acondicionamento são preenchidos até o limite indicado pelo fabricante e no máximo até dois terços de sua capacidade, de modo que o fechamento dispense compressão.
- A movimentação do resíduo para fora da unidade é documentada por manifesto de transporte, na forma da norma ambiental vigente aplicável.
- Onde a norma não fixa número, este protocolo enuncia o dever e a finalidade, e a rotina é periódica, definida pelo serviço.

O resíduo químico reúne o medicamento vencido, avariado ou parcialmente utilizado, o saneante, o reagente de laboratório, o quimioterápico e o material por ele contaminado, além dos itens sujeitos a logística reversa, como pilha e bateria. O manejo parte da ficha de informação de segurança do produto, que indica como manusear, como acondicionar e qual destinação é admitida. Três condutas são invariáveis: o produto não vai para a pia, o ralo ou a rede de esgoto; não vai para o saco de resíduo comum nem para o saco branco leitoso; e o medicamento sujeito a controle especial é descartado na presença de testemunha, com termo próprio e comunicação à autoridade sanitária competente, na forma da norma aplicável.

O rejeito radioativo é o material que contém radionuclídeo em quantidade superior ao limite de eliminação fixado pela autoridade competente. Ele permanece sob o controle do responsável pela proteção radiológica, em recipiente e sala próprios, em decaimento até a liberação na forma da norma aplicável — e só então passa a ser manejado pelo grupo correspondente ao que restou. A regra de convivência com as demais classes é a mesma que governa toda a classificação: quando duas exigências incidem sobre o mesmo material, aplica-se a mais rigorosa, e o conjunto é tratado por ela.

17.10 Transporte externo, destinação final e o manifesto

O transporte externo é a etapa em que o resíduo deixa a unidade, e a destinação final é o seu desfecho. Ambos são executados por terceiros contratados, e essa é a característica que organiza o desenho do controle: em vez de dirigir a execução, a unidade específica, confere, documenta e acompanha. O item 12.13 do instrumento contratual inclui a coleta, o transporte e o tratamento de resíduos entre os serviços que a contratada deve fornecer, com base na Política Nacional de Resíduos Sólidos, e o item 20.2.5, com o Quadro 05, situa a coleta de resíduos hospitalares entre as despesas de custeio da área de apoio apresentadas mensalmente.

Executar por terceiro não transfere a responsabilidade pelo resultado — e, no caso dos resíduos, a Política Nacional de Resíduos Sólidos é expressa quanto à responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida do produto e ao dever do gerador de dar destinação ambientalmente adequada ao que produz. Daí decorrem duas conferências que antecedem cada expedição. A primeira é documental: a licença ou autorização ambiental do transportador e do destinador, vigente, com a cópia mantida na pasta do contrato. A segunda é física: a identificação do veículo e a compatibilidade do compartimento de carga com o grupo a transportar. Documentação vencida suspende a expedição, e o caso é tratado pela fiscalização do contrato, na forma do Protocolo 7.

O manifesto de transporte de resíduos é o instrumento pelo qual a movimentação se documenta. Ele é emitido por grupo, identifica o gerador, o transportador e o destinador, descreve o resíduo e a quantidade, e a sua via cabe à unidade desde a expedição. O certificado de destinação final é o documento que fecha o ciclo: é ele que atesta que o resíduo recebeu o tratamento e a disposição declarados. A regra deste protocolo é simples de enunciar e exigente de cumprir: manifesto emitido sem certificado correspondente é pendência aberta, que se cobra do destinador, se registra e se leva à fiscalização do contrato.

A pesagem na saída fecha a cadeia de conferência que começou na entrada do abrigo. O peso apurado por grupo na expedição é confrontado com o registro de entrada, e a divergência encontrada é apurada e registrada antes da liberação. Essa conferência tem duas funções que se reforçam: instrui a liquidação da despesa do serviço contratado, porque impede que se pague por volume estranho ao que foi gerado no hospital, e alimenta a leitura da proporção entre os grupos, que é o indicador mais direto da qualidade da segregação na origem. Manifesto, certificado e controle de pesagem compõem, juntos, a evidência da destinação.

17.11 Saúde e segurança do trabalhador exposto

O trabalhador que manuseia resíduo é o primeiro exposto ao risco que o resíduo carrega, e essa constatação simples ordena toda esta seção. A norma regulamentadora vigente de segurança e

saúde no trabalho em serviços de saúde disciplina as medidas de proteção aplicáveis, e a norma sanitária vigente sobre gerenciamento de resíduos acrescenta a exigência de capacitação de quem manuseia. As duas convergem num mesmo desenho: proteção coletiva na organização do trabalho, proteção individual no gesto, e conduta definida para o momento em que a exposição, ainda assim, ocorre.

A proteção começa antes do equipamento, e é importante dizê-lo porque a inversão é comum. Coletor ao alcance do procedimento, recipiente dimensionado para o volume da área, roteiro que não obriga a carregar saco junto ao corpo, carro coletor em condição de uso e abrigo com espaço para manobra são medidas de proteção coletiva, e reduzem a exposição sem depender da atenção individual de ninguém. O equipamento de proteção individual indicado para a atividade — luva, calçado fechado, avental, óculos e máscara conforme o caso — é camada complementar, e não substitui o desenho seguro do posto.

A imunização e o acompanhamento de saúde do trabalhador exposto seguem a disciplina do Protocolo 9, que trata da saúde ocupacional e do acidente de trabalho, e é lá que se encontram o exame ocupacional, o registro no prontuário do trabalhador e o tratamento institucional do afastamento. Aqui se descreve o que é próprio do manejo do resíduo: os gestos que concentram o risco — reencape, desconexão manual da agulha, transferência de conteúdo, compressão de saco, coletor além do limite de preenchimento — e as condutas que os substituem, detalhadas nos procedimentos da parte final.

Diante do acidente, a conduta tem sequência definida e não admite espera. Cuida-se do local exposto com lavagem em água e sabão na pele e água corrente ou solução fisiológica nas mucosas, sem espremer o ferimento e sem aplicar substância cáustica. Comunica-se a chefia imediata e encaminha-se o trabalhador à avaliação médica ainda no plantão, porque a indicação de profilaxia pós-exposição depende do tempo decorrido. Emite-se a comunicação de acidente de trabalho, notifica-se o agravo e analisa-se a causa com a coordenação do setor. O evento se encerra quando a causa é corrigida no ponto em que nasceu, e não quando a lesão cicatriza.

17.12 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. Elas se distribuem pelos três níveis de governança que organizam o Plano de Organização Funcional e Operacional: o nível estratégico, da Direção Geral e da Direção Técnica, que define diretrizes e responde pelo contrato de gestão; o nível tático, da Direção Assistencial, da Direção Médica, da Direção Administrativa e do Núcleo Interno de Regulação, que traduz diretriz em programação e responde pela fiscalização dos contratos de transporte e destinação; e o nível operacional, das coordenações e supervisões de setor e das comissões técnicas, onde o manejo acontece e onde o registro se produz.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção Geral e Direção Técnica	Nível estratégico: respondem pelas diretrizes do gerenciamento de resíduos e da sustentabilidade ambiental, pela sua compatibilidade com o contrato de gestão e pela prestação de contas do conjunto

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção Administrativa	Nível tático: responde pela fiscalização dos contratos de coleta, transporte e destinação, pela guarda das licenças na pasta do contrato e pelo tratamento do descumprimento, na forma do Protocolo 7
Direção Assistencial e Direção Médica	Nível tático: respondem pela adesão das equipes assistenciais à segregação na origem e pela articulação entre o manejo do resíduo e as rotinas de cuidado
Responsável técnico pelo plano de gerenciamento de resíduos	Elabora e mantém o plano, responde por ele perante as autoridades sanitária e ambiental e conduz a análise dos achados do processo
Coordenação de Hotelaria e supervisão da higienização	Nível operacional: executam a coleta interna nos roteiros definidos, operam e higienizam os abrigos, registram o peso por grupo e conduzem a expedição, na forma do Protocolo 16
Coordenação de Farmácia e de Almoxarifado	Respondem pela segregação e pelo registro do descarte de medicamento e de produto químico na origem, articulados ao controle de estoque, na forma do Protocolo 5
Coordenações assistenciais de setor	Respondem pela segregação no ponto de geração, pela conferência dos recipientes da área e pela devolutiva à equipe quando houver segregação indevida
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Orienta o manejo nas áreas críticas e sob precaução, analisa os achados de interesse epidemiológico e recebe as ocorrências apuradas no manejo
Serviço de saúde ocupacional	Conduz a avaliação e o acompanhamento do trabalhador exposto, a comunicação de acidente de trabalho e a análise de causa, na forma do Protocolo 9
Manutenção predial e engenharia clínica	Respondem pela condição de uso do abrigo, dos pontos de água e de esgoto e dos equipamentos envolvidos no manejo, na forma do Protocolo 13

Tabela 17.2 — As dez funções que respondem pelo gerenciamento dos resíduos e o que cabe a cada uma, distribuídas pelos três níveis de governança.

O que não se delega: a decisão de grupo no ponto de geração, que é de quem gera o resíduo e não de quem o recolhe; a liberação da expedição sem manifesto emitido e sem licença vigente conferida; o descarte de medicamento sujeito a controle especial fora do rito de testemunha, termo próprio e comunicação à autoridade sanitária; e o encerramento de acidente com material biológico sem avaliação médica e sem análise da causa. São quatro pontos em que a exceção não se justifica pela urgência, porque em todos eles o risco recai sobre quem trabalha, sobre quem é assistido ou sobre o meio ambiente.

17.13 Interface com a assistência, a farmácia e a engenharia clínica

O gerenciamento de resíduos depende do trabalho alheio na sua etapa mais decisiva, que é a primeira, e por isso a qualidade das interfaces determina o resultado. Quatro delas são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. Nomear o ponto de falha não é atribuir culpa: é identificar onde a informação e o cuidado costumam se perder, para colocar ali um registro que os segure.

Com a assistência, a interface é a segregação na origem e o coletor no ponto de procedimento. O ponto de falha característico é o coletor distante ou já no limite de preenchimento no meio de um procedimento, situação em que o descarte correto compete com a continuidade do cuidado e

costuma perder. O tratamento tem duas frentes: dimensionar o recipiente pelo volume que o setor efetivamente gera e manter a reposição imediata no momento da retirada, para que o ponto de geração permaneça servido sem intervalo.

Com a farmácia e o almoxarifado, a interface é a origem do resíduo químico, disciplinada no Protocolo 5. O item 8.7.4.6 do instrumento contratual determina que o gerenciamento dos resíduos decorrentes das atividades farmacêuticas observe as boas práticas de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte e destinação final. O ponto de falha característico é o medicamento vencido que sai do estoque sem que a baixa e o descarte contem a mesma história: quando o registro de descarte e o controle de estoque divergem, nem a prestação de contas nem a destinação se demonstram. O tratamento é o termo de descarte com identificação, lote, quantidade e motivo, articulado ao controle de estoque.

Com a hotelaria e a higienização, disciplinadas no Protocolo 16, a interface é a execução da coleta interna e a operação dos abrigos, e o ponto de falha característico é a devolução informal do recipiente irregular, que corrige o caso e não corrige a origem — razão pela qual a devolução se faz com registro do setor e da ocorrência. Com a manutenção predial e a engenharia clínica, disciplinadas no Protocolo 13, a interface é a condição de uso do abrigo e dos carros coletores: piso, revestimento, porta, ponto de água, ralo e ventilação. O ponto de falha característico é o encaminhamento verbal, que não gera ordem de serviço e por isso não entra em nenhuma fila; o tratamento é o registro do achado com local, data e responsável, acompanhado até a devolutiva.

17.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas nem fiscalização de contrato. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada etapa do ciclo produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — peso anotado na entrada do abrigo, substituição do coletor assinada no ponto de geração, higienização registrada ao terminar. Registro reconstituído ao fim do turno corrompe a série, e série corrompida faz a coordenação corrigir o trecho errado do processo.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, com as suas revisões	Responsável técnico pelo plano	Direção Técnica, disponível às autoridades competentes	Prazo aplicável ao documento
Controle diário de peso por grupo e por origem, na entrada do abrigo	Equipe de manejo, sob a Coordenação de Hotelaria	Pasta da competência, no abrigo	Cinco anos
Manifesto de transporte de resíduos, via do gerador	Unidade, na expedição	Pasta da competência, com a fatura do serviço	Cinco anos
Certificado de destinação final	Destinador, recebido pela unidade	Pasta da competência, junto ao manifesto	Cinco anos
Licença ou autorização ambiental do transportador e do destinador	Prestador, recebida pela unidade	Pasta do contrato, na Direção Administrativa	Cinco anos

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Registro de substituição do coletor de perfurocortantes, por ponto de geração	Equipe do setor e equipe de manejo	Coordenação do setor	Prazo aplicável ao documento
Registro de higienização do abrigo e dos carros coletores	Equipe de higienização	Coordenação de Hotelaria	Prazo aplicável ao documento
Termo de descarte de medicamento e de produto químico, com lote e motivo	Farmácia e almoxarifado	Pasta da farmácia, articulada ao controle de estoque	Cinco anos
Ocorrência de segregação indevida e devolução ao gerador	Equipe de manejo, com o setor de origem	Coordenação de Hotelaria	Prazo aplicável ao documento
Registro de capacitação sobre manejo de resíduos, na admissão e continuada	Educação permanente, com o responsável técnico pelo plano	Gestão de pessoas	Prazo aplicável ao documento
Registro de acidente com material biológico e comunicação de acidente de trabalho	Serviço de saúde ocupacional	Prontuário ocupacional do trabalhador	Prazo aplicável ao prontuário

Tabela 17.3 — Os onze registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança os documentos que instruem a prestação de contas e a liquidação da despesa contratada — o controle diário de peso, o manifesto de transporte, o certificado de destinação final, as licenças do transportador e do destinador e o termo de descarte de medicamento e de produto químico —, que seguem o prazo dos arquivos da prestação de contas. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. Os registros de acidente integram o prontuário ocupacional do trabalhador e seguem a temporalidade deste. Em qualquer caso a regra vale tanto para o documento em papel quanto para o eletrônico, e o acesso é controlado por perfil, com registro de quem consultou o quê, exigência que decorre da proteção de dados pessoais e do sigilo aplicável ao dado de saúde do trabalhador.

17.15 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: resíduo de um grupo encontrado no recipiente de outro, coletor além do limite de preenchimento, transferência de conteúdo entre recipientes, recipiente aberto ou rompido no percurso, grupos reunidos no mesmo box do abrigo, expedição sem manifesto, licença vencida na pasta do contrato, certificado de destinação final sem retorno, derramamento não registrado e acidente com material biológico não notificado. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

O tratamento tem quatro momentos, e a ordem entre eles importa. Primeiro, a contenção: isolar o material, conter o derramamento, interditar o box, suspender a expedição, reacondicionar o resíduo pela classe correta. Segundo, o registro do desvio com local, data, grupo envolvido,

natureza e responsável pela providência. Terceiro, a classificação pela causa e pela origem, que é o que permite distinguir o desvio pontual do problema estrutural. Quarto, a devolutiva a quem pode corrigir a causa — a equipe do setor, quando a causa é de conduta ou de método; o prestador, quando é de execução contratada; a área competente, quando é de infraestrutura, de equipamento ou de dimensionamento do ponto de geração.

Quando a causa é de execução do serviço contratado, o tratamento sai do plano técnico e entra no plano contratual. O desvio é comunicado ao prestador para correção e encaminhado à Direção Administrativa, que exerce a fiscalização do contrato na forma do Protocolo 7 e a quem cabe decidir sobre as providências contratuais cabíveis. A documentação do desvio é o que sustenta essa decisão: comunicação sem registro, com data e descrição objetiva, não instrui coisa alguma. Por isso o registro do desvio é feito ainda que a correção tenha sido imediata — o que se documenta não é o prejuízo, é a ocorrência.

Duas espécies de desvio recebem tratamento destacado pela consequência que carregam. A primeira é a expedição sem manifesto ou com licença vencida, que compromete a comprovação da destinação e, por isso, suspende a saída do resíduo até a regularização. A segunda é o acidente com material biológico, que aciona simultaneamente a conduta clínica com o trabalhador e a análise da causa no manejo — e cuja série, lida por setor e por causa, é o indicador mais honesto de que o desenho do ponto de geração precisa mudar. É essa passagem do caso para a série que separa a gestão da não conformidade do simples registro de ocorrências.

17.16 Indicadores e monitoramento

O item 12.12.23 do instrumento contratual determina realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento das obrigações. É esse o dever que esta seção cumpre no campo dos resíduos: constituir a série de cada dado que descreve o processo, com finalidade declarada, e levá-la à análise periódica. O propósito da mensuração não é produzir número: é permitir comparação entre períodos e entre setores, identificar onde o desenho e a prática se afastam e verificar se as providências adotadas moveram alguma coisa.

Indicador	Fórmula ou dado mensurado	Parâmetro	Origem
Comprovação da destinação final	Certificados de destinação final recebidos ÷ manifestos de transporte emitidos no período × 100	= 100,0%, por decorrência do dever de comprovar	Item 12.13; norma ambiental vigente
Proporção entre os grupos de resíduo	Peso de cada grupo ÷ peso total gerado no período × 100, lido por setor de origem	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 12.12.23
Geração por grupo	Peso gerado por grupo no período, acompanhado por setor e comparado com os períodos anteriores	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 12.12.23
Segregação indevida identificada	Ocorrências de segregação indevida registradas no período, classificadas por setor e por grupo envolvido	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 12.12.23

Indicador	Fórmula ou dado mensurado	Parâmetro	Origem
Acidente com material biológico no manejo	Eventos registrados no período, classificados por setor, por causa e por etapa do ciclo	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 12.12.23; NR-32
Capacitação em manejo de resíduos	Profissionais capacitados no período ÷ profissionais alcançados pelo plano de capacitação × 100	Acompanhado junto à educação permanente	Quadro 15, indicador 21
Material reciclável separado na fonte	Peso do material reciclável encaminhado à coleta seletiva ÷ peso do resíduo comum gerado × 100	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 10.1

Tabela 17.4 — Os sete indicadores do protocolo, com o dado mensurado, o parâmetro aplicável e a origem contratual ou normativa de cada um.

Cinco dos indicadores da tabela correspondem ao dever de monitoramento permanente, e por isso o seu parâmetro é a própria série: o que se acompanha é a evolução no tempo, a diferença entre setores e o efeito das providências adotadas. A comprovação da destinação final é a exceção, porque ali o parâmetro decorre do próprio dever de comprovar: cada manifesto emitido tem de encontrar o seu certificado, e a diferença entre os dois números não é percentual abstrato, é a relação de expedições cuja destinação ainda está por demonstrar. A capacitação em manejo de resíduos é acompanhada junto ao indicador de educação permanente do Quadro 15, cuja meta contratual é de uma hora e meia por trabalhador ao mês.

Cada indicador tem ficha técnica de indicador, que é o instrumento de monitoramento adotado no Plano de Organização Funcional e Operacional. A ficha declara o nome, a finalidade, a fórmula ou o dado mensurado, a fonte, o responsável pela apuração, a periodicidade de apuração e o destino do resultado. A sua função é impedir que o mesmo indicador seja apurado de maneiras diferentes em meses diferentes, o que inutilizaria a comparação — e comparação é justamente a finalidade que dá sentido a toda a mensuração descrita aqui.

O resultado sobe pelos três níveis de governança e desce como providência. O nível operacional apura e analisa com quem executa, setor a setor; o nível tático consolida, confronta com a execução contratual do transporte e da destinação e define providência com a Direção Administrativa; o nível estratégico responde pelo conjunto perante a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão, que é a destinatária do resultado consolidado. A análise é feita com as áreas de origem, e não isoladamente dentro do serviço de manejo, porque o dado que mais importa — a proporção entre os grupos — depende inteiramente de atos praticados fora dele, no ponto em que o resíduo nasce.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

17.17 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria, exercida nos três níveis já descritos. A elaboração e a manutenção são do responsável técnico pelo plano de gerenciamento de resíduos, com validação da Direção Administrativa quanto ao que toca a execução contratada e a prestação de contas, da Direção Assistencial quanto ao que toca a segregação nas rotinas de cuidado e da Direção Técnica quanto ao conjunto. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é ouvida quanto ao manejo em áreas críticas e sob precaução, e o serviço de saúde ocupacional quanto à proteção do trabalhador exposto.

A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração das normas sanitárias e ambientais que disciplinam o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde; mudança na planta, nos fluxos ou nos pontos de geração da unidade; alteração no regime de execução dos serviços contratados de coleta, transporte e destinação; mudança nos indicadores ou nas metas do contrato de gestão; e achado de fiscalização, de auditoria ou de inspeção sanitária ou ambiental que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, e a aderência é acompanhada periodicamente, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de identificar onde o desenho e a prática se afastam. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, inclusive das equipes do prestador, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

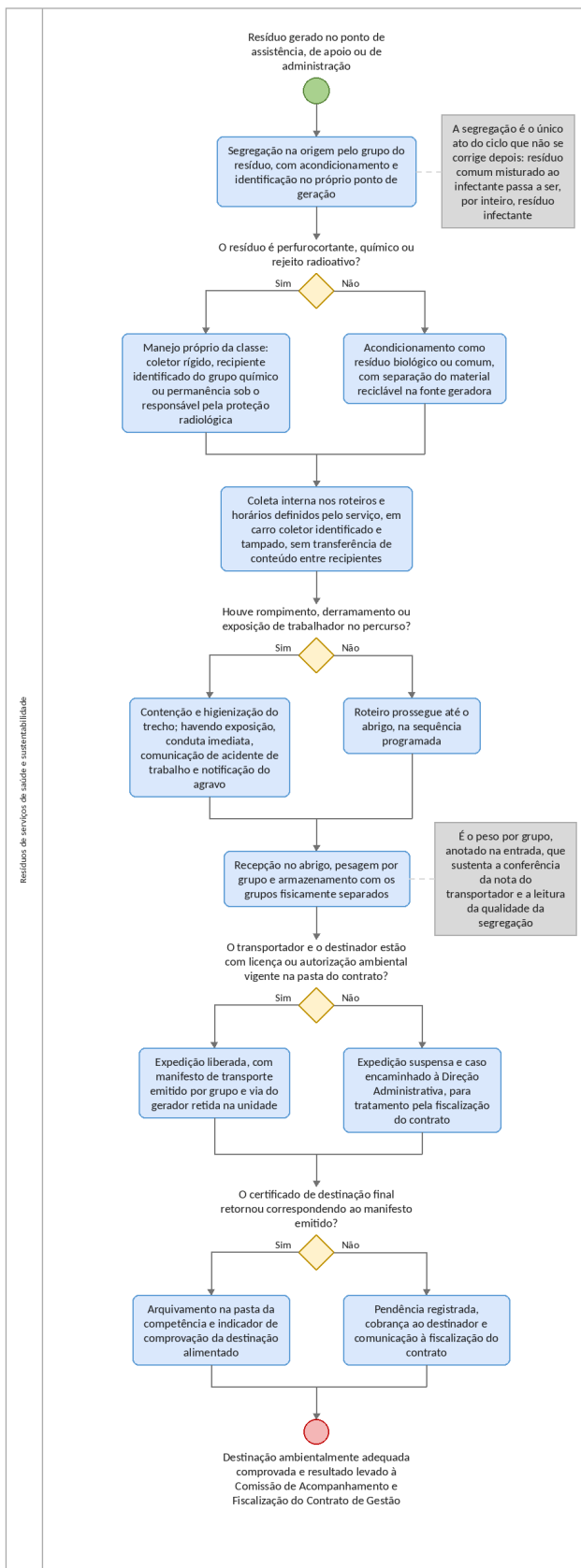
17.18 Fluxograma

O fluxograma percorre o caminho que vai da geração do resíduo à comprovação da destinação final, e foi desenhado para conter apenas as decisões que efetivamente mudam o percurso. A primeira é a natureza do resíduo — perfurocortante, químico ou rejeito radioativo —, que separa

o manejo próprio da classe do acondicionamento comum ao resíduo biológico e ao resíduo comum. A segunda é a ocorrência de rompimento, derramamento ou exposição de trabalhador no percurso da coleta interna, que antepõe a contenção, a higienização do trecho e, havendo exposição, a conduta imediata com comunicação de acidente. A terceira é a vigência das licenças do transportador e do destinador, que decide entre liberar e suspender a expedição. A quarta é a correspondência entre o certificado de destinação final e o manifesto emitido, que separa o arquivamento da abertura de pendência com a fiscalização do contrato.

As demais etapas são de tronco porque não comportam alternativa. A segregação na origem, com acondicionamento e identificação no próprio ponto de geração, é condição de tudo o que vem depois, e é a única etapa que nenhuma outra corrige. A coleta interna em roteiros e horários definidos pelo serviço, em carro coletor identificado e tampado, sem transferência de conteúdo, é o que preserva a decisão tomada na origem até o abrigo. A recepção com pesagem por grupo e armazenamento com os grupos fisicamente separados é o que produz a evidência de que o ciclo dependerá adiante. Nenhuma delas abre um caminho diferente quando é omitida — apenas compromete o percurso a partir dali. O desenho encerra na comprovação documental da destinação e no encaminhamento do resultado à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão, e cada procedimento operacional padrão da parte final traz o seu próprio fluxograma, com as bifurcações daquele percurso específico.

Da geração do resíduo à comprovação da destinação final



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.6.1.7, 8.7.4.6, 12.13 e 20.2.5; RDC Anvisa n.º 222/2018; Lei n.º 12.305/2010.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.6.1.7, 8.7.4.6, 8.7.20, 8.7.21, 8.7.32.1, 10.1, 10.2, 10.2.1, 12.12.23, 12.13 e 20.2.5, e Quadros 05 e 15. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e seus anexos, em especial o Anexo VII — critérios de julgamento da proposta técnica, item C.2.4. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Decreto n.º 10.936, de 12 de janeiro de 2022. Regulamenta a Lei n.º 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d10936.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA n.º 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde. Brasília, DF: CONAMA, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br/assuntos/servicos/conama>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA n.º 257, de 30 de junho de 1999. Dispõe sobre o descarte e o gerenciamento ambientalmente adequado de pilhas e baterias usadas ou inservíveis. Brasília, DF: CONAMA, 1999. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br/assuntos/servicos/conama>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Portaria MMA n.º 280, de 29 de junho de 2020. Institui o Sistema Nacional de Manifesto de Transporte de Resíduos. Brasília, DF: MMA, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br>. Acesso em: 4 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 12.809: resíduos de serviços de saúde — gerenciamento de resíduos de serviços de saúde intraestabelecimento. Rio de Janeiro: ABNT, 2013. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 32 — segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília, DF: MTE, 2005, com as alterações posteriores. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, inclusive quanto ao controle de infecção em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os sete procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 17.18 e descreve o ciclo inteiro do resíduo.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-RES-01	Segregação e acondicionamento do resíduo na origem	17.4, 17.5 e 17.6
POP-RES-02	Manejo de perfurocortantes e substituição do coletor	17.6 e 17.9
POP-RES-03	Coleta interna e transporte até o abrigo	17.7
POP-RES-04	Operação e higienização dos abrigos de resíduos	17.8
POP-RES-05	Manejo de resíduo químico e de medicamento vencido ou parcialmente utilizado	17.9 e 17.13
POP-RES-06	Expedição para destinação final e guarda do manifesto	17.10
POP-RES-07	Conduta diante de acidente com material biológico ou perfurocortante	17.11 e 17.15

Tabela 17.5 — Os sete procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-RES-01. Segregação e acondicionamento do resíduo na origem

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RES-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 17 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RES-01.1 Quando usar

- › Sempre que houver geração de resíduo em qualquer ponto da unidade — assistência, apoio diagnóstico, farmácia, almoxarifado, nutrição, hotelaria ou administração.
- › No momento e no local em que o resíduo é gerado, e nunca em etapa posterior.
- › Na montagem e na reposição dos recipientes de cada ponto de geração.
- › Na admissão do profissional e na sua capacitação continuada sobre manejo de resíduos.

POP-RES-01.2 Fundamento

Item 12.13 do termo de referência, que inclui entre os serviços a fornecer o acondicionamento, a coleta, o transporte e o tratamento adequados, conforme a legislação em vigor, de resíduos comuns e infectados. Norma sanitária vigente sobre boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e norma ambiental vigente sobre o tratamento e a disposição final desses resíduos, que classificam o resíduo em cinco grupos. Seções 17.4, 17.5 e 17.6 do protocolo.

! A SEGREGAÇÃO É O ÚNICO ATO DO CICLO QUE NÃO SE CORRIGE DEPOIS

- › Resíduo comum lançado no saco branco leitoso passa a ser, por inteiro, resíduo infectante — e todo o volume segue para tratamento como tal.
- › Perfurocortante lançado em saco plástico transfere para o próximo elo do ciclo um risco de punctura que já não tem como ser visto.
- › Medicamento e produto químico lançados no resíduo comum saem do controle sanitário e ambiental e chegam ao aterro.

! A SEGREGAÇÃO É O ÚNICO ATO DO CICLO QUE NÃO SE CORRIGE DEPOIS

› Rejeito radioativo misturado a qualquer outro grupo contamina o conjunto e impede a destinação regular de todos os itens.

