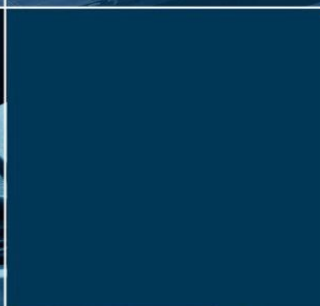


Relatório de Gestão 2011



INTO

INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

The logo for the Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) is displayed. It features a stylized graphic of two overlapping ovals in green and yellow above the acronym 'INTO' in a bold, serif font. Below the acronym, the full name of the institution is written in a smaller, sans-serif font.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
JAMIL HADDAD

PRESTAÇÃO DE CONTAS ORDINÁRIA ANUAL
RELATÓRIO DE GESTÃO DO EXERCÍCIO DE 2011

MARÇO/2012



MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
JAMIL HADDAD

PRESTAÇÃO DE CONTAS ORDINÁRIA ANUAL
RELATÓRIO DE GESTÃO DO EXERCÍCIO DE 2011

Relatório de Gestão do exercício de 2011 apresentado aos órgãos de controle interno e externo como prestação de contas ordinária anual a que esta Unidade está obrigada nos termos do art. 70 da Constituição Federal, elaborado de acordo com as disposições da Instrução Normativa TCU nº 63/2010, da Decisão Normativa TCU nº 108/2010 e da Portaria-TCU nº 123/2011.

Rio de Janeiro
Março/2012

LISTA DE ABREVIATURAS

A

ABTO - Associação Brasileira de Transplantes

ACC – Acesso ao cuidado e continuidade do cuidado (capítulo do manual de acreditação)

ACLS – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia.

ADESAL – Área de Desenvolvimento da Saúde

ADESI – Área de Desenvolvimento de Sistemas

AENFE – Área de Enfermagem

AGU – Agência Geral da União

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AINFH – Área de Infecção Hospitalar

ANEST – Área de Anestesiologia

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AOP-AP - Avaliação do Paciente (capítulo do manual de acreditação)

APH – Adicional de Plantão Hospitalar

APROT – Área de Arquivo e Protocolo

ARBLI – Área de Biblioteca

ARCAD – Área de Cadastro

ARCONT – Área de Contratos

ARDES – Área de Desenvolvimento

ARDIN – Área de Divulgação Institucional

ARDIP – Área de Divulgação e Planejamento

ARDOR – Área e Alívio da Dor

ARENC - Área de Engenharia Clínica

ARFAT – Área de Faturamento

ARIMP – Área de Implante

ARIN – Área de Internação

ARINF – Áreas de Redes e Infra Estrutura

ARLEP – Área de Legislação e Pesquisa

ARLIM – Área de Limpeza

ARMAP - Área de Manutenção Predial

ARMEN – Área de Saúde Mental

ARMIN – Área de Medicina Interna

ARNUT – Área de Nutrição

ARPAC – Área de Padronização e Compras

ARPAG – Área de Pagamento

ARPAQ – Área de Padronização e Qualificação

ARPED – Área de Pediatria

ARPL - Área Procedimentos Licitatórios

ARPLA – Área de Planejamento e Avaliação de Ações

ARPROJ - Área de Projetos e Planejamento

ARSAO – Área de Saúde Ocupacional

ARSOC – Área de Assistência Social

ARSUT – Área de Suporte Técnico

ARTEL – Área de Telefonia

ARWEB – Agenda de Recursos Web

ASC – Anestesia e Cirurgia (capítulo do manual de acreditação)

ASEPA – Área de Segurança Patrimonial

ASFIL – Assessoria de Fila

ASQUA – Assessoria de Qualidade

AT - Ambulatório do Trabalhador

ATJ – Artroplastia Total de Joelho

ATQ – Artroplastia Total de Quadril

ATRAN – Área de Transporte

ATS - Avaliação de Tecnologias em Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B

BSC – Ferramenta de Planejamento Estratégico (*Balanced Scorecard*)

C

CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS

CAE – Centro de Atenção Especializada

CAMPU – Centro de Amputados

CAPECESPE – Caixa de Assistência e Previdência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação, nome fantasia da Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCIRU – Centro Cirúrgico

CCMF - Centro de Crânio Maxilo Facial

CDT - Cinesioterapia Descompensatória do Trabalho e Contrato de trabalho

CGRH – Coordenação geral de Recursos Humanos

CGU – Controladoria Geral da União

CH – Concentrado de Hemácias

CIHDOTTs - Coordenações Intra-Hospitalares de Doações de Órgãos e Tecidos para Transplantes