› Nenhuma dessas situações se resolve no abrigo: quem separa é quem gera, no instante em que gera.

POP-RES-01.3 Sequência de execução

1. Conferir, no início do turno, se o ponto de geração está servido dos recipientes de cada grupo previsto para aquela área, íntegros, identificados e com o saco correto instalado.
2. Ao gerar o resíduo, identificar o seu grupo antes de descartar, pelo que ele é e pelo risco que carrega, e não pelo recipiente que estiver mais próximo.
3. Descartar o perfurocortante e o escarificante diretamente no coletor rígido do ponto de geração, na forma do POP-RES-02, sem reencape e sem desconexão manual da agulha.
4. Acondicionar o resíduo com risco biológico em saco branco leitoso identificado com o símbolo de substância infectante, em recipiente com tampa e abertura sem contato manual.
5. Encaminhar o resíduo químico — medicamento, saneante, reagente, quimioterápico, pilha e bateria — ao acondicionamento próprio da classe, na forma do POP-RES-05.
6. Manter o rejeito radioativo sob o controle do responsável pela proteção radiológica, sem mistura com qualquer outro grupo.
7. Acondicionar o resíduo comum em saco e recipiente próprios, separando na fonte geradora o material reciclável destinado à coleta seletiva.
8. Preencher o saco até o limite indicado pelo fabricante e no máximo até dois terços de sua capacidade, de modo que o fechamento seja possível sem compressão.
9. Fechar o recipiente sem esvaziar, sem transferir o conteúdo para outro saco e sem comprimir com as mãos ou com os pés.
10. Retirar o recipiente fechado do ponto de geração e disponibilizá-lo para a coleta interna, repondo imediatamente o saco do grupo.
11. Registrar a ocorrência de segregação indevida encontrada no próprio setor e comunicá-la à coordenação, para que a causa retorne como orientação à equipe.

Grupo	O que é	Acondicionamento e identificação
A — biológico	Sangue, secreção, excreção, cultura, peça anatômica e material com risco de agente biológico	Saco branco leitoso resistente, em recipiente com tampa e abertura sem contato manual, com o símbolo de substância infectante
B — químico	Medicamento, saneante, reagente, quimioterápico, pilha, bateria e produto com periculosidade química	Recipiente compatível com o produto, identificado pelo símbolo de risco químico e pela inscrição do resíduo

Grupo	O que é	Acondicionamento e identificação
C — rejeito radioativo	Material contendo radionuclídeo em quantidade superior ao limite de eliminação	Recipiente próprio, sob controle do responsável pela proteção radiológica, com o símbolo internacional de presença de radiação
D — comum	Resíduo que não oferece risco biológico, químico ou radiológico, incluído o material reciclável	Saco e recipiente próprios, com separação do reciclável na fonte geradora para a coleta seletiva
E — perfurocortante	Agulha, lâmina, ampola de vidro, lâmina de bisturi e demais objetos com risco de punctura ou de corte	Coletor rígido, estanque, resistente à punctura, à ruptura e ao vazamento, com tampa e com o símbolo de substância infectante

Tabela POP-RES-01.1 — Grupo do resíduo, acondicionamento e identificação no ponto de geração.

✓ O QUE SUSTENTA A SEGREGAÇÃO CORRETA

- › Recipiente do grupo certo disponível no ponto onde o resíduo nasce, e não no corredor.
- › Identificação legível e simbologia visível em cada recipiente, de modo que a decisão de descarte independa de quem esteja no plantão.
- › Saco fechado no limite de preenchimento, para que o fechamento não exija compressão.
- › Segregação indevida tratada como achado do processo, com devolutiva à equipe e correção do ponto de geração.

✗ O QUE INVALIDA A SEGREGAÇÃO

- › Transferir o conteúdo de um saco para outro, ainda que para completar o volume.
- › Comprimir o saco com as mãos ou com os pés para ganhar espaço.
- › Reencapar a agulha ou desconectá-la manualmente da seringa antes do descarte.
- › Lançar medicamento, saneante ou reagente em pia, em ralo ou na rede de esgoto.
- › Usar o recipiente de resíduo comum como recipiente de reserva de qualquer outro grupo.

POP-RES-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Conferência dos recipientes do ponto de geração no início do turno.
- › Ocorrência de segregação indevida, com local, data, grupo envolvido e providência adotada.
- › Registro de capacitação da equipe sobre manejo de resíduos, na admissão e de forma continuada.
- › Comunicação à coordenação quando a causa da segregação indevida for de desenho do ponto de geração, e não de conduta isolada.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Quem gera é quem separa	A decisão de grupo é do profissional que gera o resíduo, no instante em que o gera.
Mistura contamina o todo	Resíduo comum no saco branco leitoso torna infectante todo o volume.

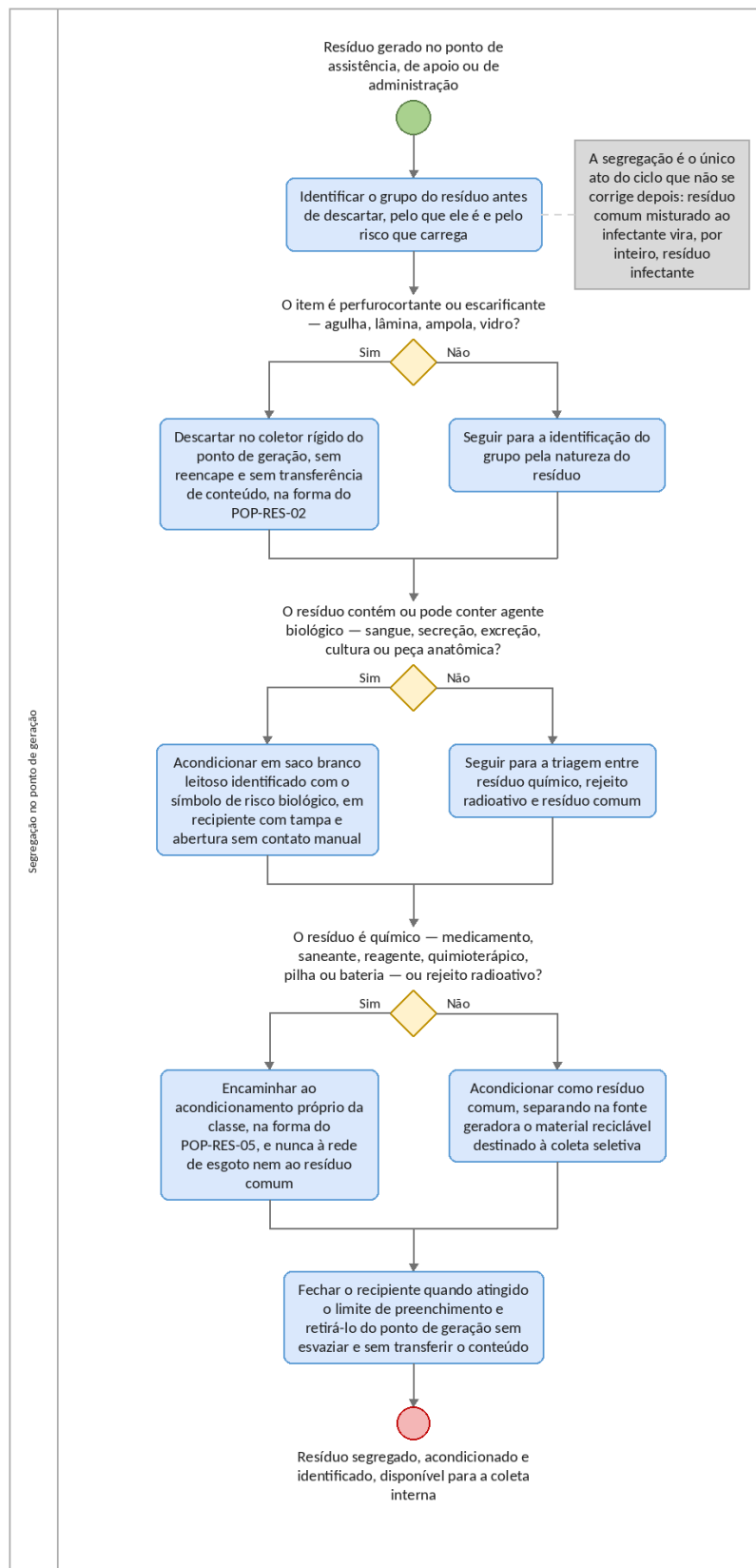
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Sem transferência	O conteúdo não passa de um recipiente para outro em nenhuma etapa.
Limite de preenchimento	Dois terços do saco e o limite indicado pelo fabricante no coletor rígido.
Reciclável na fonte	A separação do material reciclável se faz na fonte geradora, e não no abrigo.

POP-RES-01.5 Fluxograma

O fluxograma da segregação organiza-se em torno das três perguntas que definem o destino do resíduo no momento em que ele é gerado: se o item é perfurocortante, o que o retira do fluxo comum antes de qualquer outra triagem; se contém agente biológico, o que define o saco branco leitoso e a simbologia; e se é químico ou rejeito radioativo, o que o encaminha ao acondicionamento próprio da classe em vez do resíduo comum.

POP-RES-01 — Segregação e acondicionamento do resíduo na origem



Referência: RDC Anvisa n.º 222/2018; Resolução CONAMA n.º 358/2005; Termo de Referência HGNI, item 12.13.

POP-RES-02. Manejo de perfurocortantes e substituição do coletor

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RES-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 17 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RES-02.1 Quando usar

- › Em todo procedimento que utilize agulha, lâmina, ampola de vidro ou qualquer material com risco de punctura ou de corte.
- › Na montagem e na instalação do coletor rígido em cada ponto de geração.
- › Quando o coletor atingir o limite de preenchimento indicado pelo fabricante ou os três quartos de sua capacidade.
- › Sempre que o coletor apresentar avaria, umidade, transpasse ou instabilidade no suporte.

POP-RES-02.2 Fundamento

Norma sanitária vigente sobre gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, que exige recipiente rígido, estanque, resistente à punctura, à ruptura e ao vazamento, veda o esvaziamento do recipiente para reaproveitamento e fixa o preenchimento até três quartos da capacidade ou até o limite indicado pelo fabricante. Norma regulamentadora vigente de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, que veda o reencape e a desconexão manual da agulha. O item 8.7.32.1, alínea x, do termo de referência inclui a embalagem para descarte de resíduos perfurocortantes na configuração mínima dos leitos de terapia intensiva. Seções 17.6 e 17.9 do protocolo.

✗ O QUE A NORMA VEDA EXPRESSAMENTE NO MANEJO DO PERFUROCORTANTE

- › Reencapar a agulha, por qualquer técnica e sob qualquer justificativa de pressa.
- › Desconectar manualmente a agulha da seringa, dobrá-la, quebrá-la ou entortá-la.
- › Esvaziar o coletor rígido para reaproveitamento, ainda que ele pareça pouco utilizado.

✗ O QUE A NORMA VEDA EXPRESSAMENTE NO MANEJO DO PERFUROCORTANTE

- › Transferir o conteúdo de um coletor para outro, ou completar um coletor com o conteúdo de outro.
- › Introduzir a mão no coletor, ou pressionar o conteúdo para ganhar espaço.

POP-RES-02.3 Sequência de execução

1. Montar o coletor rígido conforme a instrução do fabricante, conferindo o encaixe da tampa, a estanqueidade e a data de montagem.
2. Instalar o coletor em suporte próprio, em altura de trabalho, o mais próximo possível do ponto onde o procedimento é realizado, fora de área de circulação e ao abrigo de queda.
3. Descartar o perfurocortante imediatamente após o uso, com a agulha acoplada à seringa, sem reencape e sem desconexão manual.
4. Verificar o nível de preenchimento do coletor na rotina do turno, e sempre que o procedimento realizado tiver gerado volume relevante.
5. Ao atingir o limite indicado pelo fabricante ou os três quartos da capacidade, interromper imediatamente o uso do coletor.
6. Fechar o coletor de forma definitiva, sem compressão do conteúdo e sem qualquer tentativa de acomodação do material.
7. Instalar novo coletor montado e identificado, de modo que o ponto de geração permaneça servido sem intervalo.
8. Conferir se há resíduo químico, medicamento ou rejeito radioativo misturado; havendo, tratar o conjunto pela classe de maior exigência e acionar o POP-RES-05.
9. Manter o coletor fechado em local seguro até a coleta interna, sem apoiá-lo no piso de área de circulação.
10. Registrar a substituição com o ponto de geração, a data, o turno e a identificação de quem executou.
11. Encaminhar o coletor fechado ao abrigo pelo roteiro do POP-RES-03, sem transferência de conteúdo em qualquer ponto do percurso.

Verificação	O que se observa	Risco que evita
Montagem	Encaixe da tampa, estanqueidade e integridade da estrutura	Abertura acidental e vazamento no transporte
Instalação	Suporte firme, altura de trabalho e proximidade do procedimento	Trajeto com material exposto na mão do profissional
Preenchimento	Limite do fabricante ou três quartos da capacidade	Transpasse do material pela abertura e punctura na coleta

Verificação	O que se observa	Risco que evita
Conteúdo	Ausência de resíduo químico ou de rejeito radioativo misturado	Destinação incompatível com a classe do resíduo
Fechamento	Trava definitiva acionada, sem compressão do conteúdo	Reabertura no percurso e exposição de quem transporta

Tabela POP-RES-02.1 — Verificações do coletor rígido e o que cada uma evita.

✓ COMO MANTER O PONTO DE GERAÇÃO SEGURO

- › Coletor sempre ao alcance do procedimento, para que o descarte seja imediato.
- › Substituição no limite de preenchimento, e não quando o coletor transborda.
- › Ponto de geração repostado no mesmo momento da retirada, para que nunca fique sem coletor.
- › Registro da substituição por ponto, o que permite dimensionar o coletor adequado a cada área.

✗ O QUE NÃO FAZER COM O COLETOR

- › Deixar o coletor no piso, em área de circulação ou ao alcance de acompanhante.
- › Manter em uso coletor com sinal de umidade, transpasse ou avaria.
- › Adiar a substituição até o fim do plantão quando o limite já foi atingido.
- › Descartar o coletor fechado em saco comum ou em recipiente de outro grupo.

POP-RES-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro de substituição do coletor, com ponto de geração, data, turno e executante.
- › Ocorrência de coletor encontrado além do limite de preenchimento, com a providência adotada.
- › Ocorrência de material impróprio encontrado no coletor, com a devolutiva ao setor.
- › Comunicação de acidente com perfurocortante, quando houver, na forma do POP-RES-07.

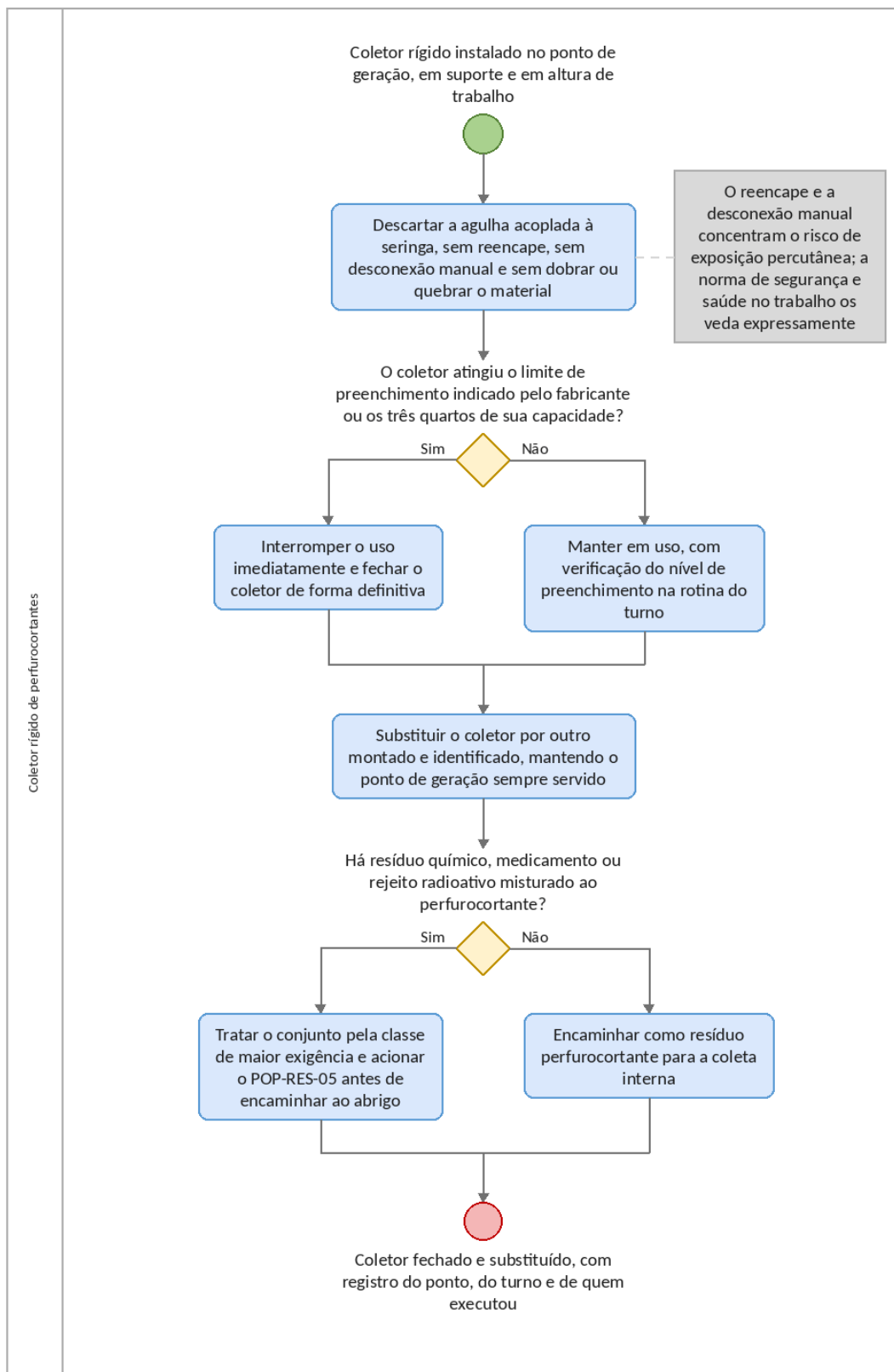
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Descarte imediato	O perfurocortante vai ao coletor no mesmo ato, com a agulha acoplada.
Sem reencape	O reencape e a desconexão manual são vedados pela norma de segurança e saúde no trabalho.
Três quartos	O limite é o do fabricante ou os três quartos da capacidade, o que vier primeiro.
Sem esvaziamento	O coletor rígido jamais é esvaziado para reaproveitamento.
Reposição no ato	O ponto de geração não fica sem coletor entre a retirada e a instalação.

POP-RES-02.5 Fluxograma

O fluxograma do coletor de perfurocortantes tem duas bifurcações que mudam o percurso: o limite de preenchimento atingido, que separa a substituição imediata da manutenção em uso com verificação na rotina do turno, e a presença de resíduo químico ou de rejeito radioativo misturado, que faz o conjunto ser tratado pela classe de maior exigência.

POP-RES-02 — Manejo de perfurocortantes e substituição do coletor



Referência: RDC Anvisa n.º 222/2018; NR-32; Termo de Referência HGNI, item 8.7.32.1, alínea x.

POP-RES-03. Coleta interna e transporte até o abrigo

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RES-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 17 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RES-03.1 Quando usar

- › Nos roteiros de coleta interna, nos horários definidos pelo serviço para cada área.
- › Sempre que um recipiente atingir o limite de preenchimento antes do horário do roteiro.
- › Após procedimento que tenha gerado volume superior ao do recipiente instalado.
- › Na ocorrência de rompimento, vazamento ou derramamento de resíduo em qualquer trecho.

POP-RES-03.2 Fundamento

Item 12.13 do termo de referência, que inclui entre os serviços a fornecer o acondicionamento, a coleta, o transporte e o tratamento adequados de resíduos comuns e infectados. Norma sanitária vigente sobre gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e norma técnica brasileira sobre o gerenciamento intraestabelecimento, que orientam o transporte interno em carro coletor identificado e o percurso separado dos fluxos limpos. Seção 17.7 do protocolo.

! O QUE O PERCURSO INTERNO PRECISA RESPEITAR

- › O resíduo não cruza, no mesmo momento e no mesmo trajeto, o caminho de alimentos, de roupa limpa e de material esterilizado.
- › O recipiente segue fechado do ponto de geração até o abrigo, sem abertura e sem transferência de conteúdo.
- › O carro coletor circula tampado, ainda que o trajeto seja curto.
- › Elevador e corredor utilizados para o resíduo seguem a definição do serviço quanto a horário ou a separação de uso.
- › O trecho por onde houve derramamento é higienizado antes de o roteiro prosseguir.

POP-RES-03.3 Sequência de execução

1. Iniciar o roteiro no horário definido pelo serviço, com os equipamentos de proteção individual indicados para a atividade.
2. Conferir, em cada ponto, se o recipiente está íntegro, fechado e identificado pelo grupo.
3. Devolver ao gerador, para reacondicionamento, o recipiente rompido, aberto ou com resíduo de grupo diverso, e registrar a ocorrência com o setor de origem.
4. Recolher pelo próprio recipiente, sem transferência de conteúdo entre sacos e sem compressão.
5. Acomodar o material no carro coletor identificado pelo grupo, de material rígido, lavável e com tampa, mantendo os grupos separados.
6. Percorrer o trajeto definido pelo serviço, no sentido e no horário previstos, com o carro sempre tampado.
7. Adiar o trecho que cruze área em procedimento assistencial ou em precaução de contato, comunicando a equipe do setor e retomando em seguida.
8. Diante de rompimento ou derramamento, conter, recolher com material absorvente, higienizar o trecho atingido e registrar a ocorrência.
9. Acionar o POP-RES-07 quando o evento tiver resultado em exposição de trabalhador.
10. Entregar o material no abrigo, pesar por grupo e registrar o peso e a origem no momento da entrada.
11. Higienizar o carro coletor ao final do roteiro, na forma do POP-RES-04, e repor os sacos dos pontos de geração atendidos.

✓ O QUE FAZ O ROTEIRO FUNCIONAR

- › Roteiro escrito, com pontos, sequência e horários definidos pelo serviço para cada área.
- › Carro coletor identificado por grupo, conferido antes de iniciar o percurso.
- › Peso anotado na entrada do abrigo, no momento em que a entrega ocorre.
- › Devolução do recipiente irregular ao gerador, com registro — é o que corrige a origem.

✗ O QUE COMPROMETE O TRANSPORTE INTERNO

- › Arrastar o saco pelo piso ou carregá-lo junto ao corpo.
- › Abrir o recipiente para conferir o conteúdo ou para acomodar material.
- › Misturar grupos no mesmo compartimento do carro coletor.
- › Prosseguir o roteiro deixando para higienizar depois o trecho onde houve derramamento.

POP-RES-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

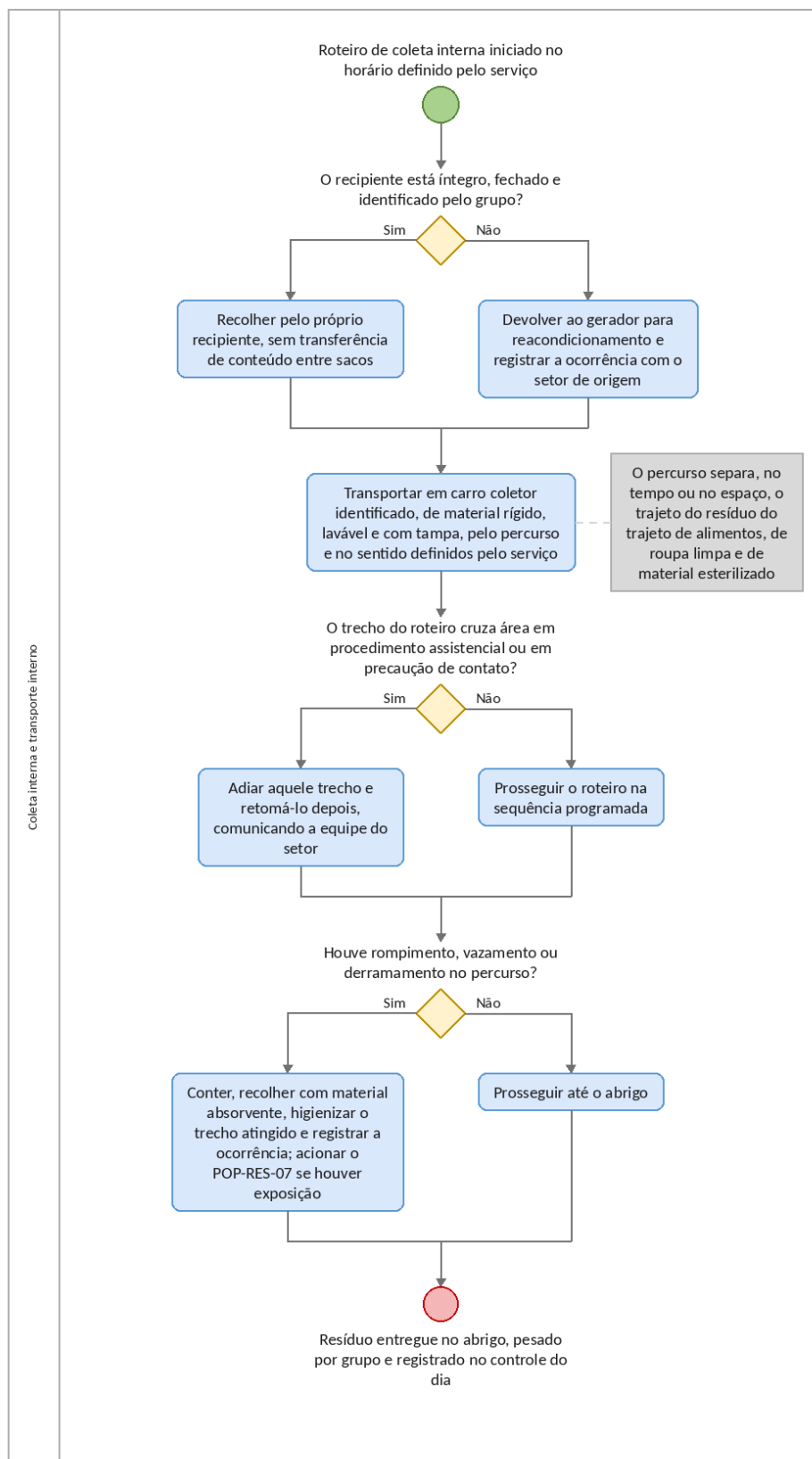
- › Registro do roteiro executado, com data, turno e responsável.
- › Controle de peso por grupo e por origem, anotado na entrada do abrigo.
- › Ocorrência de recipiente devolvido ao gerador, com o motivo e o setor de origem.
- › Ocorrência de rompimento ou derramamento, com o trecho atingido e a providência adotada.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Recipiente fechado	Do ponto de geração ao abrigo, sem abertura e sem transferência.
Carro tampado	O carro coletor circula tampado, mesmo em trajeto curto.
Fluxos separados	O resíduo não cruza, no mesmo momento, o caminho dos fluxos limpos.
Peso na entrada	O peso por grupo é anotado quando a entrega ocorre, não depois.
Derramamento contido	Conter, recolher, higienizar e registrar, antes de prosseguir.

POP-RES-03.5 Fluxograma

O fluxograma da coleta interna traz as três decisões que alteram o roteiro: a integridade do recipiente recebido, que decide entre recolher e devolver ao gerador; o cruzamento de área em procedimento ou em precaução, que adia o trecho; e a ocorrência de rompimento no percurso, que antepõe a contenção e a higienização ao prosseguimento.

POP-RES-03 — Coleta interna e transporte até o abrigo



Referência: RDC Anvisa n.º 222/2018; NBR 12.809; Termo de Referência HGNI, item 12.13.

POP-RES-04. Operação e higienização dos abrigos de resíduos

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RES-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 17 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RES-04.1 Quando usar

- › Na recepção do resíduo trazido por cada roteiro de coleta interna.
- › Na expedição do resíduo para o transportador contratado.
- › Após cada expedição, para a higienização do abrigo e dos carros coletores.
- › Diante de sinal de vazamento, de odor, de presença de vetor ou de avaria na estrutura.

POP-RES-04.2 Fundamento

Item 8.6.1.7 do termo de referência, que relaciona o Abrigo de Resíduos entre as áreas de apoio e suporte da unidade. Norma sanitária vigente sobre gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e norma técnica brasileira sobre o gerenciamento intraestabelecimento, quanto às condições do armazenamento temporário e do armazenamento externo. Seção 17.8 do protocolo.

! AS CONDIÇÕES QUE O ABRIGO PRECISA MANTER

- › Acesso restrito a quem trabalha no manejo, com identificação da área e da simbologia de cada box.
- › Piso e paredes laváveis, ponto de água, ralo ligado à rede de esgoto sanitário e ventilação.
- › Grupos fisicamente separados, sem contato entre resíduo biológico, químico e comum.
- › Recipientes fechados durante todo o armazenamento — o abrigo guarda, não manipula.
- › Estrutura protegida contra a entrada de vetor e de animal, com a porta mantida fechada.