CID - Código Internacional de Doenças

CJU – Consultoria Jurídica da União

CMATE – Central de Material e Esterilização

CMP – Correção Motora Postural

CNAE – Classificação de Atividades Econômicas

CNCDO-RJ - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Rio de Janeiro

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação de Procedimentos de Alta Complexidade

COBIT - *Control Objectives for Information and related Technology*

CODIN – Coordenação de Desenvolvimento Institucional

COENP – Coordenação de Ensino e Pesquisa

COEX – Coordenação Executiva

COP-CP Cuidados ao Paciente (capítulo do manual de acreditação)

COUNH – Coordenação de Unidade Hospitalar

CPF – Cadastro de Pessoa física

CPGF - Cartão Corporativo do Governo Federal

CRER - Comitê de Reconforto Espiritual e Religioso

CTCEL – Centro de Terapia Celular e Bioengenharia Ortopédica

CTF – Câmara Técnica para Formadores

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

CVC – Cateter Venoso Central

CVD – Cateter Vesical de Demora

D

DAESP – Divisão de Atenção Especializada

DAS – Direção e Assessoramento Superiores

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DCUID – Divisão de Unidades de Produção do Cuidado aos Pacientes.

DDIAG - Divisão de Unidades de Produção de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

DIDIP – Div. de Desenvolv., Inovação e Polit. em Traumatologia e Ortopedia

DIENS – Divisão de Ensino

DIEST – Divisão de Infra Estrutura

DIFIN – Divisão Financeira

DIPES – Divisão de Pesquisa

DIREG – Direção Geral

DIRHU – Divisão de Recursos Humanos

DISUP – Divisão de Suprimentos

DITMT – Divisão de Transplantes de Multitecidos

DIVTI – Divisão de Tecnologia da Informação do INTO

DOCWEB – Documento WEB

DOU – Diário Oficial da União

DP – Desvio Padrão

E

EA – Evento Adverso

EM – Erro de Medicação

EMBRATEL – Empresa Brasileira de Telecomunicações

EMOP – Empresa de Obras Públicas (Tabela)

EP – Erro de Processo

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ESBL - Beta-lactamase de espectro estendido

F

FCT – Função Comissionada Técnica

FG – Funções Gratificada

FMEA - Failure Mode and Effect Analysis (Análise do Tipo e Efeito de Falha)

FMS-(GAS) - Gerenciamento de o Ambiente Hospitalar e Segurança das Instalações (capítulo do manual de acreditação)

FNS – Fundo Nacional da Saúde

FORWEB - Sistema de informações (formulário web)

G

GAP – Gestão e Administração do Programa

GDPST – Gratificação de Desempenho da Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho

GEAP - Fundação de Seguridade Social

GERC - **Grupo de Espiritualidade e Reflexão Cristã**

GERDOC – Sistema de Gerenciamento de Documentos

GRESS – Gerência de Resíduos de Saúde

GLD – Governo, Liderança e Direção (capítulo do manual de acreditação)

GM – Gabinete do Ministro

GRISC – Gerência de Risco

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

GTT – Gastrostomia

H

H1N1 – Hemaglutinina 1 Neuraminidase 1

HBS – Marcadores de Hepatites

HCPM - Hospital Central da Polícia Militar

HCUFU – Hospital de Clínicas Universidade Federal de Uberlândia

HGCR – Hospital Governador Celso Ramos

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HMSJ – Hospital Municipal São José

HOG – Hospital Ortopédico de Goiânia

HSA - Hospital Santo Antônio

HSC – Health Solutions Consult

HTAi - Health Technology Assessment International conference

HUCFF - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

I

IASERJ - Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

ID - Índice de Disponibilidade do Parque de Equipamentos

IECS - Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária

IEDR – índice de Execução da Despesa Realizada

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INCL – Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras

INDWEB – Sistema de informações

IOPUC – Instituto e Odontologia da PUC

IP - Internet Protocol

ITIL - *Information Technology Infrastructure Library* ou Biblioteca de Infra-Estrutura de TI

IR – índice de Resolubilidade

IRC - Insuficiência Renal Crônica

ISC – Infecção de Sítio Cirúrgico

ITU – Infecção do Trato Urinário

J

JCI – Joint Commission International

K

KPC - *Klebsiella pneumoniae*

L

LAFES – Laboratório da Fisiologia do Esforço

LCD – Liquid Crystal Display

LCR – Laboratório de Ciências Radiológicas

LILDBI-Web - Software para o processo de descrição bibliográfica, indexação e controle de erros.