POP-RES-04.3 Sequência de execução

1. Receber o resíduo trazido pelo roteiro, conferindo se cada recipiente está fechado e identificado pelo grupo.
2. Pesquisar por grupo e registrar o peso e a origem no controle do dia, no momento da entrada.
3. Destinar ao armazenamento temporário apenas o material que aguarda a formação do lote do roteiro, pelo tempo estritamente necessário e sem abertura dos recipientes.
4. Encaminhar ao abrigo externo, para o box correspondente ao grupo, o material destinado à expedição.
5. Manter os grupos fisicamente separados dentro do abrigo, sem empilhamento que comprometa a integridade dos recipientes.
6. Manter a porta do abrigo fechada e o acesso restrito a quem trabalha no manejo.
7. Inspecionar a estrutura na rotina definida pelo serviço: piso, paredes, porta, ponto de água, ralo, ventilação e proteção contra vetor.
8. Diante de vazamento, odor, vetor ou avaria, interditar o box, conter o vazamento, acionar a manutenção predial e o controle integrado de vetores e registrar a ocorrência.
9. Higienizar piso, paredes laváveis e carros coletores após cada expedição, com o efluente conduzido à rede de esgoto sanitário.
10. Registrar a higienização com data, turno e executante, e manter o registro disponível para a fiscalização.
11. Consolidar o peso do dia por grupo e encaminhá-lo ao controle que sustenta a conferência da nota do transportador.

Item verificado	Condição esperada	Finalidade da verificação
Separação por grupo	Box ou área própria para cada grupo, com simbologia visível	Impedir que a mistura no abrigo desfaça a segregação feita na origem
Integridade dos recipientes	Recipientes fechados, sem transpasse e sem deformação	Evitar vazamento e exposição de quem opera e de quem expede
Estrutura	Piso e paredes laváveis, ponto de água, ralo e ventilação	Permitir a higienização e conduzir o efluente à rede de esgoto sanitário
Proteção contra vetor	Porta fechada, telas e barreiras íntegras	Impedir a entrada de vetor e de animal e a dispersão do resíduo
Registro do peso	Peso por grupo anotado na entrada e consolidado por dia	Sustentar a conferência da nota do transportador e a leitura da segregação

Tabela POP-RES-04.1 — O que se verifica no abrigo e com que finalidade.

✓ O QUE MANTÉM O ABRIGO EM CONDIÇÃO DE USO

- › Higienização após cada expedição, com registro de data, turno e executante.

✓ O QUE MANTÉM O ABRIGO EM CONDIÇÃO DE USO

- › Inspeção da estrutura em rotina definida pelo serviço, com achado registrado e encaminhado.
- › Peso consolidado por grupo, que é a base da conferência com o transportador.
- › Acesso restrito, com a porta mantida fechada também durante a operação.

✗ O QUE NÃO SE FAZ NO ABRIGO

- › Abrir recipiente para conferir, reacomodar ou reaproveitar conteúdo.
- › Reunir grupos distintos no mesmo box por falta de espaço momentânea.
- › Manter o resíduo em armazenamento temporário além do tempo necessário à formação do lote.
- › Adiar a higienização para depois da próxima recepção de resíduo.

POP-RES-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Controle diário de peso por grupo e por origem, com a hora da entrada.
- › Registro de higienização do abrigo e dos carros coletores, por expedição.
- › Registro da inspeção da estrutura, com os achados e os encaminhamentos.
- › Ocorrência de interdição de box, com a causa, a providência e a data de retorno ao uso.

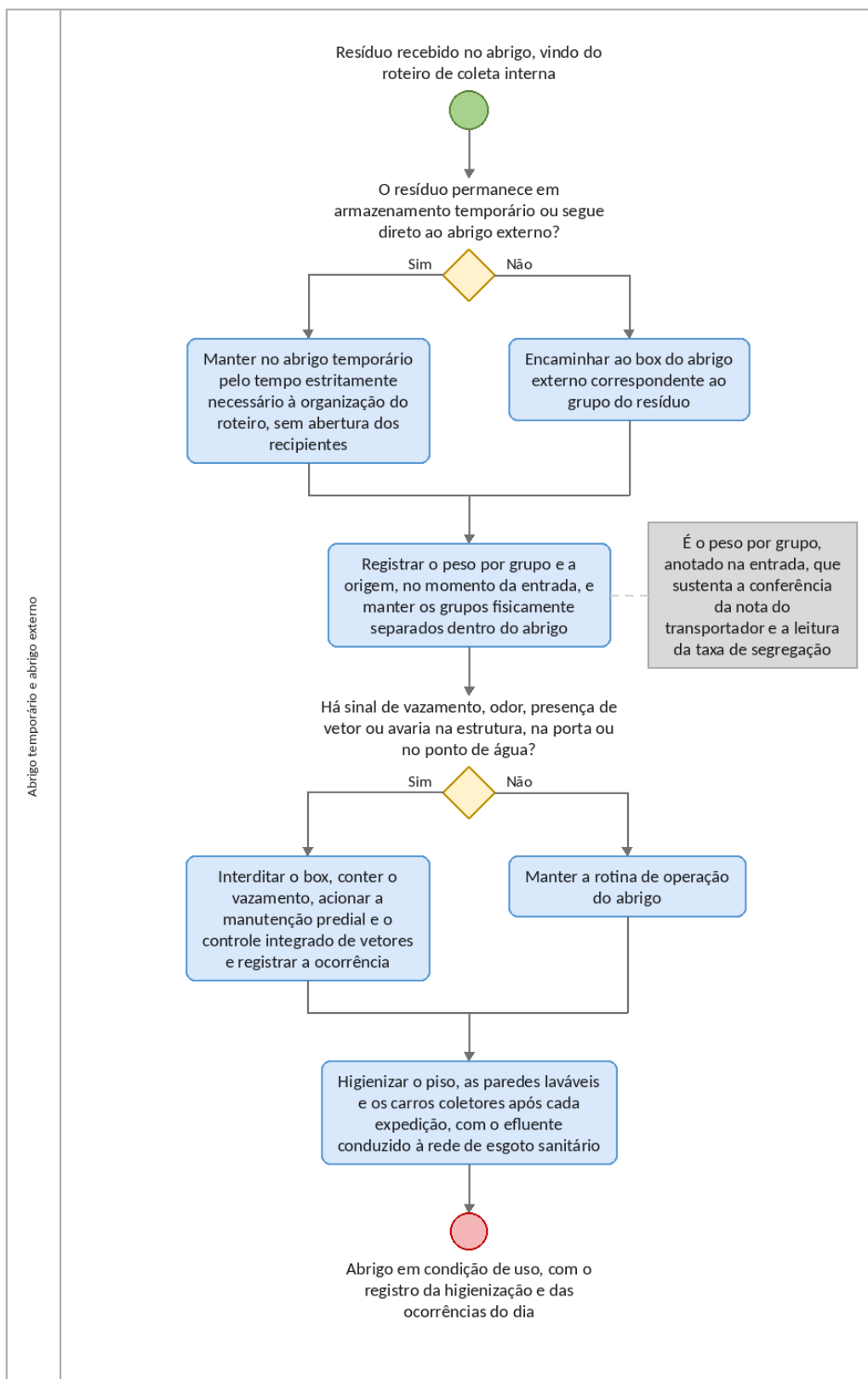
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

O abrigo guarda	No abrigo não se abre, não se reacomoda e não se transfere conteúdo.
Grupos separados	Cada grupo no seu box, com simbologia visível.
Temporário é transitório	O armazenamento temporário dura o tempo de formar o lote do roteiro.
Higienizar após expedir	Piso, paredes laváveis e carros coletores, com registro.
Peso é evidência	O peso por grupo sustenta a conferência da nota do transportador.

POP-RES-04.5 Fluxograma

O fluxograma do abrigo mostra as duas decisões que governam a sua operação: o destino imediato do resíduo recebido, entre o armazenamento temporário e o box do grupo no abrigo externo, e o achado de vazamento, de vetor ou de avaria na estrutura, que interdita o box e aciona a manutenção antes de qualquer outra providência.

POP-RES-04 — Operação e higienização dos abrigos de resíduos



Referência: RDC Anvisa n.º 222/2018; NBR 12.809; Termo de Referência HGNI, item 8.6.1.7.

POP-RES-05. Manejo de resíduo químico e de medicamento vencido ou parcialmente utilizado

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RES-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 17 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RES-05.1 Quando usar

- › Na identificação de medicamento vencido, avariado, impróprio ou parcialmente utilizado.
- › No descarte de saneante, reagente de laboratório, revelador, fixador e produto químico em geral.
- › No manejo de quimioterápico, de seus resíduos e do material por ele contaminado.
- › No descarte de pilha, bateria, lâmpada e demais itens sujeitos a logística reversa.
- › No encaminhamento de rejeito radioativo ao controle do responsável pela proteção radiológica.

POP-RES-05.2 Fundamento

Item 8.7.4.6 do termo de referência: o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde decorrentes das atividades farmacêuticas deverá estar em conformidade com a RDC n.º 222, de 28 de março de 2018, observando as boas práticas de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte e destinação final dos resíduos. Item 12.13 do termo de referência, quanto à coleta, ao transporte e ao tratamento de resíduos com base na Política Nacional de Resíduos Sólidos, instituída pela Lei n.º 12.305/2010. Seções 17.9 e 17.13 do protocolo.

✗ O QUE JAMAIS RECEBE O RESÍDUO QUÍMICO

- › A pia, o ralo, o vaso sanitário e a rede de esgoto, para qualquer produto químico ou medicamento.
- › O saco de resíduo comum, ainda que o volume seja pequeno e o frasco esteja quase vazio.
- › O saco branco leitoso do resíduo biológico, que tem destinação incompatível com a do resíduo químico.
- › O recipiente de outro produto, reaproveitado sem descontaminação e sem nova identificação.

✕ O QUE JAMAIS RECEBE O RESÍDUO QUÍMICO

- › O abrigo externo sem box próprio identificado para o grupo químico.

POP-RES-05.3 Sequência de execução

1. Identificar o produto pela rotulagem e pela ficha de informação de segurança antes de qualquer manuseio, e observar os equipamentos de proteção que ela indica.
2. Manter o produto no recipiente original sempre que possível, com o rótulo legível e a tampa fechada.
3. Verificar se o medicamento está sujeito a controle especial; estando, promover o descarte na presença de testemunha, com termo próprio, e comunicar à autoridade sanitária competente na forma da norma aplicável.
4. Acondicionar o quimioterápico, os seus resíduos e o material por ele contaminado em recipiente rígido identificado com o símbolo de risco químico e a inscrição do resíduo.
5. Acondicionar os demais resíduos químicos em recipiente compatível com o produto, identificado pela simbologia e pela descrição, sem mistura de classes incompatíveis.
6. Separar pilha, bateria, lâmpada e demais itens sujeitos a logística reversa, encaminhando-os ao canal de devolução previsto na norma ambiental vigente aplicável.
7. Encaminhar o rejeito radioativo ao responsável pela proteção radiológica, para permanência em sala de decaimento até a liberação na forma da norma aplicável.
8. Registrar o item descartado com identificação, lote, quantidade e motivo do descarte, articulando o registro com o controle de estoque, na forma do Protocolo 5.
9. Transportar ao abrigo pelo roteiro do POP-RES-03, em recipiente fechado e sem transferência de conteúdo.
10. Depositar no box do abrigo externo destinado ao grupo químico, mantendo a separação física das demais classes.
11. Expedir pelo POP-RES-06, com manifesto próprio do grupo e conferência do certificado de destinação final.

Classe	Exemplos	Encaminhamento
Medicamento vencido ou parcialmente utilizado	Comprimido, frasco-ampola, solução e produto avariado ou impróprio	Recipiente identificado do grupo químico, com registro de lote, quantidade e motivo do descarte
Medicamento sujeito a controle especial	Produto das listas de controle especial	Descarte na presença de testemunha, com termo próprio e comunicação à autoridade sanitária competente

Classe	Exemplos	Encaminhamento
Quimioterápico e material contaminado	Sobra de preparo, frasco, equipo e material de proteção utilizado	Recipiente rígido próprio, identificado pelo símbolo de risco químico e pela inscrição do resíduo
Saneante e reagente	Produto de laboratório, revelador, fixador e saneante fora de uso	Recipiente compatível com o produto, conforme a ficha de informação de segurança
Item de logística reversa	Pilha, bateria, lâmpada e demais itens de devolução obrigatória	Separação própria e encaminhamento ao canal de devolução previsto na norma ambiental vigente

Tabela POP-RES-05.1 — Classes de resíduo químico e o encaminhamento de cada uma.

✓ O QUE ORGANIZA O MANEJO DO RESÍDUO QUÍMICO

- › Ficha de informação de segurança consultada antes do manuseio de cada produto.
- › Recipiente original preservado, com rótulo legível, sempre que a condição do produto o permitir.
- › Registro do descarte articulado com o controle de estoque, para que a baixa e a destinação contem a mesma história.
- › Box próprio no abrigo externo, identificado, com o grupo separado das demais classes.

✗ O QUE NÃO FAZER COM O RESÍDUO QUÍMICO

- › Reunir num mesmo recipiente produtos de classes incompatíveis.
- › Retirar o rótulo do frasco antes de acondicionar o resíduo.
- › Guardar medicamento vencido junto ao estoque em uso, ainda que separado por etiqueta.
- › Expedir o grupo químico sem manifesto próprio e sem conferência do certificado de destinação final.

POP-RES-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Termo de descarte de medicamento, com identificação, lote, quantidade e motivo.
- › Termo próprio do descarte de medicamento sujeito a controle especial, com testemunha e comunicação à autoridade sanitária.
- › Registro de entrada do resíduo químico no abrigo, com peso por classe.
- › Manifesto de transporte e certificado de destinação final do grupo químico, arquivados na pasta da competência.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Ficha antes do manuseio	A ficha de informação de segurança diz como manusear e como destinar.
Nunca no esgoto	Pia, ralo e rede de esgoto estão fora de cogitação para produto químico.
Controle especial tem rito	Testemunha, termo próprio e comunicação à autoridade sanitária.
Quimioterápico é classe à parte	Recipiente rígido identificado, sem mistura com outra classe.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

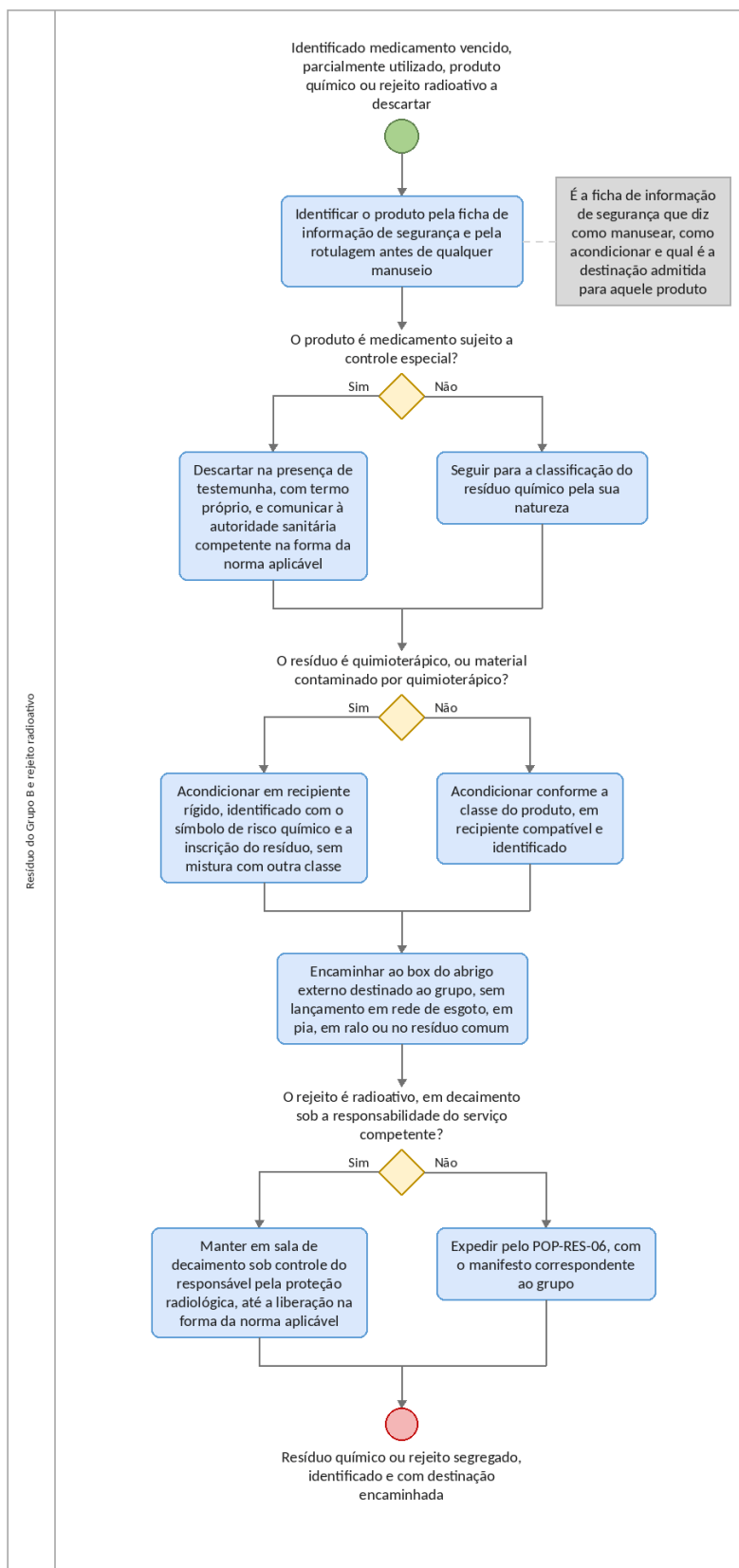
Baixa e destinação juntas

O registro do descarte conversa com o controle de estoque.

POP-RES-05.5 Fluxograma

O fluxograma do resíduo químico separa três percursos distintos: o do medicamento sujeito a controle especial, que exige testemunha e comunicação à autoridade sanitária; o do quimioterápico e do material por ele contaminado, com acondicionamento próprio; e o do rejeito radioativo, que segue para decaimento em vez de expedição imediata.

POP-RES-05 — Resíduo químico e medicamento vencido ou parcialmente utilizado



Referência: RDC Anvisa n.º 222/2018; Lei n.º 12.305/2010; Termo de Referência HGNI, Item 8.7.4.6.

POP-RES-06. Expedição para destinação final e guarda do manifesto

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RES-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 17 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RES-06.1 Quando usar

- › Em cada expedição de resíduo ao transportador contratado, por grupo.
- › Na conferência documental que antecede a liberação da saída do resíduo.
- › No recebimento do certificado de destinação final correspondente a cada manifesto emitido.
- › Na instrução mensal da prestação de contas e da fiscalização do contrato.

POP-RES-06.2 Fundamento

Item 12.13 do termo de referência, que inclui entre os serviços a fornecer a coleta, o transporte e o tratamento de resíduos com base na Política Nacional de Resíduos Sólidos, instituída pela Lei n.º 12.305/2010, e o acondicionamento, a coleta, o transporte e o tratamento adequados de resíduos comuns e infectados conforme a legislação em vigor. Item 20.2.5 e Quadro 05 do termo de referência, que situam a coleta de resíduos hospitalares entre as despesas de custeio da área de apoio apresentadas mensalmente. Norma ambiental vigente aplicável, quanto ao manifesto de transporte de resíduos e à comprovação da destinação. Seção 17.10 do protocolo.

! SEM DOCUMENTO, A DESTINAÇÃO NÃO SE COMPROVA

- › A saída do resíduo da unidade é acompanhada de manifesto de transporte, por grupo, com identificação do gerador, do transportador e do destinador.
- › A via do gerador fica com a unidade desde a expedição, e não depois do retorno do destinador.
- › O certificado de destinação final é o documento que fecha o ciclo: sem ele, o que se tem é coleta, e não destinação comprovada.
- › A licença ou autorização ambiental do transportador e do destinador é conferida antes de cada expedição, e a sua cópia vigente permanece na pasta do contrato.

! SEM DOCUMENTO, A DESTINAÇÃO NÃO SE COMPROVA

- › Manifesto emitido sem certificado correspondente é pendência que se cobra, se registra e se leva à fiscalização do contrato.

POP-RES-06.3 Sequência de execução

1. Programar a expedição com o transportador contratado, observando a capacidade do abrigo e o volume acumulado por grupo.
2. Conferir, antes da liberação, a vigência da licença ou autorização ambiental do transportador e do destinador, na cópia mantida na pasta do contrato.
3. Suspender a expedição quando a documentação não estiver vigente, comunicar a Direção Administrativa e tratar o caso pela fiscalização do contrato, na forma do Protocolo 7.
4. Conferir a identificação do veículo e a compatibilidade do compartimento de carga com o grupo a transportar.
5. Pesquisar por grupo na saída e conferir o peso apurado com o registro de entrada do abrigo.
6. Registrar a divergência de peso encontrada, com o grupo, o valor e a apuração feita, antes de liberar a saída.
7. Emitir o manifesto de transporte de resíduos por grupo, com identificação do gerador, do transportador e do destinador, e reter a via do gerador.
8. Acompanhar o carregamento, mantendo os grupos separados e os recipientes fechados.
9. Registrar a expedição no controle da competência, com data, grupo, peso e número do manifesto.
10. Receber e conferir o certificado de destinação final, verificando a correspondência com o manifesto em grupo, em peso e em data.
11. Arquivar manifesto e certificado na pasta da competência, alimentar o indicador de comprovação da destinação e instruir com eles a conferência da fatura do serviço.

✓ O QUE SUSTENTA A COMPROVAÇÃO DA DESTINAÇÃO

- › Licença do transportador e do destinador conferida antes de cada expedição, com a cópia vigente na pasta do contrato.
- › Peso conferido na saída contra o peso registrado na entrada do abrigo.
- › Manifesto emitido por grupo, com a via do gerador retida desde a expedição.
- › Certificado de destinação final conferido contra o manifesto e arquivado junto com ele.

✗ O QUE NÃO SE ADMITE NA EXPEDIÇÃO

✕ O QUE NÃO SE ADMITE NA EXPEDIÇÃO

- › Liberar a saída do resíduo sem manifesto emitido.
- › Aceitar a coleta por transportador cuja licença não esteja vigente na pasta do contrato.
- › Encerrar a competência com manifesto sem certificado correspondente, sem registrar a pendência.
- › Instruir a conferência da fatura apenas pela nota do prestador, sem os documentos do ciclo.

POP-RES-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Manifesto de transporte de resíduos, via do gerador, por grupo e por expedição.
- › Certificado de destinação final, arquivado junto ao manifesto correspondente.
- › Controle de expedição da competência, com data, grupo, peso e número do manifesto.
- › Cópia vigente da licença ou autorização ambiental do transportador e do destinador, na pasta do contrato.
- › Registro da divergência de peso apurada, com a providência adotada.

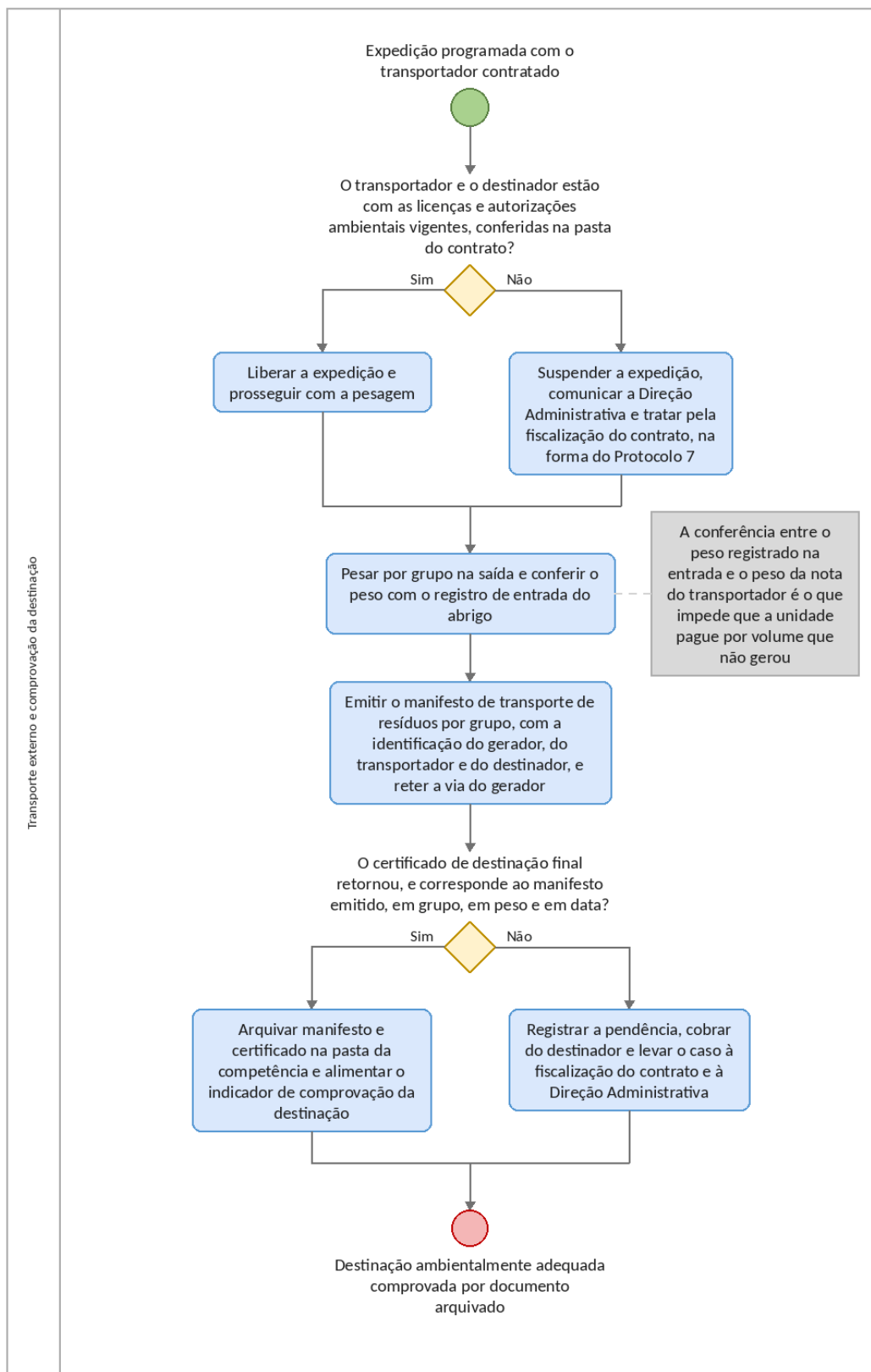
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Manifesto por grupo	Cada grupo sai com o seu manifesto, e a via do gerador fica na unidade.
Licença antes da carga	A vigência é conferida antes de liberar a saída, não depois.
Peso conferido	O peso da saída é confrontado com o registro de entrada do abrigo.
Certificado fecha o ciclo	Sem certificado de destinação final, há coleta, não destinação comprovada.
Documento instrui a fatura	Manifesto e certificado sustentam a conferência do serviço contratado.

POP-RES-06.5 Fluxograma

O fluxograma da expedição tem duas bifurcações decisivas: a vigência das licenças do transportador e do destinador, que decide entre liberar e suspender a saída do resíduo, e a correspondência entre o certificado de destinação final e o manifesto emitido, que separa o arquivamento da abertura de pendência com a fiscalização do contrato.

POP-RES-06 — Expedição para destinação final e guarda do manifesto



Referência: Lei n.º 12.305/2010; Resolução CONAMA n.º 358/2005; Termo de Referência HGNI, itens 12.13 e 20.2.5.

POP-RES-07. Conduta diante de acidente com material biológico ou perfurocortante

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-RES-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 17 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-RES-07.1 Quando usar

- › Em toda exposição percutânea, de mucosa ou de pele não íntegra a material biológico.
- › Em todo ferimento por perfurocortante ocorrido no manejo, no transporte ou na operação do abrigo.
- › Em derramamento com respingo em mucosa ou em pele não íntegra durante a coleta interna.
- › Sempre que houver dúvida sobre a ocorrência de exposição, caso em que se conduz como se exposição houvesse.

POP-RES-07.2 Fundamento

Norma regulamentadora vigente de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, quanto às medidas de proteção do trabalhador exposto a agente biológico e à conduta diante do acidente. Norma sanitária vigente sobre gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, quanto à capacitação e à proteção de quem manuseia o resíduo. Item 8.7.21 do termo de referência, quanto às funcionalidades de monitoramento necessárias à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Seções 17.11 e 17.15 do protocolo.

! O QUE FAZER NOS PRIMEIROS MINUTOS

- › Interromper a atividade e cuidar do local exposto: lavagem com água e sabão na pele, e com água corrente ou solução fisiológica nas mucosas.
- › Não espremer o ferimento e não aplicar substância cáustica ou irritante — a manobra amplia a lesão e a área de contato.
- › Buscar avaliação médica imediata, porque a indicação de profilaxia pós-exposição depende do tempo decorrido.

! O QUE FAZER NOS PRIMEIROS MINUTOS

- › Comunicar a chefia imediata ainda no plantão em que o acidente ocorreu.
- › Preservar a informação sobre a fonte, quando ela for identificável, para a avaliação clínica.