LOA – Lei Orçamentária Anual

M

MEEM - Mini-Exame do Estado Mental

MEG – Modelo de Excelência em Gestão

MCI – Gerenciamento da comunicação e informação (capítulo do manual de acreditação)

MDR – Multidroga Resistente

MMU – Gerenciamento e uso de medicamentos (capítulo do manual de acreditação)

MP – Medida Provisória ou Ministério Público

MRSA - Staphylococcus aureus resistente à meticilina

MS – Ministério da Saúde

MTBF - Mean Time Between Failures (Tempo Médio de Bom Funcionamento de um dispositivo ou aparelho)

MTTR - Tempo Médio de Manutenção Corretiva

MV2000 – Sistema de Gestão Hospitalar

N

NATS - Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde

NERJ – Núcleo Estadual do Rio de Janeiro (Ministério da Saúde)

NHSN - *National Healthcare Safety Network*

NIR – Núcleo Interno de Regulação

NNISS - National Nosocomial Infections Surveillance System.

NOTIVISA - Sistema de Notificações para Vigilância Sanitária

NX 2/NX 3 – Tipos de Equipamentos para Esterilização

O

OPM - Órteses, Próteses e Materiais especiais

OSTEOPREV - Assessoria na pesquisa de osteoporose

OUVID - Ouvidoria

P

PA – Pressão Arterial

PAC – Plano Anual de Capacitação

PAD – Processo Administrativo Disciplinar

PALS – Suporte Avançado de Vida em Pediatria

PAVM – Pneumonia associada à Ventilação Mecânica

PEBAS – Pesquisas Básicas

PCI – Prevenção e controle de infecções (capítulo do manual de acreditação)

PECLIN – Pesquisa Clínica

PCMP - Percentual de Manutenção Preventiva Realizada x Programada

PCR – Parada Cardiorrespiratória

PF – Pessoa Física

PFE – Educação de pacientes e familiares (capítulo do manual de acreditação)

PFIES – Pesquisa Fisiologia do Esforço

PFR-DPF - Direitos do Paciente e seus Familiares (capítulo do manual de acreditação)

PJ – Pessoa Jurídica

PLAMSUS - Sistema de Planejamento, Orçamento e Monitoramento das Ações do SUS

PNEURO – Pesquisa Neuro Muscular

PNH – Política Nacional de Humanização

PO – Pós Operatório

PPA – Plano Plurianual ou Plano de Preparação de Aposentadoria

PPP – Perfil Profissiográfico Previdenciário

PQRIO – Prêmio Qualidade Rio

PREOCU-PC – Grupo Preocupe-se

PRF -

PSU – Pesquisa de Satisfação Usuário

PT – Portaria

PTC – Pé Torto Congênito

PVC - Pneumonia associada à ventilação mecânica

Q

QF - Quase Falha

QPS - Qualidade e Segurança do Paciente (capítulo do manual de acreditação)

QT – Queixa Técnica

R

RAIS – Relação anual de Informações Sociais

RAM – Reação Adversa a Medicamentos

RC – Reserva Cirúrgica

REBRATS - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde

REMATO - Rede Nacional de Avaliação de Implantes Ortopédicos

RM – Reconciliação Medicamentosa

RMB - Relatórios Mensais de Bens Móveis

RNM – Ressonância Magnética

RP – Restos a Pagar

RPA – Recuperação Pós Anestésica

S

SAD – Sistema de Avaliação de Desempenho

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAPS III - Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

SEATA - Serviço de Atividades Auxiliares

SEDIN – Serviço de Desenvolvimento e Inovação

SEDUC – Serviço de Educação Continuada

SENGE – Serviço de Engenharia do INTO

SENOP – Serv. de Normas e Políticas em Traumatologia e Ortopedia

SEPAT – Serviço de Patrimônio

SEPEN – Serviço de Educação Permanente em Enfermagem

SEPEX – Serviço de Pacientes Externos

SEPIV – Serv. de Epidemiologia e Vigilância em Ortopedia e Traumatologia

SEPRO – Serviço de Projetos

SERAL – Serviço de Almoxarifado

SERMED – Serviço de Estágio e Residência Médica

SERMU - Serviço de Estágio e Residência Multiprofissional

SGRH – Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos

SGWEB – Sistema de Gerenciamento Web

SGPWEB – Sistema de Gerenciamento de Pregão

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira

SIAPE – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

SIAPENET – Sítio do SIAPE

SIARH - Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos Ministério da Saúde