POP-RES-07.3 Sequência de execução

1. Interromper a atividade e prestar o cuidado imediato ao local exposto, com lavagem em água e sabão na pele e água corrente ou solução fisiológica nas mucosas.
2. Comunicar a chefia imediata e encaminhar o trabalhador à avaliação médica, sem aguardar o fim do plantão.
3. Reunir os dados do evento: local, horário, atividade em curso, material envolvido e identificação da fonte quando ela for identificável.
4. Submeter o caso à avaliação clínica, que define a investigação sorológica da fonte e do trabalhador na forma do protocolo assistencial vigente.
5. Iniciar a profilaxia pós-exposição quando indicada pela avaliação, observando a tempestividade que a indicação exige.
6. Organizar o acompanhamento sorológico do trabalhador na forma definida pela avaliação clínica.
7. Emitir a comunicação de acidente de trabalho e proceder à notificação do agravo, na forma da norma vigente aplicável.
8. Registrar o evento no prontuário ocupacional do trabalhador, com a conduta adotada e o acompanhamento definido.
9. Analisar a causa do acidente com a coordenação do setor onde ele ocorreu, distinguindo a causa de manejo do resíduo das demais causas.
10. Corrigir o ponto de geração quando a causa for de manejo — coletor além do limite, reencape, transferência de conteúdo ou recipiente inadequado — e retomar o POP-RES-02 com a equipe.
11. Encaminhar a análise ao serviço de saúde ocupacional, na forma do Protocolo 9, e acompanhar a série dos eventos por setor e por causa.

Causa apurada	Onde ela nasce	Correção no ponto de geração
Coletor além do limite de preenchimento	Ponto de geração	Substituição no limite e verificação do nível na rotina do turno
Reencape ou desconexão manual da agulha	Conduta no procedimento	Retomada da capacitação e conferência da disponibilidade do coletor ao alcance
Perfurocortante em saco plástico	Segregação na origem	Devolutiva ao setor, revisão do POP-RES-01 e conferência dos recipientes da área

Causa apurada	Onde ela nasce	Correção no ponto de geração
Transferência de conteúdo entre recipientes	Coleta interna	Recolhimento pelo próprio recipiente e registro da ocorrência com o setor
Recipiente inadequado ao volume da área	Desenho do ponto de geração	Redimensionamento do coletor e do recipiente para o volume efetivo do setor

Tabela POP-RES-07.1 — Causas de acidente ligadas ao manejo e a correção que cada uma pede.

✓ O QUE PROTEGE O TRABALHADOR EXPOSTO
› Cuidado imediato do local exposto e avaliação médica sem espera pelo fim do plantão.
› Dados do evento reunidos no momento, inclusive a identificação da fonte quando possível.
› Comunicação de acidente de trabalho emitida e agravo notificado.
› Causa analisada com a coordenação do setor, e correção feita no ponto onde o evento nasceu.

✗ O QUE AGRAVA O ACIDENTE
› Espremer o ferimento ou aplicar substância cáustica sobre a área exposta.
› Adiar a avaliação médica para o fim do plantão ou para o dia seguinte.
› Tratar o evento como falha pessoal, o que produz silêncio e subnotificação.
› Encerrar o caso na conduta clínica, sem analisar e corrigir a causa no processo.

POP-RES-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

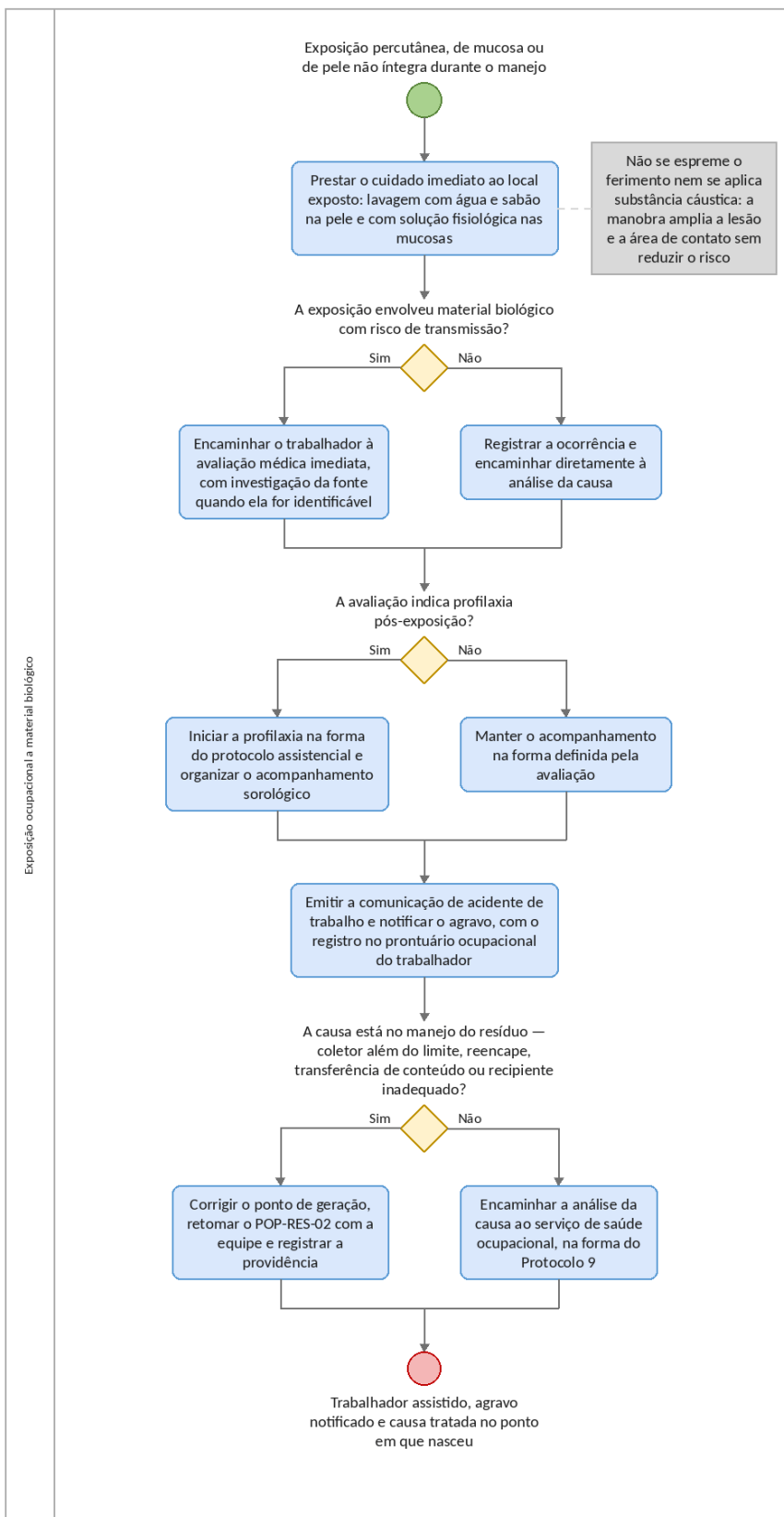
- › Registro do evento com local, horário, atividade, material envolvido e conduta adotada.
- › Comunicação de acidente de trabalho e notificação do agravo.
- › Registro no prontuário ocupacional do trabalhador, com o acompanhamento definido.
- › Análise de causa com o setor de origem e a providência adotada no ponto de geração.
- › Série dos eventos por setor e por causa, para leitura na análise periódica.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Cuidado imediato	Lavar; não espremer e não aplicar substância cáustica.
Avaliação sem espera	A indicação de profilaxia depende do tempo decorrido.
Notificar sempre	Comunicação de acidente de trabalho emitida e agravo notificado.
Causa no processo	O evento se encerra quando a causa é corrigida, não quando a lesão cicatriza.
Série por setor	É a série por setor e por causa que mostra onde o manejo precisa mudar.

POP-RES-07.5 Fluxograma

O fluxograma do acidente com material biológico mostra as três decisões que definem a conduta: o risco de transmissão presente na exposição, que aciona a avaliação médica imediata; a indicação de profilaxia pós-exposição, que abre o acompanhamento sorológico; e a origem da causa no manejo do resíduo, que devolve a correção ao ponto de geração.

POP-RES-07 — Conduta diante de acidente com material biológico ou perfurocortante



Referência: NR-32; RDC Anvisa n.º 222/2018; Termo de Referência HGN, item 8.7.21.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 12.809: resíduos de serviços de saúde — gerenciamento de resíduos de serviços de saúde intraestabelecimento. Rio de Janeiro: ABNT, 2013. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n.º 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA n.º 257, de 30 de junho de 1999. Dispõe sobre o descarte e o gerenciamento ambientalmente adequado de pilhas e baterias usadas ou inservíveis. Brasília, DF: CONAMA, 1999. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br/assuntos/servicos/conama>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA n.º 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde. Brasília, DF: CONAMA, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br/assuntos/servicos/conama>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Decreto n.º 10.936, de 12 de janeiro de 2022. Regulamenta a Lei n.º 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d10936.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/12305.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, inclusive quanto ao controle de infecção em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Portaria MMA n.º 280, de 29 de junho de 2020. Institui o Sistema Nacional de Manifesto de Transporte de Resíduos. Brasília, DF: MMA, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n.º 32 — segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília, DF: MTE, 2005, com as alterações posteriores. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras>. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Segurança Patrimonial, Controle de Acesso e Monitoramento por Imagem

Hospital Geral de Nova Iguaçu • setembro de 2026

SUMÁRIO

PARTE I — O PROTOCOLO

18.1 Âmbito e finalidade.....	1019
18.2 Base normativa.....	1020
18.3 Organização do serviço de segurança e o regime de execução.....	1022
18.4 Postos de serviço, rondas e cobertura das áreas.....	1022
18.5 Controle de acesso de usuários, acompanhantes e visitantes.....	1023
18.6 Controle de acesso de prestadores, fornecedores e prestadores de serviço.....	1024
18.7 Áreas de acesso restrito e controle de circulação interna.....	1025
18.8 Monitoramento por imagem: finalidade, guarda e acesso às gravações.....	1027
18.9 Proteção de dados pessoais na captação e no uso da imagem.....	1028
18.10 Registro de ocorrências e comunicação de eventos de segurança.....	1029
18.11 Situações de crise, evasão de paciente e acionamento de autoridade.....	1030
18.12 Atribuições e responsabilidades das equipes.....	1031
18.13 Interface com a assistência, a ouvidoria e a engenharia clínica.....	1032
18.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados.....	1033
18.15 Tratamento da não conformidade.....	1034
18.16 Indicadores e monitoramento.....	1035
18.17 Revisão, versão e governança do protocolo.....	1037
18.18 Fluxograma.....	1038

PARTE FINAL — PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

O que esta parte contém.....	1042
POP-SEG-01 Abertura e cobertura do posto de serviço e passagem de turno.....	1043
POP-SEG-02 Controle de acesso de acompanhantes e visitantes.....	1047
POP-SEG-03 Controle de acesso de prestadores e de entrada e saída de bens.....	1052
POP-SEG-04 Ronda programada e registro no livro de ocorrências.....	1057
POP-SEG-05 Operação do sistema de monitoramento por imagem e guarda da gravação.....	1061
POP-SEG-06 Atendimento a pedido de acesso a imagem e resposta ao titular.....	1066
POP-SEG-07 Conduta diante de ocorrência de segurança e evasão de paciente.....	1071
Referências dos procedimentos operacionais padrão.....	1076

Protocolo 18. Segurança Patrimonial, Controle de Acesso e Monitoramento por Imagem

18.1 Âmbito e finalidade

Este protocolo estabelece como a unidade protege as pessoas que nela estão, as suas instalações e os bens que lhe foram confiados, como controla quem entra, por onde circula e por quanto tempo permanece, e como trata as imagens captadas pelo sistema de monitoramento. Ele alcança o perímetro e todos os acessos da edificação, a circulação interna entre áreas de regime diferente, o acesso de usuários, acompanhantes, visitantes, prestadores e fornecedores, a entrada e a saída de bens, o registro das ocorrências e o ciclo completo da imagem, da captação ao descarte.

A finalidade está enunciada no próprio instrumento contratual e convém repeti-la com a sua redação, porque ela delimita tudo o que vem depois. O item 8.7.10.1 declara que a segurança patrimonial tem como objetivo prevenir perdas causadas por fatores externos, como furtos e roubos, além de assegurar a integridade dos ambientes, a integridade física de pacientes, colaboradores e demais visitantes e das pessoas que frequentam as unidades de saúde, e preservar o patrimônio material hospitalar. Segurança em hospital é, portanto, serviço de proteção de pessoas antes de ser serviço de proteção de coisas — e a ordem entre as duas finalidades não é retórica: é ela que resolve os casos difíceis.

Três premissas organizam o documento inteiro. A primeira é que a segurança existe para sustentar o cuidado, e nunca para filtrá-lo: o item 8.7.7.1 determina que todo usuário que entrar na unidade seja acolhido por profissional de saúde e veda a permanência de vigilantes e de controladores de acesso na porta realizando a primeira abordagem. A segunda é que controle de acesso é registro, e não barreira: o que o protocolo produz em cada porta é uma anotação que permite saber, depois, quem esteve onde e com que autorização. A terceira é que a imagem captada dentro de um hospital é dado pessoal, e com frequência dado pessoal sensível, de modo que o sistema de monitoramento opera dentro de finalidade declarada, com base legal identificada e com acesso controlado à gravação.

O item 12.13 do instrumento contratual situa este protocolo entre as obrigações de fornecimento da contratada, ao relacionar, entre os serviços que ela deve fornecer, o Controle de Acesso e os sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo de longo período. O item 8.6.1.7 relaciona a Vigilância Patrimonial entre as áreas de apoio e suporte da unidade. São dispositivos convergentes: um diz que o serviço deve existir, o outro reconhece que ele ocupa lugar próprio na estrutura, e ambos remetem ao item 8.7.10, que descreve o que se espera de quem o executa.

Este protocolo é instrumento de gestão técnica. A sua finalidade é reunir, num documento único, as condutas, os procedimentos e os instrumentos de monitoramento que os profissionais de segurança patrimonial e controle de acesso observam no dia a dia, de modo que a mesma situação receba o mesmo tratamento independentemente de quem a conduza e de qual turno a receba. Padronizar, aqui, é reduzir a variação que não tem razão técnica, encurtar o tempo de decisão, tornar o processo ensinável a quem chega e deixar registro do que foi feito e por quê. O

ganho é de efetividade — no atendimento ao usuário, na gestão cotidiana do serviço e no monitoramento do que se entrega — e é ele que justifica o documento.

Este protocolo integra o Plano de Organização Funcional e Operacional apresentado ao item C.2.4 do instrumento convocatório. Somados, os protocolos administrativos demonstram o modelo de coordenação técnico-administrativa da Organização Social: os seus níveis de governança, os seus mecanismos de supervisão e os seus instrumentos de monitoramento de desempenho, descritos no plano de cada processo e verificáveis nos registros que cada um produz. A execução observa a estrutura funcional e as atribuições declaradas naquele Plano, com o quadro de pessoal e as escalas nele aprovados.

O conteúdo aqui descrito é revisto na implantação do contrato, à luz da realidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu: da sua planta, dos seus sistemas, das suas equipes e do perfil da demanda que efetivamente recebe, inclusive quanto à organização das escalas e à realidade de pessoal de cada serviço. A situação concreta que recomendar conduta mais adequada ao caso é matéria a examinar pelos órgãos e pelos profissionais responsáveis, a quem cabe definir, naquele caso, a melhor conduta. O exame é interno, com quem executa e com quem coordena, e orienta-se por um único critério: o que entrega o melhor serviço ao Hospital Geral de Nova Iguaçu e à população que dele depende, assegurada em qualquer hipótese a execução do contrato firmado. O que daí resultar alimenta a revisão deste documento — é assim que o protocolo permanece vivo e útil, em vez de virar peça de arquivo que ninguém consulta porque não corresponde ao que se faz.

18.2 Base normativa

O protocolo se apoia em três camadas normativas, e distingui-las evita tanto a citação vazia quanto a omissão. A primeira é a do instrumento contratual, que declara o objetivo da segurança patrimonial, enumera as atribuições de quem a executa, exige a comprovação documental da escala e situa o controle de acesso e o sistema de câmeras entre os serviços a fornecer. A segunda é a das normas vigentes que disciplinam a proteção de dados pessoais, o direito ao acompanhante e os direitos dos usuários da saúde, aplicáveis por serem norma vigente, independentemente de menção contratual. A terceira é a da governança do contrato de gestão, que define quem monitora, quem fiscaliza e a quem se presta contas.

Na camada contratual, o item 8.7.10 concentra a matéria. O item 8.7.10.1 fixa o objetivo da segurança patrimonial nos termos já transcritos. O item 8.7.10.2 determina que, além das atribuições administrativas, o colaborador controle a movimentação de pessoas em área de acesso livre e restrito, controle o fluxo de pessoas e de veículos nas dependências e áreas da instituição, preste informações de maneira adequada ao público e saiba a rotina e a localização dos setores da instituição. O item 8.7.10.3 exige apresentar a escala de colaboradores dos profissionais de controle de acesso em conformidade com a competência da nota fiscal apresentada, bem como os recibos de pagamento, com os respectivos comprovantes, e as guias trabalhistas de encargos com os correspondentes comprovantes de pagamento, igualmente compatíveis com a competência da nota fiscal encaminhada.

Ainda na camada contratual, cinco dispositivos completam o desenho. O item 12.13 relaciona o Controle de Acesso e os sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo de longo

período entre os serviços que a contratada deve fornecer. O item 8.6.1.7 situa a Vigilância Patrimonial entre as áreas de apoio e suporte. O item 8.7.31.2, com o Quadro 02, descreve as atribuições do controlador de acesso, que incluem controlar e registrar a entrada e a saída de pessoas e de veículos, identificar indivíduos, emitir e fiscalizar crachás e autorizações de acesso, orientar sobre as normas e os fluxos internos, monitorar câmeras de segurança, acionar protocolos de emergência quando necessário e contribuir para a manutenção da integridade física de pacientes, acompanhantes e equipes. O item 8.7.7.1 reserva o acolhimento ao profissional de saúde e veda a primeira abordagem na porta por vigilante ou controlador de acesso, e o item 8.7.7.2 determina que todo usuário que acessa a unidade em busca de atendimento receba pulseira de identificação com nome, data de nascimento e data e hora de entrada, no acolhimento.

O acesso de acompanhantes e de visitantes tem base contratual própria e base legal anterior a ela. O item 12.12.12 determina implementar, dentro dos limites físicos e operacionais da unidade, o dispositivo da visita ampliada e o direito ao acompanhante nos casos previstos em lei; o item 12.12.22 determina providenciar acomodações e alimentação para acompanhantes dos usuários quando necessário, atendendo a legislação vigente; e o item 26.3.11.4 exige relatório estatístico comprovando o cumprimento da Lei n.º 11.108, de 2005, e do Estatuto da Criança, do Adolescente e do Idoso, com o detalhamento de eventuais impedimentos técnicos justificados. As normas vigentes que dão conteúdo a esse direito são o art. 12 da Lei n.º 8.069, de 1990, que obriga os estabelecimentos de atendimento à saúde a proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente; o art. 16 da Lei n.º 10.741, de 2003, que assegura à pessoa idosa internada ou em observação o direito a acompanhante; a Lei n.º 11.108, de 2005, quanto à parturiente; e a Lei n.º 13.146, de 2015, quanto ao acompanhamento e ao atendimento prioritário da pessoa com deficiência.

Na camada da proteção de dados, o item 12.35.24 determina que todo o tratamento de dados pessoais e de dados pessoais sensíveis dos usuários, realizado em meio físico ou digital, observe rigorosamente a Lei n.º 13.709, de 2018, implementando protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso, sob pena de responsabilidade administrativa e civil. Daquela lei vêm os fundamentos que a seção da imagem aplica: o art. 6º, com os princípios da finalidade, da adequação, da necessidade, da transparência e da segurança; o art. 7º, com as hipóteses que autorizam o tratamento de dado pessoal; o art. 11, com as hipóteses próprias do dado pessoal sensível, entre elas a tutela da saúde, o cumprimento de obrigação legal ou regulatória e o exercício regular de direito; o art. 18, com os direitos do titular; e o art. 46, que impõe medidas de segurança aptas a proteger os dados de acessos não autorizados. Aplicam-se ainda, como norma vigente, a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 2017, quanto aos direitos e deveres dos usuários da saúde, e a legislação de regência da segurança privada quanto à execução do serviço por empresa especializada.

Na camada da governança, o item 12.12.23 determina realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento das obrigações, e é esse o dever que a seção de indicadores cumpre. O item 12.30.1 identifica a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão como destinatária dos

relatórios de acompanhamento. E o Anexo VII do edital, no item C.2.4, pede a estrutura funcional e operacional, o fluxograma detalhado dos processos e o modelo de coordenação técnico-administrativa com níveis de governança, mecanismos de supervisão e instrumentos de monitoramento — que é exatamente a arquitetura adotada neste protocolo.

18.3 Organização do serviço de segurança e o regime de execução

O serviço organiza-se em duas funções que o instrumento contratual trata separadamente e que este protocolo mantém distintas, porque têm treinamento, campo de atuação e risco diferentes. A vigilância patrimonial responde pela proteção do patrimônio e pela integridade dos ambientes, com atuação preventiva no perímetro, nos acessos e nas áreas de guarda de bens. O controle de acesso responde pela identificação, pelo registro e pela orientação de quem entra e de quem sai, e é a função cujas atribuições o Quadro 02 do instrumento contratual descreve item a item. Onde as duas se encontram, o critério de divisão é simples: quem controla acesso registra e orienta; quem faz vigilância patrimonial observa, previne e comunica.

A execução se dá por empresa especializada contratada, e essa escolha traz consequências que o protocolo assume expressamente. A primeira é que a supervisão do serviço é exercida pela unidade, e não delegada ao prestador: quem define o desenho dos postos, o conteúdo do registro e a conduta esperada em cada situação é a unidade, na forma deste documento. A segunda é que a comprovação documental integra a própria execução. O item 8.7.10.3 exige que a escala dos profissionais de controle de acesso seja apresentada em conformidade com a competência da nota fiscal, acompanhada dos recibos de pagamento e das guias trabalhistas de encargos, com os respectivos comprovantes, também compatíveis com aquela competência. A conferência dessa documentação é ato de fiscalização contratual, na forma do Protocolo 7, e é ela que liga o serviço prestado ao pagamento devido.

A supervisão distribui-se pelos três níveis de governança do Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pelas diretrizes de segurança e pela sua compatibilidade com o contrato de gestão. No nível tático, a Direção Administrativa responde pela fiscalização do contrato de vigilância e pela conferência documental prevista no item 8.7.10.3, e a Direção Assistencial responde pela articulação entre a segurança e as rotinas de cuidado, sobretudo no que toca ao limite de atuação fixado pelo item 8.7.7.1. No nível operacional, a coordenação do serviço de segurança e as supervisões de setor conduzem a execução, cobrem os postos, fazem a ronda programada e produzem o registro de que todo o resto depende.

O regime de cobertura, o desenho dos postos e o roteiro das rondas constam do plano de postos, documento operacional que traduz este protocolo para a planta concreta da unidade e que é revisto sempre que a planta, o fluxo ou o perfil da demanda mudarem. Mantê-lo em documento próprio, e não dentro do protocolo, tem razão prática: o desenho de postos muda com obra, com abertura de setor e com alteração de horário de visita, ao passo que a regra de conduta permanece. O plano de postos é conhecido por quem executa, integra o material de integração de quem chega ao serviço e é apresentado à fiscalização do contrato sempre que solicitado.

18.4 Postos de serviço, rondas e cobertura das áreas

Posto de serviço é o ponto da unidade em que uma atribuição de segurança é exercida de forma continuada, com responsável identificado em cada turno e com registro próprio. A sua definição decorre de três leituras combinadas: a leitura da planta, que identifica acessos, vias de circulação e pontos de convergência; a leitura do fluxo, que identifica os horários em que cada acesso concentra movimento; e a leitura do risco, que identifica onde a perda ou o incidente teriam maior consequência. O número de postos e a extensão de cada roteiro decorrem dessas leituras e constam do plano de postos, e não deste protocolo, porque dependem inteiramente da configuração física que a unidade tiver ao tempo da execução.

Cada posto tem atribuição declarada, e a declaração é o que impede a zona cinzenta entre postos vizinhos, que é onde a ocorrência costuma passar sem dono. A atribuição do posto reproduz, no ponto concreto, o que o item 8.7.10.2 estabelece de modo geral: controlar a movimentação de pessoas em área de acesso livre e restrito, controlar o fluxo de pessoas e de veículos, prestar informação adequada ao público e conhecer a rotina e a localização dos setores. Esta última atribuição merece ênfase, porque é a menos óbvia e a mais usada: quem está no posto é frequentemente a primeira pessoa a quem se pergunta onde fica alguma coisa, e a informação errada dada com segurança produz percurso inútil dentro de um hospital.

A ronda é o instrumento que estende a cobertura do posto fixo ao restante da área. Ela é programada, em rotina definida pelo serviço, com roteiro, pontos de verificação e registro do percurso, e a sua finalidade é dupla: verificar a condição das áreas — portas, fechaduras, iluminação, sinalização, acessos de serviço — e tornar presente, de forma previsível para quem trabalha e imprevisível para quem tenta o ilícito, a observação do espaço. O registro da ronda anota o horário efetivo de passagem por cada ponto, o que foi encontrado e o que foi comunicado; ronda sem registro é trabalho realizado que fica sem demonstração, e o que fica sem demonstração é, para efeito de fiscalização, inexistente.

A passagem de turno é o momento de maior risco do serviço, porque nele a informação muda de titular. A conduta adotada é a de passagem presencial no próprio posto, com leitura conjunta do registro de ocorrências do turno que se encerra, verificação da situação das áreas sob a responsabilidade do posto e transferência explícita das pendências em aberto, com nome de quem entrega e de quem recebe. Pendência que não é dita na passagem tende a não ser retomada, e a ocorrência que atravessa dois turnos sem dono é a que mais frequentemente termina sem desfecho registrado.

18.5 Controle de acesso de usuários, acompanhantes e visitantes

O acesso do usuário que chega em busca de atendimento é o caso em que o instrumento contratual é mais explícito, e a explicitude tem razão assistencial. O item 8.7.7.1 determina que todo usuário que entrar na unidade seja acolhido por profissional de saúde e veda a permanência de vigilantes e de controladores de acesso na porta realizando a primeira abordagem. A primeira abordagem é o momento em que se lê a necessidade de quem chega, e essa leitura exige formação em saúde: quem entra andando pode estar em quadro grave, e quem entra em alarme pode precisar de orientação. O controle de acesso, portanto, identifica, orienta e registra, e encaminha ao acolhimento — sem interpor-se entre o usuário e o profissional de saúde que o

receberá. O posicionamento físico segue essa delimitação, e o percurso completo da recepção e do cadastro está no Protocolo 3.

A identificação do usuário admitido segue o item 8.7.7.2, que determina a entrega, no acolhimento, de pulseira contendo nome, data de nascimento e data e hora de entrada. Para o controle de acesso, a pulseira tem função adicional à identificação assistencial: ela é o elemento que permite reconhecer, em circulação interna, quem está sob cuidado da unidade — e é por isso que a sua ausência em paciente encontrado fora da área de internação é tratada como situação a esclarecer com a equipe assistencial, e não como irregularidade de quem circula.

O acompanhante entra por direito, e não por concessão. O art. 12 da Lei n.º 8.069, de 1990, obriga o estabelecimento de saúde a proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável na internação de criança ou adolescente; o art. 16 da Lei n.º 10.741, de 2003, assegura à pessoa idosa internada ou em observação o direito a acompanhante; a Lei n.º 11.108, de 2005, garante a presença de acompanhante à parturiente; e a Lei n.º 13.146, de 2015, dispõe sobre o acompanhamento da pessoa com deficiência. O item 12.12.12 do instrumento contratual reconhece essa base ao determinar a implementação da visita ampliada e do direito ao acompanhante nos casos previstos em lei, e o item 26.3.11.4 exige a comprovação estatística do cumprimento, com detalhamento dos impedimentos técnicos justificados. A consequência para o controle de acesso é direta: diante de acompanhante em qualquer dessas hipóteses, a conduta é registrar e liberar, e a eventual restrição é decisão assistencial fundamentada e registrada, jamais decisão de porta.

O registro do acompanhante e do visitante é nominal e acompanha as trocas. Anotam-se a identificação, o vínculo com o usuário, o setor de destino e o período de permanência, e cada substituição registra quem sai, quem entra e o horário. O acompanhante recebe identificação de uso temporário, devolvida na saída, e o Manual do Acompanhante impresso com os horários dos serviços e as rotinas da unidade, cuja viabilização o instrumento contratual relaciona entre os requisitos mínimos do acolhimento. O fluxo dos visitantes e os horários de visita são divulgados de forma ampla, por banners, placas, totens ou meios eletrônicos, na forma prevista nos requisitos mínimos do acolhimento — e a divulgação importa ao controle de acesso tanto quanto ao usuário, porque orientação repetida na porta é orientação que a sinalização deveria ter dado antes.