SIASG - Sistemas de Administração de Serviços Gerais

SIASS - Sistema de Atenção à Saúde do Servidor

SICAF – Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores

SIGPLAN – Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento

SIH – Sistemas de Informações Hospitalares

SIMBIDOR - Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre Dor

SIORG – Sistema de Informações Organizacionais do Governo Federal

SISAC – Sistema de Registro e Avaliação de Atos de Admissão e Concessão

SISREG – Sistema de Regulação de vagas do município do RJ

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

SPAM – Mensagem eletrônica comercial não solicitada

SQE-(EQP) - Educação e Qualificação de Profissionais (capítulo do manual de acreditação)

SRP – Sistemas de Registros de Preços

SUS – Sistema Único de Saúde

T

TI – Tecnologia da Informação

TCU – Tribunal de Contas da União

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

TQM - Total Quality Management

TRALI - Lesão pulmonar aguda associada à transfusão

TVP – Trombose Venosa Profunda

U

UAMB – Unidade Ambulatorial

UANAT – Unidade de Anatomia Patológica

UARQ – Unidade de Arquivo

UASG - Unidades Administrativas de Serviços Gerais

UDOMI – Unidade de Atendimento domiciliar

UF – Unidade da Federação

UG – Unidade Gestora

UFARM – Unidade de Farmácia

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UIMAG – Unidade de Imagem

UINTE – Unidade de Internação

UJ – Unidade Jurisdicional

ULAUD – Unidade de Laudo Médico

UPATO – Unidade de Patologia Clínica

UPP – Úlceras por Pressão

UREAB – Unidade de Reabilitação

UROUP – Unidade de Rouparia

UTEIN – Unidade de Terapia Intensiva

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

UTRAN – Unidade Transfusional

V

VISA-RJ – Vigilância Sanitária do Rio de Janeiro

VRE - Enterococcus Resistente à Vancomicina

Σ - Somatório

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produção da Comunicação Interna, por atividade.....	34
Tabela 2 - Produção da Comunicação Externa, por mídia e impacto.....	34
Tabela 3 - Monitoramento da Comunicação Digital	35
Tabela 4 - Produção da Comunicação Visual, por produto.....	35
Tabela 5 - Dados de Produção Audiovisual, por produto	35
Tabela 6 - Atendimentos realizados pela Ouvidoria por tipo.....	39
Tabela 7 - Natureza dos Atendimentos na Ouvidoria segundo tipo de usuário.....	40
Tabela 8 - Indicadores da Ouvidoria	40
Tabela 9 - Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na UAMB.....	41
Tabela 10 - Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na Unidade de Internação.....	41
Tabela 11 - Capacidade física instalada	42
Tabela 12 - Percentual de atendimentos por tipo, segundo Estado de residência do paciente	43
Tabela 13 - Percentual de atendimentos no INTO, por tipo, segundo sexo	43
Tabela 14 - Percentual de atendimentos, por tipo, segundo faixa etária	43
Tabela 15 - Consultas realizadas segundo tipo de atendimento	43
Tabela 16 - Exames Complementares realizados no Ambulatório, Centro Cirúrgico, Enfermarias e UTI.....	43
Tabela 17 - Saídas da internação, segundo localização.....	44
Tabela 18 - Chamadas da fila segundo Centros	45
Tabela 19 - Média mensal de ingresso de pacientes na Fila de Espera segundo Centros.....	45
Tabela 20 - Notificações da Farmacovigilância	46
Tabela 21 - Notificações da Tecnovigilância	46
Tabela 22 - Dados da Hemovigilância	46
Tabela 23 - Relação de Reações Transfusoriais de acordo com classificação adotada pelo NOTIVISA/ANVISA	47
Tabela 24 - Dados da Área de Processos	47
Tabela 25 - Atividades realizadas pela ADEPH	49
Tabela 26 - Taxa de Infecções Artroplastias / Artrodese Primária.....	51
Tabela 27 - Atendimento ambulatorial para pacientes com infecção osteoarticular pós-internação.....	51
Tabela 28 - Taxas de Infecção hospitalar do CTI	51
Tabela 29 - Quantidade de consultas realizadas no Ambulatório	55
Tabela 30 – Indicadores ARDOR	56
Tabela 31 - Ensino e Aprendizagem	56
Tabela 32 - Produção Técnica.....	56
Tabela 33 - Internações na Pediatria por Faixa Etária.....	58
Tabela 34 - Internações na Pediatria por Centro de Atenção Especializado	58
Tabela 35 - Tempo Médio de Internação na Pediatria por Centro de Atenção Especializado	58
Tabela 36 - Atividades assistenciais da ANEST	59
Tabela 37 - Indicadores de qualidade da ANEST	60
Tabela 38 - Produção da AENFE no Serviço de Curativos.....	61
Tabela 39 - Registro de úlceras por pressão acompanhadas pelo Serviço de Curativos	61
Tabela 40 - Consultas ambulatoriais realizadas pela enfermagem segundo CAE.....	61
Tabela 41 - Produção do Serviço de Admissão.....	61
Tabela 42 - Dados de produção da ARSOC.....	63
Tabela 43 - Horas Trabalhadas pelos voluntários	64
Tabela 44 - Doações feitas ao voluntariado, por tipo de material	64
Tabela 45 - Pacientes atendidos pelos voluntários vinculados ao INTO Voluntário	64
Tabela 46 - Percentual de avaliação das pesquisas realizadas pela ARNUT	66
Tabela 47 - Refeições servidas.....	66
Tabela 48 - Pacientes atendidos no ambulatório de nutrição	66
Tabela 49 - Indicação de suporte nutricional enteral e via oral.....	66