O acesso em situação de exceção tem tratamento próprio e previsível. Chegada fora do horário de visita por motivo relevante, entrada de terceiro para acompanhamento de paciente em cuidado de fim de vida, presença de representante legal e comparecimento de autoridade no exercício de sua função são hipóteses em que a decisão é assistencial ou da direção de plantão, e o papel do controle de acesso é acionar quem decide e registrar o que foi decidido. A regra que organiza todas elas é a mesma: a exceção é autorizada por quem tem competência para autorizá-la e fica registrada com o nome de quem autorizou.

18.6 Controle de acesso de prestadores, fornecedores e prestadores de serviço

O item 8.7.10.2 atribui ao colaborador controlar o fluxo de pessoas e de veículos nas dependências e áreas da instituição, e é nesse dispositivo que se apoia o regime de acesso de quem entra para trabalhar, entregar ou retirar. A diferença em relação ao acesso do usuário é de

natureza: o usuário entra porque precisa de cuidado, e o cuidado não se condiciona a autorização prévia; o prestador entra para executar uma prestação contratada, e essa prestação tem contrato, escopo, prazo e responsável identificados. Daí decorre que o acesso do prestador é sempre precedido de autorização, e que a autorização é dada por quem responde pela demanda dentro da unidade.

A conferência na porta tem quatro elementos e todos são verificáveis no momento. O primeiro é a identificação pessoal, conferida contra documento. O segundo é o vínculo: a que empresa ou contrato aquela pessoa está associada, e se consta da relação apresentada pelo prestador. O terceiro é a autorização: qual setor a solicitou, para que serviço e por qual período. O quarto é o bem: o que entra com aquela pessoa e o que ela pretende retirar. Conferidos os quatro, emite-se identificação de uso temporário, com validade limitada ao período autorizado e visível durante toda a permanência, e registra-se a entrada com horário. A saída é registrada da mesma forma, e a identificação é devolvida — crachá temporário que não retorna é credencial em circulação fora do controle da unidade.

A entrada e a saída de bens é a parte do controle de acesso com maior consequência patrimonial, e tem regra própria. Bem que entra para instalação, teste, comodato ou reparo é registrado na entrada com identificação, número de série quando houver e responsável pelo recebimento, e a sua incorporação segue o Protocolo 6. Bem que sai — equipamento para manutenção externa, material devolvido a fornecedor, ativo em remanejamento — somente é liberado mediante autorização documentada da área responsável pelo bem, e a conferência do controle de acesso é entre o documento apresentado e o item que efetivamente passa pela porta. O recebimento de insumos e de materiais segue o Protocolo 5, com a conferência técnica feita pelo almoxarifado no ponto de recebimento, e não na portaria.

O acesso de veículos observa a mesma lógica, com um acréscimo. Além de identificar condutor, veículo e motivo, o controle distingue as vias de serviço das vias de urgência: a chegada de ambulância, de viatura de resgate e de transporte de paciente tem prioridade absoluta de passagem, e nenhuma exigência de conferência precede a entrada do paciente. O registro, nesses casos, é feito depois da passagem, e essa inversão é deliberada. As demais entradas — carga, coleta de resíduos, prestadores, transporte de valores — seguem roteiro, ponto de parada e horário definidos no plano de postos, articulados com a hotelaria, na forma do Protocolo 16, e com o manejo de resíduos, na forma do Protocolo 17.

18.7 Áreas de acesso restrito e controle de circulação interna

O item 8.7.10.2 nomeia expressamente a distinção que organiza esta seção, ao atribuir ao colaborador controlar a movimentação de pessoas em área de acesso livre e restrito. A unidade adota, a partir dessa base, três regimes de circulação, definidos pelo que se protege em cada área e não pela sua importância administrativa. A área de acesso livre é aquela cuja função é receber: recepções, salas de espera, circulações públicas e serviços de apoio ao público. A área de acesso controlado é aquela em que se assiste e em que a presença de terceiro é possível mediante identificação e motivo. A área de acesso restrito é aquela em que a entrada de quem não integra a equipe é excepcional e depende de autorização nominal do responsável pela área.

Regime da área	O que caracteriza	Como se acessa	Registro exigido
Acesso livre	Áreas cuja função é receber e orientar o público, sem cuidado assistencial em curso	Entrada sem autorização prévia, com orientação do controle de acesso	Registro da ocorrência, quando houver
Acesso controlado	Áreas de internação, ambulatório e apoio em que há assistência em curso	Identificação, motivo declarado e vínculo com usuário ou com serviço	Registro nominal de acompanhante, visitante e prestador
Acesso restrito assistencial	Centro cirúrgico, terapia intensiva, centro de material, neonatologia e demais áreas críticas	Autorização do responsável pela área, com paramentação e acompanhamento	Registro nominal de entrada e de saída, com autorizador identificado
Acesso restrito patrimonial	Farmácia, almoxarifado, guarda de bens, casa de máquinas, sala de tecnologia e tesouraria	Autorização do responsável pela área, com acompanhamento durante a permanência	Registro nominal de entrada e de saída, com motivo e bem envolvido
Acesso restrito documental	Arquivo clínico, gestão de pessoas e demais guardas de documento sob sigilo	Autorização do responsável, com o acesso limitado ao documento solicitado	Registro de quem acessou, o que acessou e para qual finalidade
Sala de monitoramento por imagem	Ambiente em que a gravação é operada, visualizada e armazenada	Acesso limitado às funções designadas, com credencial pessoal e intransferível	Registro de acesso e de toda visualização ou extração de gravação

Tabela 18.1 — Os seis regimes de circulação adotados na unidade, com o que caracteriza cada área, a forma de acesso e o registro exigido.

A restrição não se sustenta por si: ela depende de três condições concretas. A primeira é que a área esteja sinalizada, porque restrição não sinalizada é armadilha para quem circula de boa-fé. A segunda é que haja responsável identificado, sem o qual a autorização não tem de quem partir. A terceira é que o registro seja produzido no momento da entrada, e não reconstituído depois, porque registro reconstituído perde exatamente aquilo que o torna útil, que é o horário. Quando o recurso físico de controle não estiver disponível no momento em um determinado acesso, o regime é mantido pela conferência presencial e pelo registro manual, com comunicação à manutenção predial na forma do Protocolo 13.

A circulação interna de quem já está dentro é a parte menos visível do controle e a que mais se beneficia de uma regra simples: identificação visível durante toda a permanência. Profissional identificado, acompanhante com identificação de uso temporário, prestador com crachá do período autorizado e paciente com pulseira compõem um ambiente em que a pessoa sem identificação se destaca por contraste, e não por suspeita pessoal. É uma técnica de controle discreta, que dispensa abordagem sistemática e evita o constrangimento que a abordagem produz — e o constrangimento, num hospital, tem custo assistencial, porque afasta quem precisaria voltar.

A abordagem, quando necessária, tem forma definida. Ela é feita com cortesia, com identificação de quem aborda, com pergunta sobre o que a pessoa procura e com oferta de orientação — que é, afinal, a atribuição que o item 8.7.10.2 confere ao colaborador ao determinar que preste informações de maneira adequada ao público e conheça a rotina e a localização dos setores. A abordagem que começa pela orientação resolve a maior parte dos

casos, que são de pessoa perdida; a que começa pela exigência de identificação transforma em conflito o que era desorientação. Situação que persistir após a orientação é comunicada à coordenação do serviço e registrada como ocorrência.

18.8 Monitoramento por imagem: finalidade, guarda e acesso às gravações

O item 12.13 do instrumento contratual relaciona, entre os serviços que a contratada deve fornecer, os sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo de longo período. O sistema existe, portanto, por determinação contratual, e a sua finalidade é a do item 8.7.10.1: prevenir perdas causadas por fatores externos, como furtos e roubos, assegurar a integridade dos ambientes e a integridade física de pacientes, colaboradores e visitantes, e preservar o patrimônio material hospitalar. Essa finalidade é determinada e explícita, e é ela que delimita o que o sistema pode fazer. O acompanhamento do desempenho do trabalhador está fora do objeto: o sistema protege pessoas e bens, e não afere produtividade nem conduta funcional, cuja apuração tem rito próprio na gestão de pessoas, na forma do Protocolo 9.

A decisão sobre onde se capta imagem decorre da finalidade e do princípio da necessidade. Captam-se as áreas de circulação, os acessos, o perímetro, as vias de serviço e os pontos de guarda de bens, porque é neles que o risco que o sistema existe para tratar se materializa. A captação não alcança ambientes em que a expectativa de privacidade é incompatível com a observação: leito, sala de exame, sala de procedimento, sanitário, vestiário e ambiente destinado à comunicação de notícia difícil. Onde a área de circulação confina com ambiente desses, o enquadramento é ajustado para excluí-lo do campo de visão, e esse ajuste é documentado — porque a decisão sobre enquadramento é, tecnicamente, decisão sobre extensão do tratamento de dados.

A informação ao público é condição de legitimidade e não cortesia. As áreas monitoradas são sinalizadas de forma ostensiva e legível, indicando a existência da captação, a sua finalidade e o canal pelo qual o titular pode exercer os seus direitos. A sinalização cumpre o princípio da transparência da Lei n.º 13.709, de 2018, e tem efeito prático adicional: parte da capacidade preventiva do monitoramento decorre justamente de ele ser conhecido. A relação das áreas monitoradas é mantida atualizada pelo serviço, articulada com a área de tecnologia da informação na forma do Protocolo 10, e integra a documentação que se apresenta à fiscalização quando solicitada.

A guarda da gravação observa o prazo aplicável e o princípio da necessidade. O instrumento contratual exige gravação de vídeo de longo período; a lei de proteção de dados determina que o tratamento se limite ao mínimo necessário para a realização da finalidade e que os dados sejam eliminados após o término do tratamento, ressalvadas as hipóteses de conservação que ela própria autoriza. Da conjugação das duas resulta a regra adotada: a gravação é conservada pelo período necessário à apuração das ocorrências que o sistema existe para tratar e pelo prazo exigível em razão de apuração, de processo ou de requisição de autoridade em curso, e é eliminada por rotina automática ao término desse período. Segmento de imagem cuja preservação for necessária a apuração determinada é extraído, identificado e guardado em separado, com prazo próprio ligado ao desfecho da apuração — e não por prazo que este protocolo institua por conta própria.

O acesso à gravação é a parte do sistema que mais exige controle, porque é nela que o risco de uso indevido se concentra. A sala de monitoramento é área de acesso restrito, na forma da seção anterior. A operação em tempo real cabe às funções designadas, com credencial pessoal e intransferível, e a visualização de imagem armazenada depende de pedido formalizado, com finalidade declarada e enquadramento na base legal. Toda visualização de gravação e toda extração de segmento são registradas com identificação de quem acessou, data, hora, período de imagem alcançado e motivo — registro que atende à exigência do item 12.35.24 de implementar protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso, e que é a evidência de que o sistema operou dentro da sua finalidade.

18.9 Proteção de dados pessoais na captação e no uso da imagem

A imagem de pessoa identificada ou identificável é dado pessoal, e a imagem captada dentro de um hospital frequentemente revela mais do que a identidade: revela que aquela pessoa esteve num serviço de saúde, em que setor, acompanhada de quem e em que condição aparente. Esse conjunto é dado referente à saúde, que a Lei n.º 13.709, de 2018, qualifica como dado pessoal sensível. Reconhecer essa qualificação não é preciosismo jurídico: é o que explica por que o regime de acesso à gravação descrito na seção anterior é mais estrito do que o que se adotaria num estabelecimento comum, e por que a extração de imagem de paciente exige exame prévio em vez de simples deferimento.

A base legal do tratamento é declarada, e declará-la é o que impede tanto o excesso quanto a omissão. O tratamento de imagem para segurança patrimonial, proteção do patrimônio público sob gestão e integridade física das pessoas apoia-se nas hipóteses do art. 7º da Lei n.º 13.709, de 2018, notadamente no cumprimento de obrigação legal ou regulatória — que aqui tem reforço contratual expresso, pelo item 12.13 — e no legítimo interesse do controlador para a proteção de pessoas e bens, com a ponderação que a própria lei exige. Quando o segmento de imagem revelar dado referente à saúde, o tratamento passa a exigir enquadramento no art. 11 da mesma lei, cujas hipóteses aplicáveis são o cumprimento de obrigação legal ou regulatória, a tutela da saúde em procedimento realizado por profissionais e serviços de saúde e o exercício regular de direito. A distinção é operativa: ela decide qual pedido de acesso à imagem se resolve na coordenação do serviço e qual depende de exame do encarregado pelo tratamento de dados pessoais.

▣ O REGISTRO DO TRATAMENTO DA IMAGEM, ELEMENTO A ELEMENTO

- › Finalidade determinada: prevenção de perdas por fatores externos, integridade dos ambientes, integridade física das pessoas e preservação do patrimônio material, na redação do item 8.7.10.1.
- › Base legal identificada: hipótese do art. 7º para o dado pessoal e, quando a imagem revelar dado referente à saúde, hipótese do art. 11 da Lei n.º 13.709, de 2018.
- › Necessidade e minimização: captação limitada às áreas em que o risco se materializa, com enquadramento ajustado para excluir ambiente de expectativa de privacidade.
- › Transparência: sinalização ostensiva das áreas monitoradas, com a finalidade e o canal de exercício de direitos do titular.
- › Segurança: acesso por credencial pessoal, sala de monitoramento como área restrita e registro de toda visualização e extração, na forma do art. 46 e do item 12.35.24.

▣ O REGISTRO DO TRATAMENTO DA IMAGEM, ELEMENTO A ELEMENTO

- › Retenção: conservação pelo período necessário à finalidade e pelo prazo exigível em razão de apuração ou requisição em curso, com eliminação por rotina ao término.
- › Resposta ao titular: pedido registrado, requerente identificado, resposta no prazo legal e preservação da imagem de terceiros que apareçam no mesmo segmento.

A minimização governa a extração. Quando o atendimento de um pedido exige entregar imagem, entrega-se o segmento estritamente correspondente ao fato apurado, no intervalo de tempo necessário, e não o período inteiro do dia nem o conjunto dos pontos de captação. A imagem de terceiros que apareçam no mesmo segmento é preservada pelos meios técnicos disponíveis, porque o direito do requerente alcança a sua própria imagem e o fato que o envolve, e não a imagem de quem passava por ali. Esse cuidado é o que distingue o atendimento ao titular da entrega indiscriminada de acervo, e é ele que sustenta a resposta perante quem eventualmente questione a entrega.

O direito do titular tem porta de entrada declarada e percurso definido. O pedido é recebido, registrado e encaminhado; o requerente é identificado, e a legitimidade é verificada quando o pedido é de representante; a resposta observa o prazo legal e é registrada com o seu conteúdo. Pedido de terceiro, de autoridade ou de órgão de controle que alcance imagem de paciente é submetido à análise do encarregado pelo tratamento de dados pessoais antes de qualquer fornecimento, na forma do Protocolo 10, porque a base legal do compartilhamento é distinta da base legal da captação. Incidente de segurança que alcance a gravação — acesso não autorizado, extração indevida, perda de integridade do armazenamento — segue o regime de incidentes daquele mesmo protocolo, com contenção, preservação de evidência, delimitação do alcance e avaliação da comunicação à autoridade nacional e aos titulares.

Duas condutas fecham a seção porque delimitam o uso do sistema pelo lado do que ele não serve para fazer. A primeira: a imagem captada para segurança patrimonial não é fonte de avaliação de desempenho de trabalhador, e o seu uso para essa finalidade seria desvio de finalidade, vedado pelo art. 6º da lei de proteção de dados. A segunda: a imagem tampouco substitui o registro assistencial nem o registro de ocorrência — ela pode confirmar ou afastar uma versão, mas o que sustenta a apuração é o relato registrado no momento do fato, com a imagem servindo de elemento adicional. Manter essas duas fronteiras nítidas é o que preserva a legitimidade do sistema perante quem trabalha e perante quem é assistido.

18.10 Registro de ocorrências e comunicação de eventos de segurança

O registro de ocorrências é o instrumento central deste protocolo, porque é ele que converte o trabalho de segurança, que é em grande parte preventivo e invisível, em evidência utilizável. Nele se anota todo evento que interfira na segurança das pessoas, na integridade dos ambientes ou na proteção dos bens: dano ao patrimônio, furto ou tentativa, entrada não autorizada, extravio de bem ou de pertence, agressão, ameaça, tumulto, evasão de paciente, acionamento de autoridade, falha de dispositivo de controle e qualquer situação em que o serviço tenha sido acionado. Anota-se também o que foi verificado e não confirmado, porque a ocorrência sem consequência é dado tão relevante quanto a outra para a leitura do padrão.

O registro tem conteúdo mínimo e é feito no momento em que o fato ocorre, por quem o presenciou ou por quem o atendeu. Constam data e hora do fato e do registro, local exato, descrição objetiva do que se viu e do que se fez, pessoas envolvidas identificadas pela função ou pelo vínculo, providências adotadas, quem foi comunicado e o desfecho até aquele momento. A descrição é factual: registra-se o que ocorreu, e não a interpretação sobre a intenção de quem agiu, porque a qualificação do fato compete a quem apura e o registro que já traz juízo dificulta a apuração em vez de facilitá-la.

A comunicação sobe por níveis, e o critério é a consequência do evento, e não a sua aparência. A ocorrência sem dano e sem risco à pessoa é registrada e comunicada à coordenação do serviço na passagem de turno. A ocorrência com dano ao patrimônio, com risco à integridade física ou com envolvimento de paciente é comunicada de imediato à coordenação do serviço e à Direção Administrativa, e, quando envolver assistência em curso, também à chefia assistencial de plantão. A ocorrência que caracterize ilícito penal, que envolva pessoa em situação de vulnerabilidade protegida por lei ou que exija medida fora do alcance da unidade é comunicada à autoridade competente, com registro do horário do acionamento e da identificação de quem atendeu.

O registro alimenta três destinos, e é essa multiplicidade que justifica o rigor do seu preenchimento. Alimenta a apuração do caso concreto, com a devolutiva ao setor de origem. Alimenta a série de indicadores da seção 18.16, que lê o conjunto por tipo, por local e por turno e permite deslocar o esforço preventivo para onde o padrão indica. E alimenta a prestação de contas do serviço, porque é a evidência de que a unidade tratou o que aconteceu. Ocorrência registrada e não tratada aparece na série como reincidência, e reincidência sem providência é exatamente o achado que a fiscalização do contrato de gestão identifica com facilidade.

18.11 Situações de crise, evasão de paciente e acionamento de autoridade

Situação de crise, aqui, é o evento que ultrapassa a rotina do posto e exige resposta coordenada: agressão a profissional ou entre pessoas, ameaça, tumulto em área de espera, tentativa de entrada forçada, presença de pessoa armada, incêndio, e qualquer evento de grande impacto que altere de uma vez o funcionamento de uma área. A resposta obedece a uma ordem de prioridades que não se inverte: proteger as pessoas, preservar a continuidade do cuidado de quem está sob assistência, conter o ambiente e, só depois, preservar o patrimônio. Enunciar essa ordem antes do evento é o que permite decidir bem durante ele, quando o tempo de deliberação é curto.

O limite de atuação da segurança em situação de crise com paciente é matéria que exige clareza. A contenção de paciente é ato assistencial, indicado, executado e registrado pela equipe de saúde segundo o protocolo clínico aplicável; o serviço de segurança apoia a equipe na proteção do ambiente e das demais pessoas, e é acionado por ela. Essa delimitação é coerente com o desenho que o instrumento contratual adota ao reservar ao profissional de saúde a abordagem do usuário, no item 8.7.7.1, e ao descrever a atribuição do controlador de acesso, no Quadro 02, como contribuição para a manutenção da integridade física de pacientes, acompanhantes e equipes — contribuição, e não substituição do ato assistencial.

A evasão de paciente é a ocorrência mais delicada da seção, porque combina risco assistencial e responsabilidade institucional. Caracteriza-se pela saída de paciente internado ou em observação sem alta e sem comunicação à equipe. A conduta tem sequência definida: comunicação imediata à equipe assistencial do setor, que confirma a ausência e avalia o risco clínico envolvido; busca nas áreas internas e nos acessos, com apoio dos postos e do monitoramento por imagem, dentro da finalidade declarada na seção 18.8; registro da ocorrência com horário do último contato conhecido; registro em prontuário pela equipe assistencial; e comunicação ao responsável legal ou ao contato indicado, feita pela equipe assistencial, a quem cabe informar a condição clínica. O acionamento de autoridade competente é feito nas hipóteses previstas em lei e sempre que o risco à pessoa o recomendar, com atenção especial a criança e adolescente, pessoa idosa, pessoa com deficiência, pessoa em sofrimento mental e pessoa sob custódia.

O paciente sob custódia tem regime próprio e convém enunciá-lo para evitar confusão de papéis. A guarda dessa pessoa é da autoridade responsável pela custódia, que permanece com a escolta; o serviço de segurança da unidade apoia o ambiente e o acesso, e a equipe assistencial conduz o cuidado sem que a condição de custódia altere o padrão da assistência prestada. O mesmo raciocínio de separação de papéis vale para o acionamento de autoridade em geral: a unidade comunica, registra o horário e a identificação de quem atendeu, presta as informações que lhe cabem e mantém a continuidade do cuidado. Após o encerramento de qualquer evento de crise, realiza-se a análise do ocorrido com as áreas envolvidas, cujo produto é a correção do desenho — do posto, da sinalização, do fluxo ou da orientação — e não a atribuição individual de culpa.

18.12 Atribuições e responsabilidades das equipes

As atribuições são declaradas por função, e não por pessoa, para que o protocolo sobreviva a qualquer mudança de equipe. Elas se distribuem pelos três níveis de governança que organizam o Plano de Organização Funcional e Operacional: o nível estratégico, da Direção Geral e da Direção Técnica, que define diretrizes e responde pelo contrato de gestão; o nível tático, da Direção Assistencial, da Direção Médica, da Direção Administrativa e do Núcleo Interno de Regulação, que traduz diretriz em programação e responde pela fiscalização do contrato de vigilância; e o nível operacional, das coordenações e supervisões de setor e das comissões técnicas, onde o controle de acesso acontece e onde o registro se produz.

Função	Responsabilidade neste protocolo
Direção Geral e Direção Técnica	Nível estratégico: respondem pelas diretrizes de segurança patrimonial e de controle de acesso, pela sua compatibilidade com o contrato de gestão e pela prestação de contas do conjunto
Direção Administrativa	Nível tático: responde pela fiscalização do contrato de vigilância e pela conferência documental exigida no item 8.7.10.3, na forma do Protocolo 7, e pelo plano de postos
Direção Assistencial e Direção Médica	Nível tático: respondem pela articulação entre segurança e cuidado, pela decisão sobre restrição de acompanhante e pela condução dos atos assistenciais em situação de crise

Função	Responsabilidade neste protocolo
Coordenação do serviço de segurança patrimonial	Nível operacional: responde pela cobertura dos postos, pela ronda programada, pela análise das ocorrências e pela devolutiva às áreas de origem
Controlador de acesso	Identifica, orienta e registra a entrada e a saída de pessoas, veículos e bens, emite e fiscaliza a identificação temporária e aciona os protocolos de emergência
Vigilante patrimonial	Executa a ronda programada, observa e comunica alteração nas áreas sob sua responsabilidade e apoia as equipes na proteção do ambiente quando acionado
Operador do sistema de monitoramento por imagem	Opera a visualização em tempo real dentro da finalidade declarada e registra toda visualização e extração de gravação, com credencial pessoal
Encarregado pelo tratamento de dados pessoais	Analisa pedido de acesso a imagem, decide sobre base legal e compartilhamento e conduz o incidente de segurança, na forma do Protocolo 10
Coordenação de recepção e cadastro	Registra acompanhante e visitante, emite pulseira no acolhimento e articula o percurso administrativo do usuário, na forma do Protocolo 3
Ouvidoria	Recebe a manifestação decorrente de ocorrência de segurança, tramita e responde ao manifestante, na forma do Protocolo 11
Manutenção predial e engenharia clínica	Respondem pela condição de uso de acessos, fechaduras, iluminação e dispositivos do sistema de imagem, na forma do Protocolo 13

Tabela 18.2 — As onze funções que respondem pela segurança patrimonial e pelo controle de acesso, distribuídas pelos três níveis de governança.

O que não se delega: a decisão sobre restrição ao direito de acompanhante, que é assistencial e fundamentada em registro, e nunca decisão de porta; a contenção física de paciente, que é ato assistencial da equipe de saúde; a liberação de saída de bem sem autorização documentada da área responsável; e o acesso a imagem armazenada sem pedido formalizado, sem base legal identificada e sem registro do acesso. São quatro pontos em que a exceção não se justifica pela urgência, porque em todos eles o que está em causa é direito de terceiro — do paciente, do acompanhante, do titular da imagem ou do patrimônio público sob gestão.

18.13 Interface com a assistência, a ouvidoria e a engenharia clínica

A segurança patrimonial é um serviço que atua sobre o mesmo espaço em que outros atuam, e por isso a qualidade das interfaces determina o resultado tanto quanto a execução própria. Quatro delas são estruturantes, e cada uma tem um ponto de falha característico que o protocolo nomeia para poder tratar. Nomear o ponto de falha não é atribuir culpa: é identificar onde a informação e o cuidado costumam se perder, para colocar ali um registro que os segure.

Com a assistência, a interface é a fronteira entre o ato de segurança e o ato de cuidado, fixada pelo item 8.7.7.1 e reafirmada na seção 18.11. O ponto de falha característico é a situação de tensão em área de espera, em que a resposta mais rápida disponível é a do posto e a resposta adequada é a da equipe assistencial. O tratamento tem duas frentes: o acionamento imediato da equipe pelo posto, com permanência do colaborador na proteção do ambiente, e a devolutiva posterior do episódio à chefia assistencial, para que a causa — que costuma ser tempo de espera,

informação ausente ou notícia mal comunicada — seja tratada onde nasce. O percurso administrativo do usuário e o registro do acompanhante estão disciplinados no Protocolo 3, com o qual esta seção opera de forma contínua.

Com a ouvidoria, disciplinada no Protocolo 11, a interface é a ocorrência que se converte em manifestação. Reclamação sobre conduta de colaborador da segurança, sobre restrição de acesso, sobre horário de visita ou sobre extravio de pertence chega com frequência pelos canais de ouvidoria antes de chegar ao serviço, e o ponto de falha característico é a apuração feita em duas frentes que não se comunicam. O tratamento é a articulação declarada: a ouvidoria conduz a tramitação e a resposta ao manifestante, dentro dos prazos e dos canais que o item 12.22 estabelece, e o serviço de segurança fornece o registro de ocorrência correspondente e a apuração de que dispõe, incluindo, quando for o caso e mediante o rito da seção 18.9, o exame de imagem. O relatório da produção da ouvidoria segue à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão na forma do item 12.30.1.

Com a engenharia clínica e a manutenção predial, disciplinadas no Protocolo 13, a interface é a condição física de tudo aquilo de que o controle depende: porta, fechadura, cancela, iluminação de perímetro, sinalização, ponto de captação de imagem e alimentação elétrica dos dispositivos. O ponto de falha característico é o encaminhamento verbal, que não gera ordem de serviço e por isso não entra em nenhuma fila; o tratamento é o registro do achado na própria ocorrência, com local, data e responsável, acompanhado até a devolutiva. Com a área de tecnologia da informação, disciplinada no Protocolo 10, a interface é o armazenamento da gravação, a gestão de perfis de acesso e a resposta a incidente de segurança, e o ponto de falha característico é o perfil que permanece ativo depois de a função ter mudado — razão pela qual a revisão de perfis do sistema de imagem acompanha a movimentação de pessoal.

18.14 Registros, evidências e onde ficam arquivados

O que não deixa evidência não é auditável, e o que não é auditável não sustenta prestação de contas nem fiscalização de contrato. Este protocolo trata o registro como parte da execução, e não como consequência dela: cada ato de controle produz um documento, e cada documento tem produtor, lugar e prazo de guarda definidos. A regra prática é que o registro se faz no momento em que o fato ocorre — a entrada anotada quando a pessoa entra, a ocorrência escrita quando o evento acontece, o ponto de ronda marcado na passagem. Registro reconstituído ao fim do turno corrompe a série, e série corrompida faz a coordenação corrigir o trecho errado do processo.

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Registro de ocorrências do serviço de segurança	Posto de serviço e coordenação	Sistema de registro e pasta do serviço	Prazo aplicável ao documento
Registro nominal de acompanhante e de visitante	Controle de acesso e recepção	Sistema de controle de acesso	Prazo aplicável ao documento
Registro de acesso de prestador, fornecedor e veículo	Controle de acesso	Sistema de controle de acesso	Prazo aplicável ao documento

Registro	Quem produz	Onde fica	Guarda
Autorização e registro de entrada e saída de bem	Área responsável pelo bem e controle de acesso	Pasta do patrimônio e do contrato	Prazo aplicável ao documento
Registro da ronda programada, com pontos e horários	Vigilante patrimonial	Sistema de registro do serviço	Prazo aplicável ao documento
Registro de acesso, visualização e extração de imagem	Operador do sistema e encarregado	Sistema de monitoramento, com trilha de acesso	Prazo aplicável ao documento
Pedido de acesso a imagem e resposta ao titular	Encarregado pelo tratamento de dados	Pasta de proteção de dados	Prazo aplicável ao documento
Escala dos profissionais de controle de acesso e comprovantes do item 8.7.10.3	Prestador, conferido pela fiscalização	Pasta do contrato e da competência	Cinco anos
Comunicação de evento à autoridade competente	Coordenação do serviço	Pasta do serviço, anexa à ocorrência	Prazo aplicável ao documento

Tabela 18.3 — Os nove registros do protocolo, com produtor, local de guarda e prazo.

A guarda por cinco anos alcança a escala e os comprovantes exigidos pelo item 8.7.10.3, que integram os arquivos encaminhados na prestação de contas mensal e seguem o prazo previsto no item 12.30.3. Os demais registros observam o prazo aplicável a cada documento, sem que este protocolo institua prazo mais extenso do que o exigível. A gravação de imagem tem regime próprio, descrito na seção 18.8, porque nela o prazo decorre da conjugação entre a exigência contratual de gravação de longo período e o princípio da necessidade da legislação de proteção de dados, e não de escolha do serviço.

A forma do registro segue a mesma regra para o documento em papel e para o eletrônico. O registro eletrônico observa os requisitos de integridade e de rastreabilidade aplicáveis, com acesso controlado por perfil e trilha de quem consultou o quê — exigência que decorre tanto do item 12.35.24 quanto da natureza dos dados envolvidos. Onde o registro for manuscrito, mantém-se a sequência sem intervalo, sem rasura que impeça a leitura do que se corrigiu e com identificação de quem escreveu. O acesso ao acervo de registros de segurança é limitado às funções que dele precisam, porque o conjunto desses registros permite reconstituir a circulação de pessoas dentro do hospital, e isso, somado, é informação sensível ainda que cada anotação isolada pareça banal.

18.15 Tratamento da não conformidade

Não conformidade, neste protocolo, é qualquer desvio entre o que a regra determina e o que efetivamente ocorreu: posto descoberto sem comunicação, ronda programada não realizada e registrada como realizada, acesso liberado sem registro, prestador em circulação sem identificação visível, bem que sai sem autorização documentada, área restrita acessada sem autorização do responsável, acesso a gravação sem pedido formalizado, ocorrência não registrada no momento e comprovação documental do item 8.7.10.3 apresentada em desacordo com a competência da nota fiscal. Ela é registrada sem procura de culpado e analisada pela

causa no processo, porque a procura pelo responsável produz silêncio, e silêncio produz reincidência.

O tratamento tem quatro momentos e nenhum deles se dispensa. Primeiro, a contenção do efeito imediato: cobrir o posto, recuperar o registro possível, interromper o acesso indevido, comunicar quem precisa saber naquele instante. Segundo, o registro do desvio, com a mesma disciplina do registro de ocorrência, porque desvio não registrado desaparece da série e volta. Terceiro, a análise da causa, que distingue três origens possíveis: falha de desenho, quando a regra é impraticável no ponto concreto; falha de recurso, quando o dispositivo de controle não estava disponível no momento; e falha de execução, quando a regra era praticável e não foi observada. Quarto, a providência correspondente à causa identificada, com responsável e prazo, acompanhada até o desfecho.

Três classes de não conformidade recebem tratamento reforçado, pela consequência que carregam. A primeira é a que envolve acesso indevido a gravação de imagem, que é tratada como possível incidente de proteção de dados e segue, desde o primeiro momento, o rito do Protocolo 10, com preservação da trilha de acesso antes de qualquer normalização do ambiente. A segunda é a que envolve saída de bem sem autorização, que é comunicada à área responsável pelo bem e tratada na forma do Protocolo 6, com apuração da responsabilidade patrimonial. A terceira é a que envolve descumprimento contratual do prestador — posto descoberto, profissional sem a qualificação exigida, documentação do item 8.7.10.3 incompleta —, que é encaminhada à fiscalização do contrato para o tratamento previsto no Protocolo 7.

O que fecha o ciclo é a devolutiva. A não conformidade tratada retorna a quem executa, em linguagem operacional e com o ajuste concreto que dela resultou, e retorna à coordenação como leitura do conjunto. A leitura do conjunto é o que permite distinguir o caso isolado do padrão: três acessos sem registro no mesmo turno e no mesmo ponto raramente são desatenção individual, e quase sempre indicam posto com atribuição incompatível com o movimento daquele horário. Corrigir o desenho nesses casos resolve; insistir na cobrança individual apenas desloca o desvio para o turno seguinte.

18.16 Indicadores e monitoramento

O item 12.12.23 do instrumento contratual determina realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento das obrigações. É esse o dever que esta seção cumpre no campo da segurança: constituir a série de cada dado que descreve o processo, com finalidade declarada, e levá-la à análise periódica. O propósito da mensuração não é produzir número: é permitir comparação entre períodos, entre turnos e entre locais, identificar onde o desenho e a prática se afastam e verificar se as providências adotadas moveram alguma coisa.

Indicador	Fórmula ou dado mensurado	Parâmetro	Origem
Ocorrências de segurança registradas	Ocorrências registradas no período, classificadas por tipo, local e turno	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 12.12.23

Indicador	Fórmula ou dado mensurado	Parâmetro	Origem
Ocorrências com dano ao patrimônio	Ocorrências com dano, furto ou extravio registradas no período, por local e por bem envolvido	Série mensurada e analisada pelo serviço	Itens 8.7.10.1 e 12.12.23
Ocorrências com risco à integridade física	Ocorrências de agressão, ameaça ou tumulto registradas no período, por local e por turno	Série mensurada e analisada pelo serviço	Itens 8.7.10.1 e 12.12.23
Evasão de paciente	Eventos registrados no período, com setor de origem, horário e desfecho de cada um	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 12.12.23
Comprovação documental do serviço contratado	Competências com escala e comprovantes apresentados em conformidade ÷ competências do período × 100	= 100,0%, por decorrência do dever do item 8.7.10.3	Item 8.7.10.3
Resposta a pedido de acesso a imagem	Pedidos respondidos dentro do prazo legal ÷ pedidos recebidos no período × 100	= 100,0%, por decorrência do direito do titular	Item 12.35.24; Lei n.º 13.709/2018
Disponibilidade do sistema de monitoramento	Pontos de captação em operação ÷ pontos instalados, apurado na verificação periódica	Série mensurada e analisada pelo serviço	Item 12.13
Ocorrências convertidas em manifestação de ouvidoria	Manifestações relacionadas a segurança e acesso recebidas no período, por assunto e desfecho	Série mensurada e analisada pelo serviço	Itens 12.22 e 12.30.1

Tabela 18.4 — Os oito indicadores do protocolo, com o dado mensurado, o parâmetro aplicável e a origem contratual ou normativa de cada um.

Seis dos indicadores da tabela correspondem ao dever de monitoramento permanente, e por isso o seu parâmetro é a própria série: o que se acompanha é a evolução no tempo, a diferença entre turnos e locais e o efeito das providências adotadas. Dois são exceção, porque neles o parâmetro decorre de dever expresso e não de escolha do serviço. A comprovação documental do serviço contratado responde ao item 8.7.10.3, que exige a apresentação da escala e dos comprovantes em conformidade com a competência da nota fiscal: competência sem a documentação correspondente é competência cuja regularidade ainda está por demonstrar. A resposta a pedido de acesso a imagem responde ao direito do titular assegurado pela legislação de proteção de dados, cujo prazo é legal — e a diferença entre pedidos recebidos e respondidos no prazo não é percentual abstrato, é a relação de pessoas que exerceram um direito e ainda aguardam.

Cada indicador tem ficha técnica de indicador, que é o instrumento de monitoramento adotado no Plano de Organização Funcional e Operacional. A ficha declara o nome, a finalidade, a fórmula ou o dado mensurado, a fonte, o responsável pela apuração, a periodicidade de apuração e o destino do resultado. A sua função é impedir que o mesmo indicador seja apurado de maneiras diferentes em meses diferentes, o que inutilizaria a comparação — e comparação é justamente a finalidade que dá sentido a toda a mensuração descrita aqui. A ficha do indicador de disponibilidade do sistema de imagem declara expressamente que o dado mede a operação dos pontos existentes, e a sua leitura orienta a manutenção na forma do Protocolo 13.

O resultado sobe pelos três níveis de governança e desce como providência. O nível operacional apura e analisa com quem executa, posto a posto e turno a turno; o nível tático consolida, confronta com a execução contratual do serviço de vigilância e define providência com a Direção Administrativa; o nível estratégico responde pelo conjunto perante a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão, que é a destinatária do resultado consolidado. A análise é feita com as áreas envolvidas, e não isoladamente dentro do serviço de segurança, porque os dados que mais importam — ocorrência com risco à integridade física e evasão de paciente — dependem de atos praticados fora dele, na assistência, na recepção e na comunicação com quem espera.

Os instrumentos de monitoramento deste protocolo são os do Plano de Organização Funcional e Operacional. Cada indicador tem ficha técnica própria, com denominação, finalidade, fórmula, fonte do dado, meta, critérios de inclusão e de exclusão e os responsáveis pela coleta, pela validação e pela análise, mantida no sistema de gestão da qualidade. O resultado não permanece no setor que o produz: alimenta a decisão gerencial, integra o relatório periódico dirigido à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão e, quando se afasta da meta, abre plano de ação com responsável, prazo e verificação de efetividade.

18.17 Revisão, versão e governança do protocolo

Este protocolo é documento vivo e tem governança própria, exercida nos três níveis já descritos. A elaboração e a manutenção são da coordenação do serviço de segurança patrimonial, com validação da Direção Administrativa quanto ao que toca a execução contratada e a prestação de contas, da Direção Assistencial quanto ao que toca a fronteira entre segurança e cuidado e da Direção Técnica quanto ao conjunto. O encarregado pelo tratamento de dados pessoais é ouvido sempre que a alteração alcançar a captação, a guarda ou o acesso à imagem, e a sua manifestação integra o processo de revisão.

A revisão é periódica, e sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique — em especial alteração da legislação de proteção de dados ou de orientação da autoridade nacional aplicável ao monitoramento por imagem; mudança na planta, nos acessos ou nos fluxos da unidade; alteração no regime de execução do serviço contratado de vigilância e de controle de acesso; ampliação ou reconfiguração do sistema de captação de imagem; mudança nos indicadores ou nas metas do contrato de gestão; e achado de fiscalização, de auditoria ou de apuração de ocorrência que revele falha estrutural do processo.

Cada versão registra o que mudou, por que mudou e a partir de quando vale. A distribuição é controlada e a cópia superada é recolhida — protocolo administrativo em duas versões circulando ao mesmo tempo produz divergência de conduta entre turnos, que é exatamente o que a padronização existe para evitar. O treinamento sobre a versão vigente é registrado, e a aderência é acompanhada periodicamente, em rotina definida pelo serviço, com a finalidade de identificar onde o desenho e a prática se afastam. A proposta de alteração pode vir de qualquer função que execute o protocolo, inclusive das equipes do prestador, e a sua análise é registrada mesmo quando a alteração não é acolhida, porque a recusa fundamentada também é memória institucional.

A revisão de que trata esta seção alcança, desde a implantação, o ajuste do protocolo à realidade da unidade e o acolhimento das condutas que o exame do caso concreto tiver indicado como melhores, na forma declarada na primeira seção deste capítulo.

A governança deste protocolo acompanha os três níveis declarados no Plano de Organização Funcional e Operacional. No nível estratégico, a Direção Geral e a Direção Técnica respondem pela execução do contrato de gestão e pelas decisões de maior alcance. No nível tático, as Direções Assistencial, Médica e Administrativa e o Núcleo Interno de Regulação convertem essas decisões em programação de serviços, escalas e planos de ação. No nível operacional, as coordenações e supervisões de setor e as comissões técnicas executam e devolvem informação verificável às instâncias superiores. É esse percurso que fecha o ciclo: a governança decide, a supervisão verifica a execução e o monitoramento mede o resultado, que retorna à governança como base da decisão seguinte.

18.18 Fluxograma

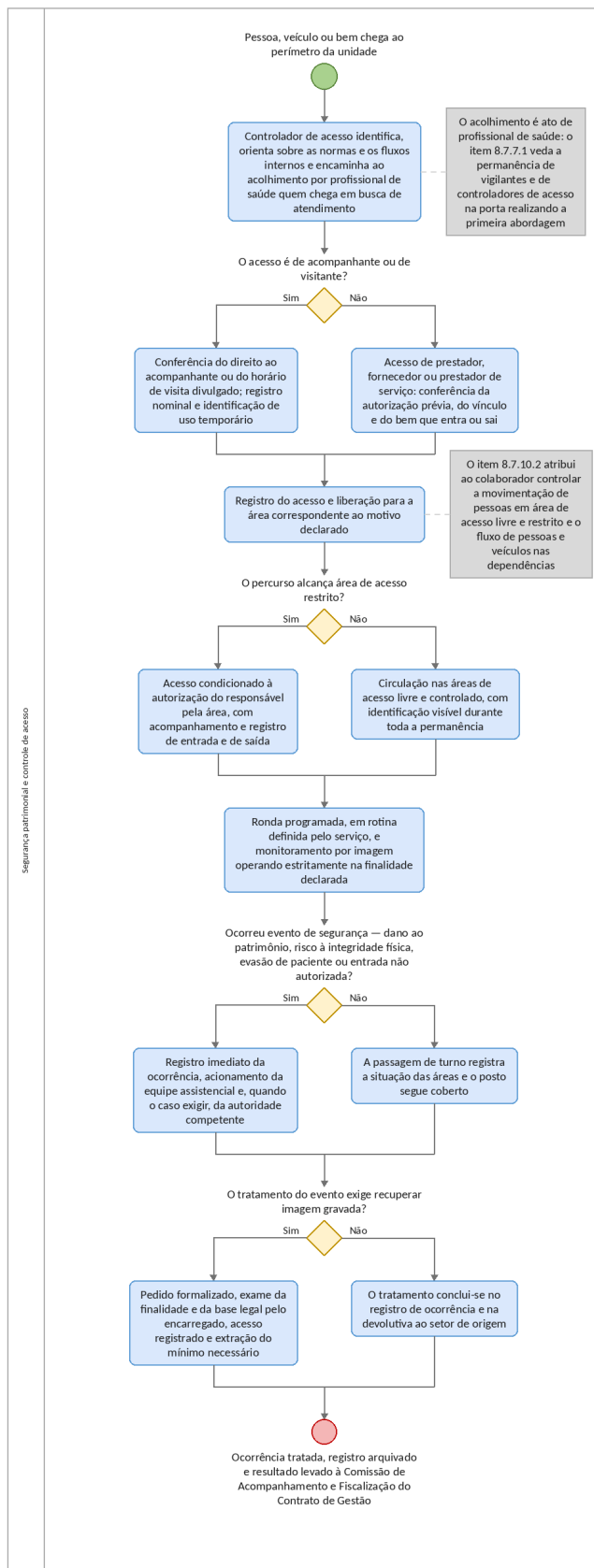
O fluxograma percorre o caminho que vai da chegada de uma pessoa, de um veículo ou de um bem ao perímetro da unidade até o desfecho registrado da ocorrência, e foi desenhado para conter apenas as decisões que efetivamente mudam o percurso. A primeira é a natureza do acesso — acompanhante ou visitante, de um lado; prestador, fornecedor ou prestador de serviço, de outro —, que separa a conferência do direito e do horário da conferência da autorização, do vínculo e do bem transportado. A segunda é o alcance do percurso: se ele atinge área de acesso restrito, o acesso passa a depender de autorização nominal do responsável pela área, com acompanhamento e registro de entrada e de saída; se não atinge, a circulação se dá nas áreas de acesso livre e controlado, com identificação visível.

A terceira decisão é a ocorrência de evento de segurança — dano ao patrimônio, risco à integridade física, evasão de paciente ou entrada não autorizada —, que separa o curso normal do turno do acionamento imediato da equipe assistencial e, quando o caso exigir, da autoridade competente. A quarta é a necessidade de recuperar imagem gravada, que é a bifurcação de maior consequência jurídica do desenho: dela dependem o pedido formalizado, o exame da finalidade e da base legal pelo encarregado, o registro do acesso e a extração do mínimo necessário. Quando o tratamento do evento se conclui sem imagem, ele se encerra no registro de ocorrência e na devolutiva ao setor de origem.

As demais etapas são de tronco porque não comportam alternativa. A identificação com orientação sobre normas e fluxos internos, com encaminhamento ao acolhimento por profissional de saúde de quem chega em busca de atendimento, é condição fixada pelo item 8.7.7.1 e não admite variação de percurso. O registro do acesso com liberação para a área correspondente ao motivo declarado é o ato que produz a evidência de que todo o resto depende. E a ronda programada, em rotina definida pelo serviço, com o monitoramento por imagem operando dentro da finalidade declarada, é a camada permanente sobre a qual as decisões se apoiam. Nenhuma delas abre caminho diferente quando é omitida — apenas compromete o percurso a partir dali. O desenho encerra no encaminhamento do resultado à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão, e cada procedimento operacional

padrão da parte final traz o seu próprio fluxograma, com as bifurcações daquele percurso específico.

Da chegada ao perímetro ao desfecho registrado da ocorrência



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.7.1, 8.7.10.1 a 8.7.10.3 e 12.13; Lei n.º 13.709/2018.

Referências

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Itens 8.6.1.7, 8.7.7.1, 8.7.7.2, 8.7.7.4, 8.7.10.1, 8.7.10.2, 8.7.10.3, 8.7.31.2, 12.12.12, 12.12.22, 12.12.23, 12.13, 12.22, 12.30.1, 12.30.3, 12.35.24 e 26.3.11.4, e Quadro 02. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e seus anexos, em especial o Anexo VII — critérios de julgamento da proposta técnica, item C.2.4. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, em especial os arts. 6º, 7º, 11, 18, 19 e 46. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. Resolução CD/ANPD n.º 15, de 24 de abril de 2024. Aprova o Regulamento de Comunicação de Incidente de Segurança. Brasília, DF: ANPD, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anpd/pt-br>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, em especial o art. 12. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa, em especial o art. 16. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 14.967, de 9 de setembro de 2024. Dispõe sobre a segurança privada e sobre a segurança das instituições financeiras. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14967.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

PARTE FINAL

Procedimentos Operacionais Padrão

O que esta parte contém

Esta parte final integra o presente capítulo e reúne os sete procedimentos operacionais padrão que executam as rotinas estabelecidas nas seções anteriores. A separação entre as duas partes é de natureza, e não de assunto: onde o protocolo diz o que vale e por quê, o procedimento diz como se faz e com o quê. Por isso os procedimentos vêm aqui, ao final do capítulo que os fundamenta, e não em documento apartado — quem consulta a regra encontra no mesmo lugar a sua execução.

Cada procedimento traz a situação que o aciona, o fundamento normativo e a seção do protocolo de que decorre, a sequência de execução em passos numerados, o registro que gera e onde ele é arquivado. Os campos de elaboração, revisão técnica, aprovação e data ficam em branco no quadro de identificação, para preenchimento pelo serviço no momento da implantação. Cada procedimento encerra no seu próprio fluxograma, desenhado com as bifurcações que efetivamente mudam aquele percurso — e não com a repetição do fluxograma do processo, que está na seção 18.18 e descreve o ciclo inteiro do controle.

Código	Procedimento	Seção que o fundamenta
POP-SEG-01	Abertura e cobertura do posto de serviço e passagem de turno	18.3 e 18.4
POP-SEG-02	Controle de acesso de acompanhantes e visitantes	18.5 e 18.7
POP-SEG-03	Controle de acesso de prestadores e de entrada e saída de bens	18.6 e 18.7
POP-SEG-04	Ronda programada e registro no livro de ocorrências	18.4 e 18.10
POP-SEG-05	Operação do sistema de monitoramento por imagem e guarda da gravação	18.8 e 18.9
POP-SEG-06	Atendimento a pedido de acesso a imagem e resposta ao titular	18.9 e 18.14
POP-SEG-07	Conduta diante de ocorrência de segurança e evasão de paciente	18.10 e 18.11

Tabela 18.5 — Os sete procedimentos operacionais padrão e a seção do protocolo de que cada um decorre.

POP-SEG-01. Abertura e cobertura do posto de serviço e passagem de turno

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SEG-01
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 18 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SEG-01.1 Quando usar

- › Na assunção de todo posto de serviço, no início de cada turno.
- › Na substituição temporária do colaborador do posto, por qualquer motivo.
- › No encerramento do turno, para a passagem presencial ao colaborador que assume.
- › Sempre que um posto precisar ser deslocado ou reforçado por evento no ambiente.

POP-SEG-01.2 Fundamento

Item 8.7.10.2 do termo de referência, que atribui ao colaborador controlar a movimentação de pessoas em área de acesso livre e restrito, controlar o fluxo de pessoas e de veículos, prestar informações adequadas ao público e conhecer a rotina e a localização dos setores; item 8.7.10.3, quanto à escala apresentada em conformidade com a competência da nota fiscal. Seções 18.3 e 18.4 do protocolo.

! NÃO ASSUMIR O POSTO SEM CONFERIR ESTES PONTOS

- › Identificação funcional visível e escala do turno conferida com a coordenação do serviço.
- › Leitura conjunta do registro de ocorrências do turno que se encerra, com as pendências em aberto nomeadas.
- › Condição das áreas sob responsabilidade do posto: acessos, fechaduras, iluminação e sinalização.
- › Meios de comunicação do posto testados no início do turno.
- › Situação dos acessos temporários ainda válidos e das identificações emitidas e não devolvidas.
- › Posto que precise ser deixado é comunicado à coordenação antes, e nunca abandonado em silêncio.

POP-SEG-01.3 Sequência de execução

1. Apresentar-se ao posto no horário da escala, com identificação funcional visível.
2. Receber a passagem presencial do colaborador que encerra o turno, no próprio posto.
3. Ler em conjunto o registro de ocorrências do turno anterior e nomear cada pendência em aberto, com o que já foi feito e o que resta fazer.
4. Percorrer as áreas sob responsabilidade do posto e verificar acessos, fechaduras, iluminação, sinalização e condição dos dispositivos de controle.
5. Registrar como ocorrência qualquer achado de condição física e comunicá-lo à manutenção predial, na forma do Protocolo 13.
6. Conferir a relação de identificações temporárias emitidas e ainda não devolvidas, e acompanhar a devolução durante o turno.
7. Testar os meios de comunicação do posto e confirmar o acionamento da coordenação e da chefia assistencial de plantão.
8. Registrar a assunção do posto com data, hora e identificação de quem entrega e de quem recebe.
9. Manter o posto coberto durante todo o turno; havendo necessidade de deslocamento, comunicar previamente a coordenação e registrar o período.
10. Ao encerrar, repetir a passagem presencial e registrar as pendências que seguem em aberto, com o nome de quem as recebe.

Ponto conferido	Onde se verifica	O que a omissão produz
Escala do turno	Coordenação do serviço	Posto descoberto sem que ninguém saiba
Registro do turno anterior	Registro de ocorrências	Pendência que atravessa turnos sem dono
Acessos e fechaduras	Percurso inicial do posto	Área restrita acessível sem controle
Iluminação e sinalização	Percurso inicial do posto	Restrição não sinalizada e ronda prejudicada
Identificações temporárias em aberto	Relação do controle de acesso	Credencial em circulação fora do controle
Meios de comunicação	Teste no início do turno	Acionamento tardio em situação de crise

Tabela POP-SEG-01.1 — O que se confere na assunção do posto e por quê.

✓ O QUE SUSTENTA A COBERTURA DO POSTO
› Passagem presencial no próprio posto, com leitura conjunta do registro.
› Pendência nomeada, e não apenas mencionada — quem recebe repete o que entendeu.
› Achado de condição física registrado como ocorrência, para que gere ordem de serviço.
› Comunicação prévia à coordenação sempre que o posto precisar ser deixado.

✕ O QUE COMPROMETE O TURNO

- › Assumir o posto sem ler o registro do turno anterior.
- › Registrar a verificação das áreas antes de percorrê-las.
- › Encaminhar achado de manutenção apenas verbalmente.
- › Deixar o posto sem comunicação, ainda que por período curto.

POP-SEG-01.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Assunção e encerramento do posto, com data, hora e identificação de quem entrega e recebe.
- › Registro de ocorrências do turno, com as pendências em aberto.
- › Achados de condição física comunicados à manutenção predial.
- › Relação de identificações temporárias emitidas, devolvidas e pendentes.

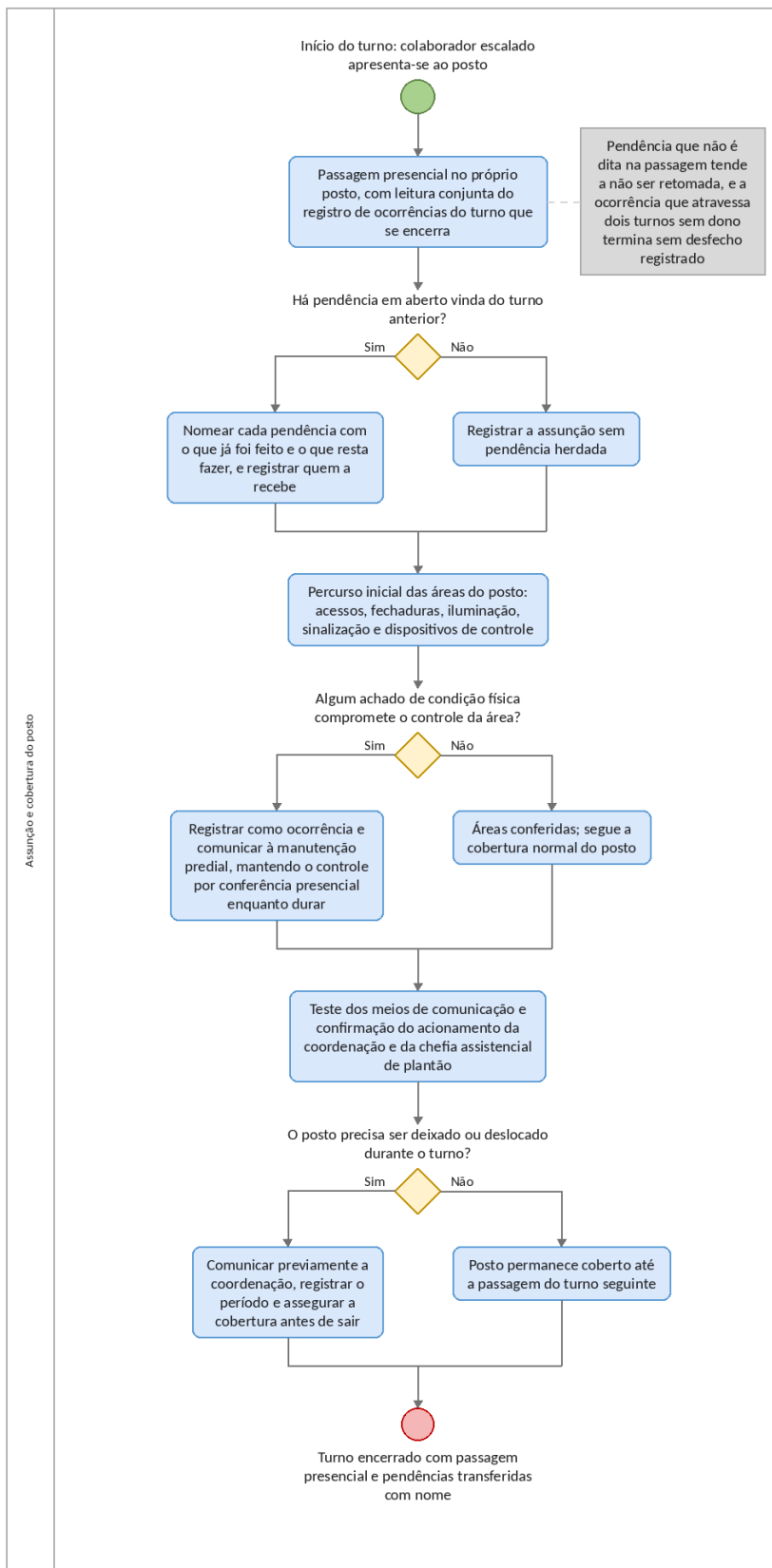
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Passagem é presencial	No próprio posto, com leitura conjunta do registro do turno.
Pendência tem dono	O que atravessa o turno é transferido com nome de quem recebe.
Achado vira registro	Condição física comunicada verbalmente não entra em fila nenhuma.
Posto coberto	Deslocamento é comunicado antes e registrado com o período.
Escala comprova	A documentação do item 8.7.10.3 acompanha a competência da nota fiscal.

POP-SEG-01.5 Fluxograma

O fluxograma da assunção do posto tem três bifurcações que mudam o percurso: a existência de pendência herdada, que exige nomeá-la com dono antes de qualquer outra coisa; o achado de condição física que comprometa o controle da área, que antepõe o registro e a comunicação à manutenção e mantém o controle por conferência presencial enquanto durar; e a necessidade de deixar ou deslocar o posto durante o turno, que exige comunicação prévia e cobertura assegurada.

POP-SEG-01 — Abertura e cobertura do posto e passagem de turno



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.10.2 e 8.7.10.3.

POP-SEG-02. Controle de acesso de acompanhantes e visitantes

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SEG-02
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 18 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SEG-02.1 Quando usar

- › Na chegada de acompanhante de paciente internado ou em observação.
- › Na chegada de visitante, dentro do horário de visita divulgado pela unidade.
- › Na substituição de acompanhante, a qualquer tempo.
- › Na solicitação de acesso fora do horário de visita, por motivo relevante.

POP-SEG-02.2 Fundamento

Item 12.12.12 do termo de referência, quanto à visita ampliada e ao direito ao acompanhante nos casos previstos em lei; item 26.3.11.4, quanto ao relatório estatístico de garantia de acompanhante; item 8.7.7.1, que reserva o acolhimento ao profissional de saúde. Art. 12 da Lei n.º 8.069, de 1990, art. 16 da Lei n.º 10.741, de 2003, Lei n.º 11.108, de 2005, e Lei n.º 13.146, de 2015, como normas vigentes aplicáveis. Seções 18.5 e 18.7 do protocolo.

! O ACESSO DO ACOMPANHANTE É DIREITO, E O CONTROLE REGISTRA E LIBERA

- › Criança ou adolescente internado: permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, na forma do art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente.
- › Pessoa idosa internada ou em observação: direito a acompanhante, na forma do art. 16 do Estatuto da Pessoa Idosa.
- › Parturiente: presença de acompanhante de sua indicação, na forma da Lei n.º 11.108, de 2005.
- › Pessoa com deficiência: acompanhamento e atendimento prioritário, na forma da Lei Brasileira de Inclusão.

! O ACESSO DO ACOMPANHANTE É DIREITO, E O CONTROLE REGISTRA E LIBERA

- › Eventual restrição é decisão assistencial fundamentada e registrada em prontuário, jamais decisão tomada na porta.
- › O impedimento sem fundamentação registrada equivale, para efeito de comprovação, a direito não garantido.

POP-SEG-02.3 Sequência de execução

1. Receber a pessoa, identificar-se e perguntar o que ela procura, com a cortesia que a atribuição de prestar informação adequada ao público supõe.
2. Verificar se a pessoa chega em busca de atendimento para si; em caso positivo, encaminhá-la ao acolhimento por profissional de saúde e encerrar aqui a atuação do controle de acesso.
3. Identificar a condição declarada: acompanhante de paciente internado ou em observação, ou visitante.
4. Tratando-se de acompanhante, conferir o paciente, o setor e o vínculo declarado junto à recepção ou à equipe do setor, na forma do Protocolo 3.
5. Verificar se a hipótese é de direito assegurado em lei; sendo, registrar e liberar, sem condicionar o acesso a autorização de porta.
6. Havendo restrição, confirmar com a equipe assistencial do setor se ela está fundamentada e registrada, e orientar a pessoa sobre o encaminhamento.
7. Tratando-se de visitante, conferir o horário de visita divulgado e o setor de destino.
8. Registrar de forma nominal a identificação, o vínculo com o usuário, o setor de destino e o horário de entrada.
9. Emitir identificação de uso temporário, orientar sobre o uso visível durante toda a permanência e entregar ou indicar o Manual do Acompanhante.
10. Orientar sobre o percurso, as áreas de circulação permitida e as regras do setor de destino.
11. Registrar a substituição de acompanhante com quem sai, quem entra e o horário.
12. Registrar a saída e recolher a identificação temporária; identificação não devolvida é registrada como ocorrência.
13. Pedido de acesso fora do horário de visita é encaminhado à decisão da equipe assistencial ou da direção de plantão, e o resultado é registrado com o nome de quem autorizou.

Situação	Norma vigente aplicável	Conduta do controle de acesso
Criança ou adolescente internado	Art. 12 da Lei n.º 8.069, de 1990	Registrar e liberar a permanência de um dos pais ou responsável

Situação	Norma vigente aplicável	Conduta do controle de acesso
Pessoa idosa internada ou em observação	Art. 16 da Lei n.º 10.741, de 2003	Registrar e liberar o acompanhante indicado
Parturiente	Lei n.º 11.108, de 2005	Registrar e liberar o acompanhante de sua indicação
Pessoa com deficiência	Lei n.º 13.146, de 2015	Registrar e liberar o acompanhamento, com atendimento prioritário
Demais casos de visita ampliada	Item 12.12.12 do termo de referência	Observar o dispositivo de visita ampliada adotado pela unidade

Tabela POP-SEG-02.1 — Hipóteses de acompanhante asseguradas por norma vigente.

✓ O QUE SUSTENTA O ACESSO CORRETO
› Perguntar antes de exigir — a maior parte dos casos é de pessoa que procura orientação.
› Registro nominal com vínculo, setor e horário, feito no momento da entrada.
› Identificação temporária visível durante toda a permanência e recolhida na saída.
› Restrição sempre remetida a quem tem competência assistencial para decidi-la.

✗ O QUE NÃO SE FAZ NA PORTA
› Realizar a primeira abordagem de quem chega em busca de atendimento.
› Negar acesso de acompanhante em hipótese assegurada por lei.
› Liberar acesso sem registro nominal por se tratar de pessoa conhecida.
› Encerrar o turno com identificações temporárias em aberto e sem registro.

POP-SEG-02.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro nominal de acompanhante e de visitante, com vínculo, setor, entrada e saída.
- › Registro das substituições de acompanhante, com horário.
- › Identificações temporárias emitidas, devolvidas e pendentes.
- › Autorização de acesso em situação de exceção, com o nome de quem autorizou.
- › Ocorrência registrada quando houver restrição, conflito ou identificação não devolvida.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Acolhimento é do profissional de saúde	O item 8.7.7.1 veda a primeira abordagem na porta.
Acompanhante entra por direito	As hipóteses legais se registram e se liberam.
Restrição é assistencial	Fundamentada e registrada em prontuário, nunca decidida na porta.
Registro nominal	Identificação, vínculo, setor e horário, no momento da entrada.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

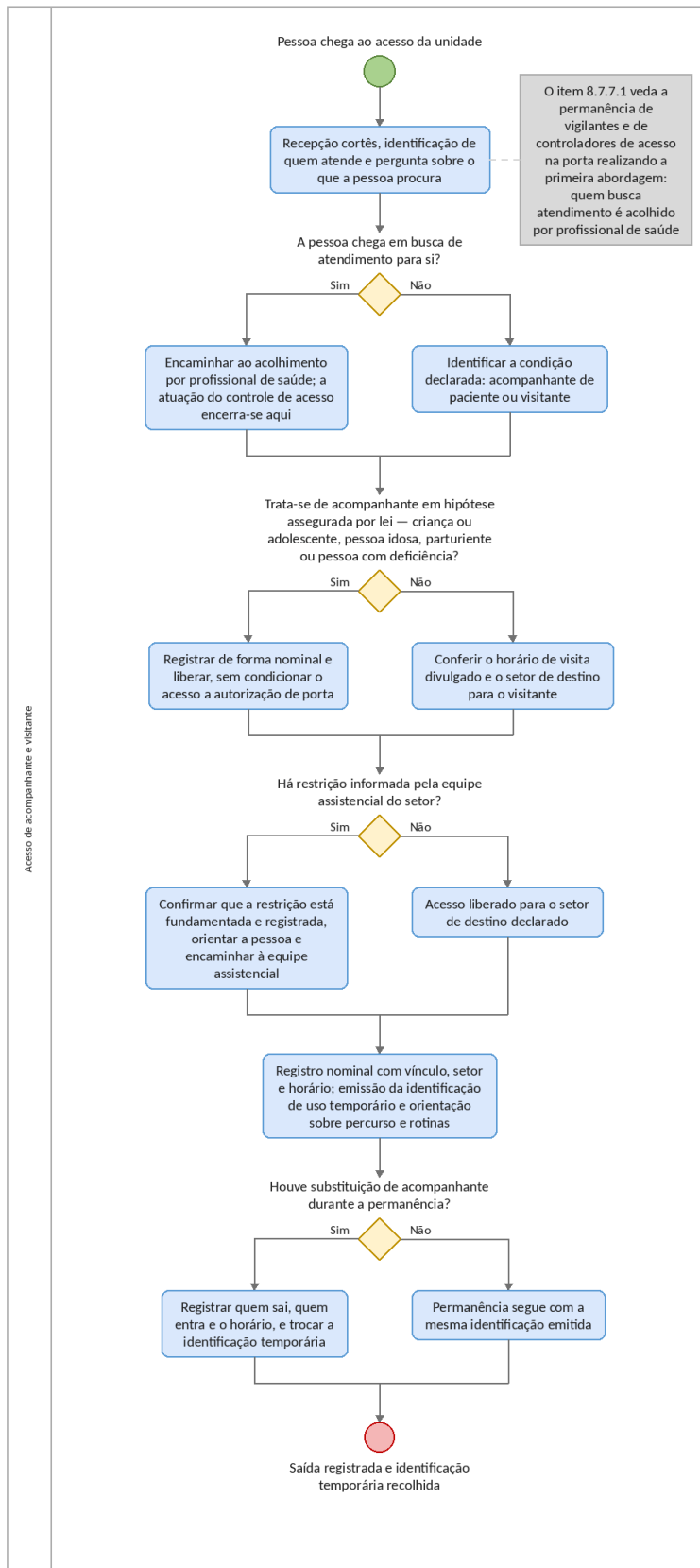
Credencial volta

Identificação temporária não devolvida é ocorrência a registrar.

POP-SEG-02.5 Fluxograma

O fluxograma do acesso de acompanhante e visitante começa pela decisão que o item 8.7.7.1 determina: se a pessoa chega em busca de atendimento, o percurso do controle de acesso encerra-se no encaminhamento ao acolhimento por profissional de saúde. As demais bifurcações são a hipótese de direito assegurado em lei, que faz o acesso ser registrado e liberado; a existência de restrição assistencial fundamentada; e a substituição de acompanhante durante a permanência.

POP-SEG-02 — Controle de acesso de acompanhantes e visitantes



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.7.1, 12.12.12 e 26.3.11.4; Lei n.º 8.069/1990, art. 12; Lei n.º 10.741/2003, art. 16; Lei n.º 11.108/2005.

POP-SEG-03. Controle de acesso de prestadores e de entrada e saída de bens

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SEG-03
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 18 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SEG-03.1 Quando usar

- › Na chegada de prestador de serviço, técnico, fornecedor ou entregador.
- › Na entrada de bem para instalação, teste, comodato, empréstimo ou reparo.
- › Na saída de bem para manutenção externa, devolução a fornecedor ou remanejamento.
- › Na entrada de veículo de carga, de coleta ou de prestador nas vias de serviço.

POP-SEG-03.2 Fundamento

Item 8.7.10.2 do termo de referência, que atribui ao colaborador controlar o fluxo de pessoas e de veículos nas dependências e áreas da instituição; item 8.7.31.2 e Quadro 02, quanto à emissão e fiscalização de crachás e autorizações de acesso e ao registro da entrada e da saída de pessoas e veículos. Seções 18.6 e 18.7 do protocolo.

! NENHUM BEM SAI SEM AUTORIZAÇÃO DOCUMENTADA DA ÁREA RESPONSÁVEL

- › A autorização identifica o bem, o motivo da saída, o destino e o responsável que a emitiu.
- › A conferência na porta é entre o documento apresentado e o item que efetivamente passa.
- › Divergência entre o documento e o bem interrompe a saída e gera ocorrência imediata.
- › Bem que entra para instalação, teste, comodato ou reparo é registrado na entrada, com número de série quando houver.
- › A incorporação e a baixa patrimonial seguem o Protocolo 6; o recebimento de insumos segue o Protocolo 5.
- › Crachá temporário não devolvido é credencial em circulação fora do controle da unidade.

POP-SEG-03.3 Sequência de execução

1. Identificar a pessoa contra documento e registrar a identificação.
2. Conferir o vínculo declarado: empresa, contrato e constância na relação apresentada pelo prestador.
3. Conferir a autorização prévia: setor solicitante, serviço a executar, área de destino e período autorizado.
4. Registrar o que entra com a pessoa: ferramenta, equipamento, material e volume, com identificação e número de série quando houver.
5. Emitir identificação de uso temporário com validade limitada ao período autorizado e orientar sobre o uso visível durante toda a permanência.
6. Registrar a entrada com horário e liberar o acesso apenas para a área correspondente ao serviço autorizado.
7. Tratando-se de área de acesso restrito, acionar o responsável pela área para a autorização nominal e o acompanhamento, na forma da seção 18.7.
8. Tratando-se de entrega de insumos ou materiais, direcionar ao ponto de recebimento, onde a conferência técnica é feita pelo almoxarifado, na forma do Protocolo 5.
9. Na saída, conferir a autorização documentada de cada bem que deixa a unidade contra o item que efetivamente passa pela porta.
10. Havendo divergência entre o documento e o bem, reter a saída, comunicar de imediato a coordenação e a área responsável pelo bem, e registrar a ocorrência.
11. Registrar a saída da pessoa com horário e recolher a identificação temporária.
12. Encaminhar à área responsável, ao fim do turno, a relação de bens que entraram e saíram, para conciliação patrimonial na forma do Protocolo 6.

Elemento	O que se confere	Erro que evita
Identificação pessoal	Documento apresentado e registro do nome	Acesso de pessoa diversa da autorizada
Vínculo	Empresa, contrato e relação apresentada pelo prestador	Circulação de pessoa sem responsável contratual
Autorização	Setor solicitante, serviço, área e período	Permanência além do escopo e do prazo autorizados
Bem transportado	O que entra e o que se pretende retirar	Saída de bem sem autorização da área responsável

Tabela POP-SEG-03.1 — Os quatro elementos conferidos no acesso de prestador.

✓ O QUE SUSTENTA O CONTROLE DO PRESTADOR

- › Autorização prévia sempre, emitida por quem responde pela demanda dentro da unidade.
- › Identificação temporária com validade limitada ao período e visível durante a permanência.
- › Registro do bem na entrada, com número de série quando houver.
- › Conferência da saída entre o documento e o item que efetivamente passa.

✗ O QUE ABRE BRECHA PATRIMONIAL

- › Liberar acesso pela familiaridade com o prestador, sem conferir a autorização do período.
- › Registrar a entrada do bem apenas pela descrição verbal de quem o traz.
- › Autorizar a saída de bem com base em mensagem informal, sem documento da área responsável.
- › Encerrar o turno sem conciliar as identificações temporárias emitidas.

POP-SEG-03.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro de acesso de prestador, fornecedor e veículo, com entrada, saída e área autorizada.
- › Registro de entrada de bem, com identificação, número de série e responsável pelo recebimento.
- › Autorização documentada de saída de bem e o registro da conferência realizada na porta.
- › Ocorrência registrada em caso de divergência, retenção ou credencial não devolvida.

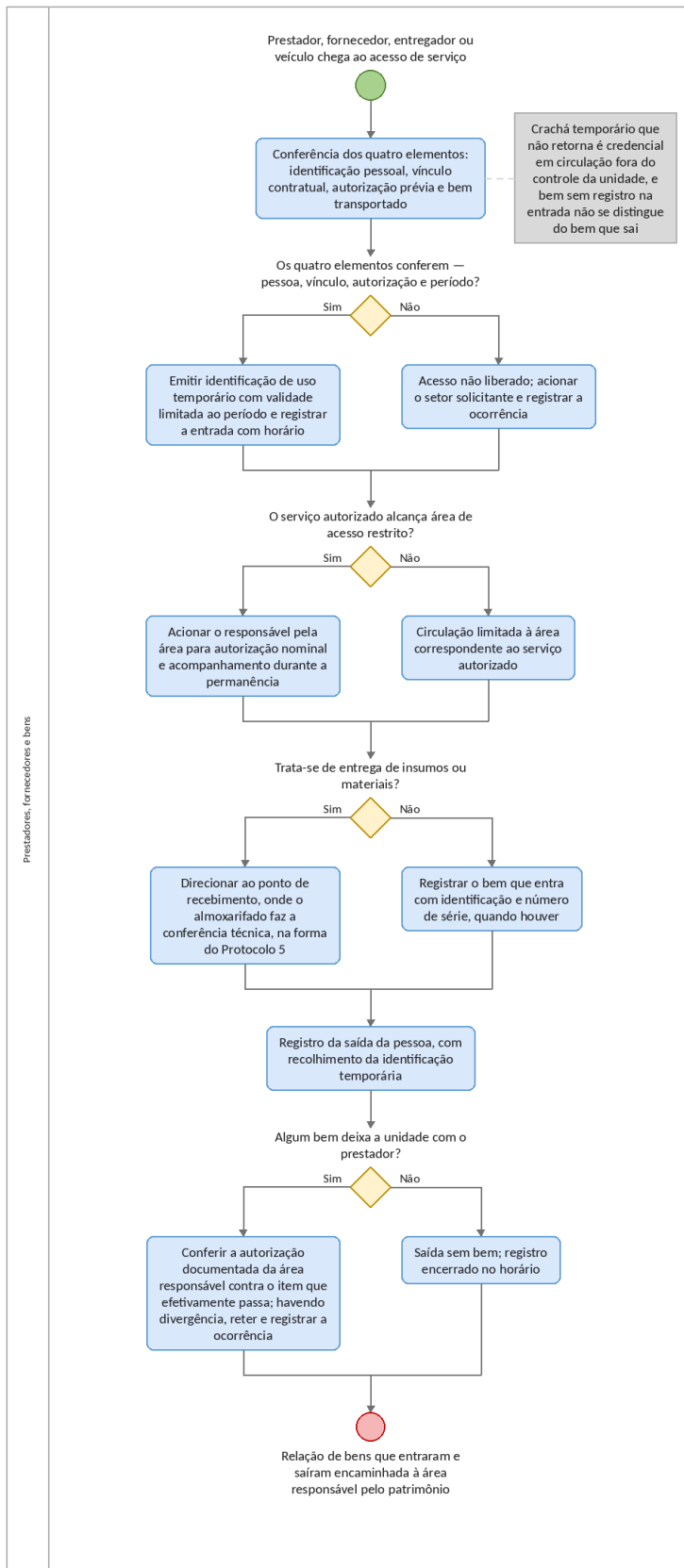
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Prestador entra autorizado	Autorização prévia de quem responde pela demanda na unidade.
Quatro conferências	Identificação, vínculo, autorização e bem transportado.
Bem que sai tem documento	A conferência é entre o documento e o item que passa.
Crachá tem prazo	Validade limitada ao período autorizado e devolução na saída.
Conciliação ao fim do turno	A relação de bens vai à área responsável pelo patrimônio.

POP-SEG-03.5 Fluxograma

O fluxograma do acesso de prestador organiza-se em torno da conferência dos quatro elementos e das quatro decisões que dela decorrem: se os quatro conferem, o que separa a emissão da credencial temporária da recusa registrada; se o serviço alcança área restrita, o que aciona a autorização nominal do responsável; se a chegada é de insumos, o que a direciona ao ponto de recebimento; e se algum bem deixa a unidade, que é a bifurcação de maior consequência patrimonial.

POP-SEG-03 — Acesso de prestadores e entrada e saída de bens



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.10.2 e 8.7.31.2, Quadro 02.

POP-SEG-04. Ronda programada e registro no livro de ocorrências

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SEG-04
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 18 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SEG-04.1 Quando usar

- › Na execução da ronda programada, conforme o roteiro e a rotina definidos pelo serviço.
- › Sempre que a coordenação determinar verificação extraordinária de uma área.
- › Após ocorrência que exija confirmar a condição de acessos e áreas de guarda.
- › Antes e depois de evento que altere o fluxo habitual da unidade.

POP-SEG-04.2 Fundamento

Item 8.7.10.1 do termo de referência, quanto ao objetivo de prevenir perdas causadas por fatores externos, assegurar a integridade dos ambientes e das pessoas e preservar o patrimônio material hospitalar; item 8.7.10.2, quanto ao controle da movimentação de pessoas em área de acesso livre e restrito. Seções 18.4 e 18.10 do protocolo.

! A RONDA SÓ EXISTE COM REGISTRO DO PERCURSO EFETIVO

- › O horário anotado é o da passagem efetiva por cada ponto, e nunca o previsto no roteiro.
- › Registra-se o que foi encontrado, inclusive quando nada de anormal se verificou.
- › Achado de condição física gera ocorrência e comunicação à manutenção predial, para que gere ordem de serviço.
- › Situação que envolva pessoa é comunicada de imediato, e a ronda não a substitui por anotação posterior.
- › Ronda registrada como realizada sem ter sido percorrida é não conformidade tratada na forma da seção 18.15.

POP-SEG-04.3 Sequência de execução

1. Receber da coordenação o roteiro da ronda e os pontos de verificação do percurso.
2. Verificar os meios de comunicação antes de iniciar e confirmar o acionamento da coordenação.
3. Percorrer o roteiro na sequência programada, anotando o horário efetivo de passagem por cada ponto de verificação.
4. Verificar em cada ponto a condição dos acessos, das fechaduras, da iluminação, da sinalização e dos dispositivos de controle.
5. Verificar a integridade das áreas de guarda de bens e das áreas de acesso restrito no percurso, sem ingressar em área assistencial em atividade sem necessidade.
6. Observar a circulação de pessoas e orientar quem estiver desorientado, com a cortesia que a atribuição de prestar informação adequada supõe.
7. Comunicar de imediato à coordenação e, quando envolver assistência em curso, à chefia assistencial de plantão, qualquer situação que envolva pessoa.
8. Registrar no livro de ocorrências o que foi encontrado em cada ponto, com data, hora, local exato e descrição objetiva.
9. Registrar como ocorrência o achado de condição física e comunicá-lo à manutenção predial, na forma do Protocolo 13.
10. Encerrar a ronda com o registro do horário de término e a indicação das pendências que seguem para o turno.
11. Entregar o registro à coordenação, que consolida os achados para a leitura por local e por turno da seção 18.16.

Ponto de verificação	O que se observa	Encaminhamento do achado
Acessos e portas de serviço	Fechamento, tranca e sinal de violação	Ocorrência e comunicação à manutenção predial
Iluminação de circulação e perímetro	Pontos apagados ou intermitentes	Ocorrência e ordem de serviço
Sinalização de área restrita	Presença e legibilidade da sinalização	Ocorrência e reposição pela área responsável
Áreas de guarda de bens	Integridade do fechamento e do conteúdo aparente	Comunicação imediata à coordenação e à área responsável
Dispositivos de controle de acesso	Funcionamento e alimentação	Ocorrência, com controle mantido por conferência presencial
Circulação de pessoas	Identificação visível e orientação necessária	Orientação no local; ocorrência se a situação persistir

Tabela POP-SEG-04.1 — O que se verifica em cada ponto da ronda.

✓ O QUE SUSTENTA A RONDA

- › Horário efetivo de passagem anotado no ponto, e não ao fim do percurso.
- › Registro do que se encontrou, inclusive quando nada de anormal se verificou.
- › Achado de condição física convertido em ocorrência, para gerar ordem de serviço.
- › Comunicação imediata de qualquer situação que envolva pessoa.

✗ O QUE ESVAZIA A RONDA

- › Anotar o horário previsto do roteiro em lugar do horário efetivo.
- › Deixar de registrar o percurso por não ter havido achado.
- › Ingressar em área assistencial em atividade sem necessidade.
- › Substituir a comunicação imediata de situação com pessoa por anotação posterior.

POP-SEG-04.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro da ronda, com pontos de verificação, horários efetivos e achados.
- › Livro de ocorrências do serviço, com os eventos do percurso.
- › Comunicações à manutenção predial e à coordenação, com horário.
- › Pendências transferidas ao turno seguinte na passagem do posto.

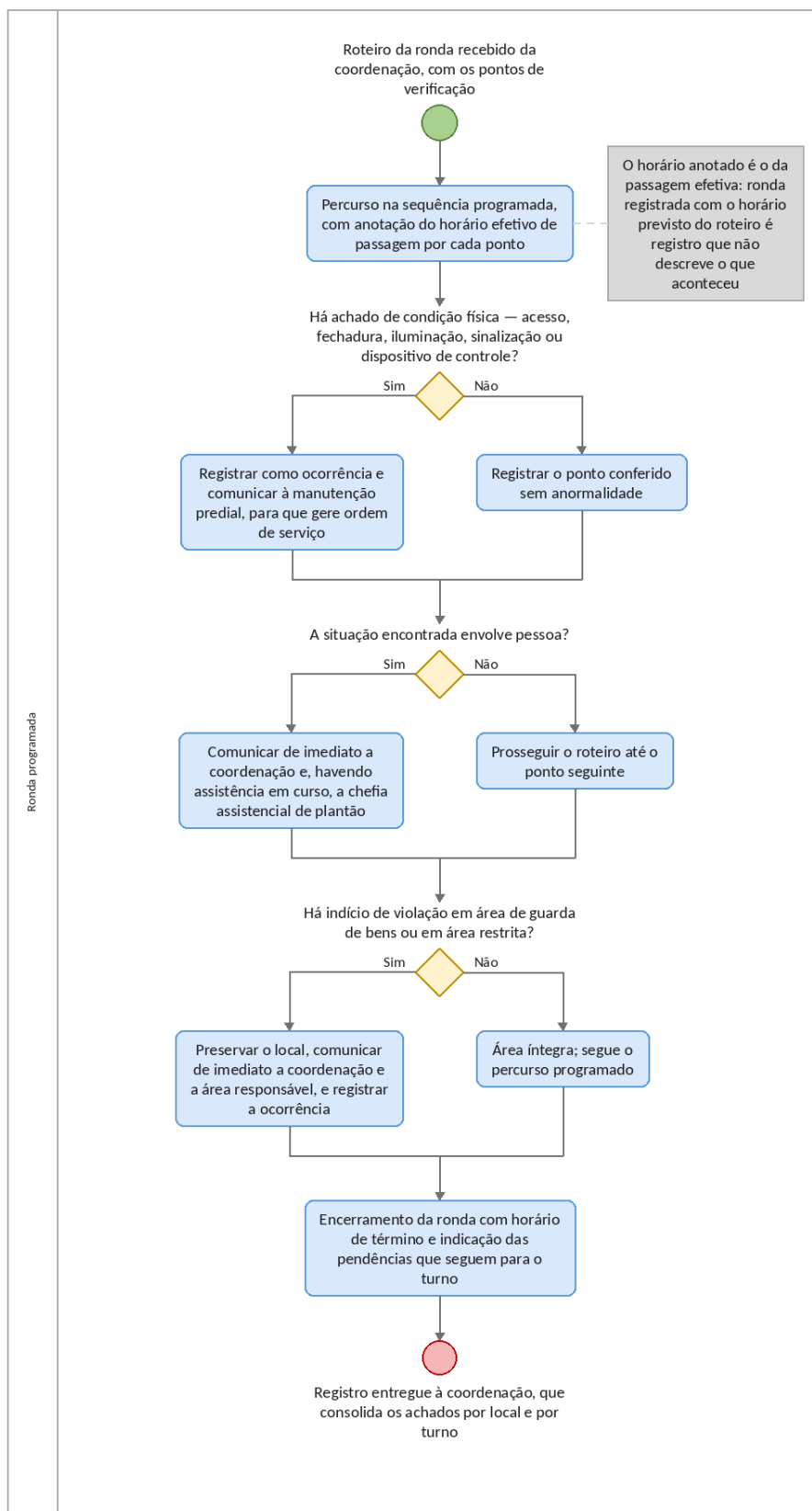
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Ronda é programada	Roteiro e rotina definidos pelo serviço, com pontos de verificação.
Horário é o efetivo	Anotado na passagem, nunca reconstituído ao fim do percurso.
Sem achado também se registra	A ausência de anormalidade é dado da série.
Achado vira ordem de serviço	A comunicação escrita é o que faz a manutenção acontecer.
Pessoa envolvida, comunicação imediata	A anotação posterior não substitui o acionamento.

POP-SEG-04.5 Fluxograma

O fluxograma da ronda tem três bifurcações, e todas mudam o encaminhamento do achado: a condição física comprometida, que gera ocorrência e ordem de serviço; a situação que envolve pessoa, que antepõe a comunicação imediata ao prosseguimento do roteiro; e o indício de violação em área de guarda ou restrita, que exige preservar o local antes de qualquer outra providência.

POP-SEG-04 — Ronda programada e registro no livro de ocorrências



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.10.1 e 8.7.10.2.

POP-SEG-05. Operação do sistema de monitoramento por imagem e guarda da gravação

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SEG-05
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 18 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SEG-05.1 Quando usar

- › Na operação corrente do sistema de monitoramento, em tempo real.
- › Na verificação periódica do funcionamento dos pontos de captação e do armazenamento.
- › Na instalação, no remanejamento ou na alteração de enquadramento de ponto de captação.
- › Na concessão, na revisão e na revogação de credencial de acesso ao sistema.

POP-SEG-05.2 Fundamento

Item 12.13 do termo de referência, que inclui entre os serviços a fornecer os sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo de longo período; item 8.7.10.1, que declara a finalidade da segurança patrimonial; item 12.35.24, que impõe protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso no tratamento de dados pessoais e sensíveis. Lei n.º 13.709, de 2018, arts. 6º, 7º, 11 e 46, como norma vigente aplicável. Seções 18.8 e 18.9 do protocolo.

! O SISTEMA OPERA DENTRO DA FINALIDADE DECLARADA, E SÓ DENTRO DELA

- › A finalidade é a do item 8.7.10.1: prevenir perdas por fatores externos, assegurar a integridade dos ambientes e das pessoas e preservar o patrimônio material hospitalar.
- › A captação alcança circulações, acessos, perímetro, vias de serviço e pontos de guarda de bens.
- › A captação não alcança leito, sala de exame, sala de procedimento, sanitário, vestiário nem ambiente destinado à comunicação de notícia difícil.
- › Enquadramento que confine com ambiente desses é ajustado para excluí-lo do campo de visão, e o ajuste é documentado.

! O SISTEMA OPERA DENTRO DA FINALIDADE DECLARADA, E SÓ DENTRO DELA

- › O acompanhamento do desempenho do trabalhador está fora do objeto do sistema; o seu uso para essa finalidade seria desvio de finalidade.
- › A sala de monitoramento é área de acesso restrito, com credencial pessoal e intransferível.

POP-SEG-05.3 Sequência de execução

1. Assumir a operação com credencial pessoal, registrando o início e o término do período de operação.
2. Conferir, no início do período, o funcionamento dos pontos de captação e a continuidade do armazenamento.
3. Registrar como ocorrência todo ponto de captação inoperante e comunicá-lo à manutenção e à área de tecnologia da informação, na forma dos Protocolos 13 e 10.
4. Operar a visualização em tempo real estritamente na finalidade declarada, apoiando os postos e a resposta a evento de segurança.
5. Comunicar de imediato à coordenação e, quando envolver assistência em curso, à chefia assistencial de plantão, o evento observado em tempo real.
6. Conferir a sinalização ostensiva das áreas monitoradas e registrar como ocorrência a sinalização ausente, ilegível ou desatualizada.
7. Manter atualizada a relação dos pontos de captação, com localização, enquadramento e finalidade de cada um.
8. Submeter ao encarregado pelo tratamento de dados pessoais toda instalação, remanejamento ou alteração de enquadramento antes da execução.
9. Registrar toda visualização de imagem armazenada e toda extração de segmento, com identificação, data, hora, período alcançado e motivo.
10. Conferir periodicamente as credenciais ativas contra as funções designadas e solicitar a revogação das que já não correspondam, acompanhando a movimentação de pessoal.
11. Confirmar que a rotina de eliminação da gravação opera ao término do período de conservação, e registrar a verificação.
12. Preservar em separado, identificado e com prazo ligado ao desfecho, o segmento cuja conservação seja necessária a apuração, processo ou requisição de autoridade em curso.

Etapa	O que se faz	Controle aplicável
Captação	Registro das áreas de circulação, acesso, perímetro e guarda de bens	Finalidade do item 8.7.10.1 e princípio da necessidade

Etapa	O que se faz	Controle aplicável
Enquadramento	Exclusão do campo de visão de ambiente de expectativa de privacidade	Documentação do ajuste e exame do encarregado
Informação ao público	Sinalização ostensiva com finalidade e canal de direitos	Princípio da transparência
Armazenamento	Gravação de longo período, com integridade e acesso por perfil	Item 12.13 e art. 46 da Lei n.º 13.709, de 2018
Acesso à gravação	Pedido formalizado, base legal e registro de toda visualização	Item 12.35.24 e seção 18.9
Conservação e eliminação	Período necessário à finalidade e prazo exigível em apuração	Princípio da necessidade e término do tratamento

Tabela POP-SEG-05.1 — O ciclo da imagem, da captação à eliminação.

✓ O QUE MANTÉM O SISTEMA LEGÍTIMO

- › Finalidade declarada e sinalização ostensiva das áreas monitoradas.
- › Enquadramento ajustado para excluir ambiente de expectativa de privacidade, com registro.
- › Credencial pessoal e intransferível, revista quando a função muda.
- › Registro de toda visualização e de toda extração de gravação.

✗ O QUE DESVIRTUA O SISTEMA

- › Usar a imagem para acompanhar desempenho ou conduta funcional de trabalhador.
- › Instalar ou remanejar ponto de captação sem exame prévio do encarregado.
- › Compartilhar credencial de acesso ao sistema entre colaboradores.
- › Visualizar imagem armazenada sem pedido formalizado e sem registro do acesso.

POP-SEG-05.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Registro de operação do sistema, com início e término de cada período e identificação do operador.
- › Trilha de acesso, visualização e extração de gravação.
- › Relação atualizada dos pontos de captação, com localização, enquadramento e finalidade.
- › Ocorrências de ponto inoperante, de sinalização irregular e de falha de armazenamento.
- › Verificação da rotina de eliminação ao término do período de conservação.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Finalidade delimita tudo	O objeto é o do item 8.7.10.1, e nada além dele.
Privacidade define o campo	Leito, exame, procedimento, sanitário e vestiário ficam fora.
Transparência é condição	Sinalização ostensiva com finalidade e canal de direitos.

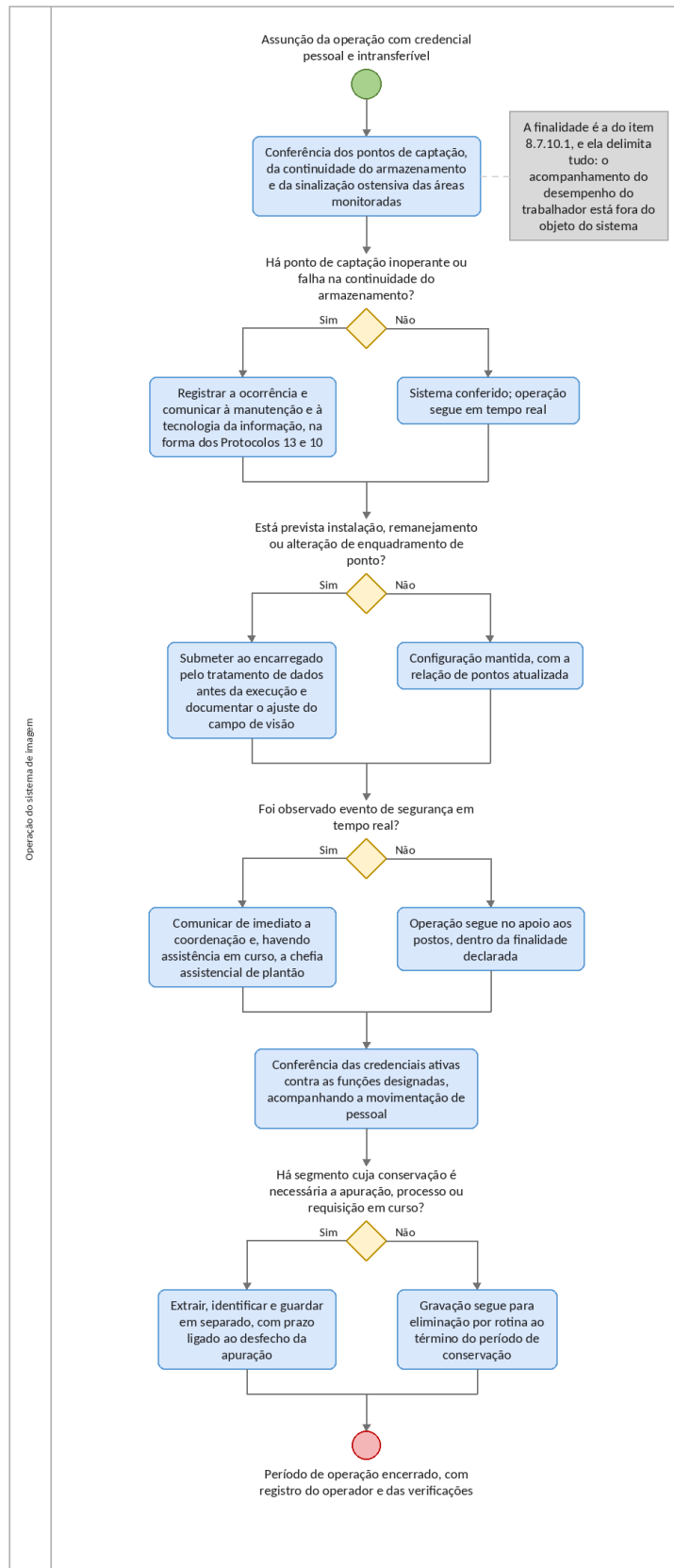
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO

Acesso deixa trilha	Toda visualização e extração ficam registradas com motivo.
Guarda tem termo	Período necessário à finalidade e prazo exigível em apuração em curso.

POP-SEG-05.5 Fluxograma

O fluxograma da operação do sistema de imagem mostra as quatro decisões que a organizam: a falha de captação ou de armazenamento, que gera ocorrência e acionamento da manutenção e da tecnologia da informação; a alteração de ponto ou de enquadramento, que depende de exame prévio do encarregado; o evento observado em tempo real, que aciona a coordenação e a chefia assistencial; e a existência de segmento necessário a apuração em curso, que o separa da eliminação por rotina.

POP-SEG-05 — Operação do monitoramento por imagem e guarda da gravação



Referência: Termo de Referência HGNI, itens 8.7.10.1, 12.13 e 12.35.24; Lei n.º 13.709/2018, arts. 6º, 7º, 11 e 46.

POP-SEG-06. Atendimento a pedido de acesso a imagem e resposta ao titular

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SEG-06
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 18 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SEG-06.1 Quando usar

- › Ao receber pedido do titular sobre imagem em que ele apareça.
- › Ao receber pedido de setor da unidade para apuração de ocorrência registrada.
- › Ao receber requisição de autoridade, de órgão de controle ou de terceiro.
- › Ao identificar indício de acesso indevido à gravação ou de extração não registrada.

POP-SEG-06.2 Fundamento

Item 12.35.24 do termo de referência, que determina que todo o tratamento de dados pessoais e sensíveis dos usuários observe rigorosamente a Lei n.º 13.709, de 2018, implementando protocolos de segurança, sigilo e controle de acesso. Arts. 7º, 11, 18, 19 e 46 daquela lei, como norma vigente aplicável. Seções 18.9 e 18.14 do protocolo.

! NENHUMA IMAGEM SAI SEM ESTES QUATRO EXAMES

- › Quem pede: titular, representante com legitimidade comprovada, setor da unidade, autoridade ou terceiro.
- › Para que pede: finalidade declarada por escrito, confrontada com a finalidade da captação.
- › Com que base: hipótese do art. 7º e, quando a imagem revelar dado referente à saúde, também do art. 11 da Lei n.º 13.709, de 2018.
- › Quanto se entrega: o segmento estritamente correspondente ao fato, no intervalo necessário, com preservação da imagem de terceiros pelos meios técnicos disponíveis.
- › Pedido de terceiro, de autoridade ou de órgão de controle que alcance imagem de paciente é submetido ao encarregado antes de qualquer fornecimento.
- › Extração feita sem registro do acesso é tratada como possível incidente de proteção de dados.

POP-SEG-06.3 Sequência de execução

1. Receber o pedido pelo canal declarado e registrá-lo com data, hora, requerente e conteúdo.
2. Identificar o requerente e, tratando-se de representante, verificar a legitimidade da representação.
3. Registrar a finalidade declarada, o fato a que o pedido se refere, o local e o intervalo de tempo pretendido.
4. Encaminhar o pedido ao encarregado pelo tratamento de dados pessoais, na forma do Protocolo 10.
5. Verificar se o período pretendido ainda se encontra dentro do prazo de conservação da gravação e registrar o resultado dessa verificação.
6. Examinar o enquadramento na base legal: hipótese do art. 7º e, quando a imagem revelar dado referente à saúde, também do art. 11 da Lei n.º 13.709, de 2018.
7. Delimitar o segmento a ser extraído pelo critério da minimização: o intervalo necessário ao fato apurado, e não o período inteiro nem o conjunto dos pontos.
8. Preservar, pelos meios técnicos disponíveis, a imagem de terceiros que apareçam no mesmo segmento.
9. Executar a extração com credencial pessoal e registrar identificação, data, hora, período alcançado e motivo.
10. Entregar o segmento pelo meio definido, com identificação do destinatário e recibo da entrega.
11. Responder ao requerente dentro do prazo legal, registrando o conteúdo da resposta, inclusive quando o pedido for indeferido, com a fundamentação.
12. Havendo indício de acesso indevido, preservar a trilha de acesso antes de qualquer normalização do ambiente e acionar o rito de incidente do Protocolo 10.
13. Arquivar o pedido, o exame de base legal, o registro da extração e a resposta na pasta de proteção de dados.

Origem do pedido	Exame exigido	Quem decide o fornecimento
Titular da imagem	Identificação e legitimidade; minimização do segmento	Encarregado pelo tratamento de dados pessoais
Representante do titular	Comprovação da representação; demais exames do titular	Encarregado pelo tratamento de dados pessoais
Setor da unidade, em apuração	Vínculo com ocorrência registrada e finalidade declarada	Coordenação do serviço, com ciência do encarregado

Origem do pedido	Exame exigido	Quem decide o fornecimento
Autoridade ou órgão de controle	Base legal do compartilhamento e alcance da requisição	Encarregado, com a Direção Técnica
Terceiro interessado	Legitimidade, base legal e direito de terceiros na imagem	Encarregado, com a Direção Técnica

Tabela POP-SEG-06.1 — Quem pede, o que se examina e quem decide.

✓ O QUE SUSTENTA A ENTREGA
› Pedido registrado por escrito, com finalidade declarada e intervalo delimitado.
› Base legal examinada antes da extração, e não depois dela.
› Segmento mínimo correspondente ao fato, com imagem de terceiros preservada.
› Resposta ao requerente no prazo legal, registrada inclusive quando indeferida.

✗ O QUE NÃO SE FAZ COM A GRAVAÇÃO
› Entregar período integral do dia ou o conjunto dos pontos de captação.
› Fornecer imagem de paciente a terceiro sem exame prévio do encarregado.
› Extrair imagem sem registrar o acesso e o motivo.
› Normalizar o ambiente antes de preservar a trilha, diante de indício de acesso indevido.

POP-SEG-06.4 Registro gerado e onde é arquivado

- › Pedido de acesso a imagem, com requerente, finalidade, local e intervalo pretendido.
- › Exame de base legal e a decisão do encarregado, com fundamentação.
- › Registro da extração, com identificação, data, hora, período alcançado e motivo.
- › Recibo da entrega e resposta ao requerente, com o seu conteúdo.
- › Registro de incidente, quando houver, na forma do Protocolo 10.

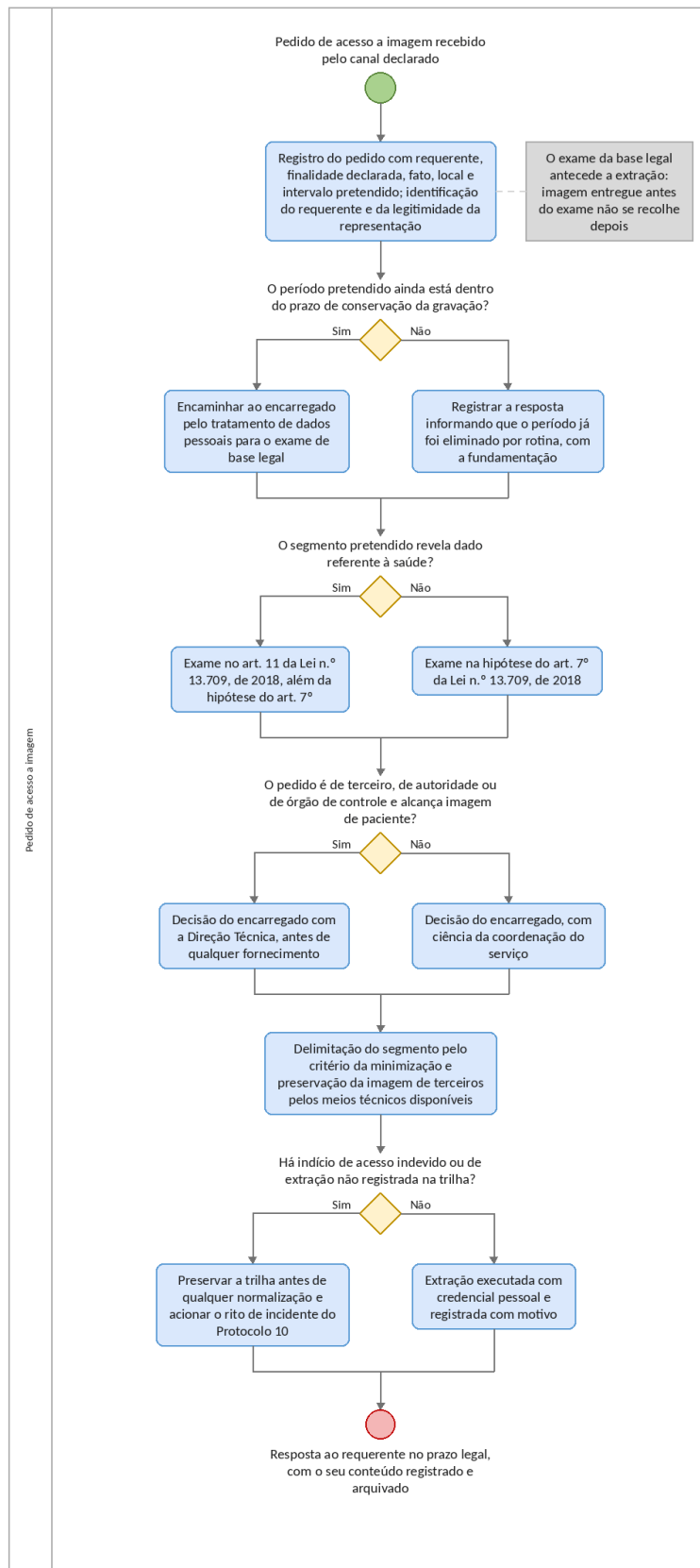
PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Quatro exames	Quem pede, para que, com que base e quanto se entrega.
Base legal antes da extração	O art. 11 entra quando a imagem revela dado de saúde.
Minimização	Segmento correspondente ao fato, com terceiros preservados.
Prazo legal	A resposta é registrada, inclusive quando o pedido é indeferido.
Trilha primeiro	Diante de indício de acesso indevido, preserva-se antes de normalizar.

POP-SEG-06.5 Fluxograma

O fluxograma do pedido de acesso a imagem percorre as quatro decisões que definem o desfecho: se o período pretendido ainda está no prazo de conservação; se o segmento revela

dado referente à saúde, o que acrescenta o exame do art. 11 ao do art. 7º; quem pede, o que separa a decisão do encarregado da decisão tomada com a Direção Técnica; e a existência de indício de acesso indevido, que antepõe a preservação da trilha a qualquer normalização.

POP-SEG-06 — Pedido de acesso a imagem e resposta ao titular



Referência: Lei n.º 13.709/2018, arts. 7º, 11, 18, 19 e 46; Termo de Referência HGNI, Item 12.35.24.

POP-SEG-07. Conduta diante de ocorrência de segurança e evasão de paciente

IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Código	POP-SEG-07
Versão	1.0
Validade	Periódica — revisão sempre que houver alteração normativa, mudança de meta ou achado que a justifique
Fundamento	Capítulo 18 deste caderno
Elaboração	
Revisão técnica	
Aprovação do responsável técnico	
Registro no CRM/RJ	
Data da última revisão	

POP-SEG-07.1 Quando usar

- › Diante de dano ao patrimônio, furto, tentativa, extravio ou entrada não autorizada.
- › Diante de agressão, ameaça, tumulto ou qualquer risco à integridade física das pessoas.
- › Diante da constatação de saída de paciente internado ou em observação sem alta.
- › Diante de evento que exija acionamento de autoridade competente.

POP-SEG-07.2 Fundamento

Item 8.7.10.1 do termo de referência, quanto ao objetivo de assegurar a integridade dos ambientes e a integridade física de pacientes, colaboradores e visitantes e preservar o patrimônio material hospitalar; item 8.7.31.2 e Quadro 02, quanto ao acionamento de protocolos de emergência e à contribuição para a manutenção da integridade física de pacientes, acompanhantes e equipes; item 8.7.7.1, quanto ao limite de atuação na abordagem do usuário. Seções 18.10 e 18.11 do protocolo.

! A ORDEM DE PRIORIDADES NÃO SE INVERTE

- › Primeiro, proteger as pessoas presentes no ambiente.
- › Segundo, preservar a continuidade do cuidado de quem está sob assistência.
- › Terceiro, conter o ambiente e limitar a extensão do evento.
- › Por último, preservar o patrimônio material.
- › A contenção de paciente é ato assistencial da equipe de saúde; a segurança protege o ambiente e as demais pessoas, e é acionada pela equipe.
- › Na evasão, a comunicação da condição clínica ao responsável legal é feita pela equipe assistencial.

POP-SEG-07.3 Sequência de execução

1. Verificar a situação e a extensão do evento, sem expor a si nem a terceiros.
2. Proteger as pessoas presentes e afastar da área quem não tenha função na resposta.
3. Acionar de imediato a coordenação do serviço e, havendo assistência em curso ou pessoa envolvida, a chefia assistencial de plantão.
4. Apoiar a equipe assistencial na proteção do ambiente, sem executar ato de contenção de paciente, que é assistencial.
5. Acionar a autoridade competente quando o evento caracterizar ilícito, quando envolver pessoa em situação de vulnerabilidade protegida por lei ou quando a medida necessária ultrapassar o alcance da unidade, registrando o horário e quem atendeu.
6. Tratando-se de evasão, comunicar de imediato a equipe assistencial do setor, que confirma a ausência e avalia o risco clínico envolvido.
7. Realizar busca nas áreas internas e nos acessos, com apoio dos postos e do monitoramento por imagem, dentro da finalidade declarada na seção 18.8.
8. Registrar o horário do último contato conhecido e o percurso de busca realizado.
9. Confirmar que a equipe assistencial registrou a evasão em prontuário e comunicou o responsável legal ou o contato indicado.
10. Preservar o local quando o evento exigir apuração, evitando alterar o estado do ambiente antes da coleta de elementos.
11. Registrar a ocorrência com data, hora, local exato, descrição factual, pessoas envolvidas pela função ou vínculo, providências e desfecho até aquele momento.
12. Encaminhar à coordenação e, conforme a consequência do evento, à Direção Administrativa e à chefia assistencial, e acionar a ouvidoria quando a ocorrência vier a ser manifestação, na forma do Protocolo 11.
13. Participar da análise posterior do evento com as áreas envolvidas, cujo produto é a correção do desenho do posto, da sinalização, do fluxo ou da orientação.

Classe da ocorrência	Comunicação imediata	Encaminhamento posterior
Sem dano e sem risco à pessoa	Coordenação do serviço, na passagem de turno	Registro e leitura na série de indicadores
Dano ao patrimônio, furto ou extravio	Coordenação e Direção Administrativa	Área responsável pelo bem, na forma do Protocolo 6
Risco à integridade física	Coordenação e chefia assistencial de plantão	Análise do evento com as áreas envolvidas

Classe da ocorrência	Comunicação imediata	Encaminhamento posterior
Evasão de paciente	Equipe assistencial do setor e coordenação	Registro em prontuário e comunicação ao responsável legal pela equipe
Ilícito ou vulnerabilidade protegida	Coordenação e autoridade competente	Direção Técnica, com registro do acionamento
Manifestação de usuário decorrente do evento	Coordenação do serviço	Ouvidoria, na forma do Protocolo 11

Tabela POP-SEG-07.1 — Classificação da ocorrência e encaminhamento correspondente.

✓ O QUE SUSTENTA A RESPOSTA
› Ordem de prioridades observada: pessoas, cuidado, ambiente, patrimônio.
› Acionamento imediato da coordenação e da chefia assistencial quando houver pessoa envolvida.
› Registro factual no momento, com local exato e horário.
› Análise posterior do evento voltada à correção do desenho, e não à culpa individual.

✗ O QUE AGRAVA A OCORRÊNCIA
› Executar contenção de paciente, que é ato assistencial da equipe de saúde.
› Registrar juízo sobre a intenção de quem agiu em lugar da descrição do que ocorreu.
› Alterar o estado do local antes da coleta de elementos, quando houver apuração.
› Comunicar condição clínica ao responsável legal, o que compete à equipe assistencial.

POP-SEG-07.4 Registro gerado e onde é arquivado

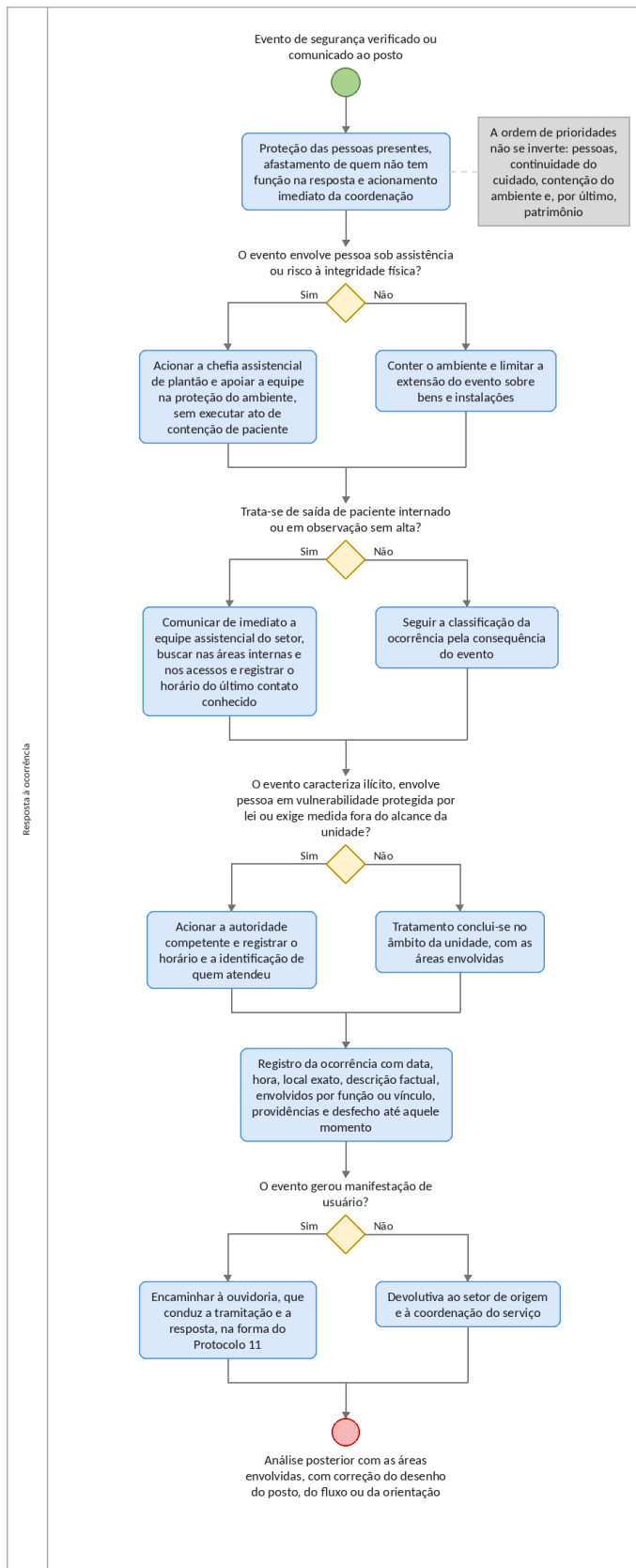
- › Ocorrência registrada com data, hora, local, descrição factual, envolvidos e providências.
- › Registro do acionamento de autoridade, com horário e identificação de quem atendeu.
- › Registro do percurso de busca e do horário do último contato conhecido, na evasão.
- › Comunicações às direções e à ouvidoria, quando houver.
- › Produto da análise posterior do evento e as correções de desenho dela decorrentes.

PONTOS-CHAVE DO PROCEDIMENTO	
Pessoas primeiro	A ordem de prioridades da resposta não se inverte.
Contenção é assistencial	A segurança protege o ambiente e é acionada pela equipe.
Evasão tem sequência	Equipe assistencial, busca, registro, prontuário e comunicação.
Autoridade se aciona e se registra	Horário e identificação de quem atendeu.
Análise corrige desenho	O produto é o ajuste do posto, do fluxo ou da orientação.

POP-SEG-07.5 Fluxograma

O fluxograma da ocorrência tem quatro bifurcações que mudam a resposta: o envolvimento de pessoa sob assistência, que aciona a chefia assistencial e mantém a contenção de paciente como ato da equipe de saúde; a caracterização de evasão, que abre a sequência própria de busca e registro; a necessidade de acionar autoridade competente; e a conversão do evento em manifestação de usuário, que o encaminha à ouvidoria.

POP-SEG-07 — Ocorrência de segurança e evasão de paciente



Referência: Termo de Referência HGNI, Itens 8.7.7.1, 8.7.10.1 e 8.7.31.2, Quadro 02.

Referências dos procedimentos operacionais padrão

BRASIL. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. Resolução CD/ANPD n.º 15, de 24 de abril de 2024. Aprova o Regulamento de Comunicação de Incidente de Segurança. Brasília, DF: ANPD, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anpd/pt-br>. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 14.967, de 9 de setembro de 2024. Dispõe sobre a segurança privada e sobre a segurança das instituições financeiras. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/114967.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 4 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 4 set. 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Seleção Pública n.º 001/SEMUS/2026 e seus anexos, em especial o Anexo VII — critérios de julgamento da proposta técnica, item C.2.4. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.

NOVA IGUAÇU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Referência — Hospital Geral de Nova Iguaçu, Processo Administrativo 2025/016.190. Nova Iguaçu: SEMUS, 2026.