Tabela 50 - atendimentos realizados pelos psicólogos.....	68
Tabela 51 - atendimentos Domiciliares.....	68
Tabela 52 - atendimentos da Psiquiatria	68
Tabela 53 - atendimentos em grupo realizados pela ARMEN	69
Tabela 54 - Percentual de glosas e apresentação de AIH's	70
Tabela 55 - Percentual de AIHs perdidas.....	71
Tabela 56 - Cirurgias realizadas e percentual de Alta Complexidade segundo centro.....	72
Tabela 57 - Internações e tempo médio de permanência segundo centro	72
Tabela 58 - Suspensões ocorridas nos centros	73
Tabela 59 - Óbitos registrados nos centros	73
Tabela 60 - Autorizações de internação no INTO oriundas das regulações estaduais e municipais	75
Tabela 61 - Consultas realizadas por tipo de atendimento	76
Tabela 62 - Consultas ambulatoriais dos centros ortopédicos e cirúrgicos realizadas	76
Tabela 63 - Consultas Ambulatoriais Multidisciplinares	76
Tabela 64 - Consultas Ambulatoriais Complementares	77
Tabela 65 - Indicadores de produção da UAMB.....	77
Tabela 66 - Tempo médio de espera para atendimento (em minutos).....	77
Tabela 67 - Produção da Unidade de Atendimento Domiciliar.....	79
Tabela 68 - Pacientes Reinternados e Taxa de Reinternação, por causa/motivo.....	80
Tabela 69 - Óbitos e Taxa de mortalidade de pacientes assistidos.....	80
Tabela 70 - Percentual de pacientes atendidos, por localização do domicílio.....	80
Tabela 71 - Percentual de pacientes atendidos, por Centro de Especialidade Ortopédica	80
Tabela 72 - Produção na Unidade de Atendimento Domiciliar, por Serviço Externo.....	80
Tabela 73 - Produção da UDOMI, por serviço Interno - Equipe de Regulação	81
Tabela 74 - Percentual de úlceras de decúbito na admissão e alta	81
Tabela 75 - Percentual de cicatrização de feridas operatórias na alta da UDOMI.....	81
Tabela 76 - Percentual de evolução do grau de dependência de pacientes	81
Tabela 77 - Taxa de Absorção de pacientes pela Unidade	81
Tabela 78 - Frequência das internações por origem dos pacientes.....	83
Tabela 79 - Quantitativo de internações por CAE	83
Tabela 80 - Média de dias de permanência por CAE.....	84
Tabela 81 - Cirurgia suspensa por motivo de não internação	84
Tabela 82 - Internações suspensas por motivo.....	84
Tabela 83 - Indicadores de qualidade da UTEIN	86
Tabela 84 - Perfil do paciente da UTEIN.....	86
Tabela 85 - atendimentos realizados pela UREAB	87
Tabela 86 – atendimentos no ambulatório de Neuro Muscular.....	87
Tabela 87 - atendimentos no grupo de lesão do plexo braquial	88
Tabela 88 - atendimentos aos amputados.....	88
Tabela 89 - Taxa de Absenteísmo dos pacientes.....	88
Tabela 90 - Indicadores de esterilização a vapor	89
Tabela 91 - Indicadores de esterilização à peróxido de hidrogênio	89
Tabela 92 - Indicadores de qualidade da CMATE	89
Tabela 93 - Demonstrativo das principais atividades da UARQ.....	91
Tabela 94 - Solicitação e emissão de laudos médicos	92
Tabela 95 - Solicitações atendidas de cópias de prontuários.....	92
Tabela 96 – Solicitações de Vale Social	92
Tabela 97 – Solicitação de Vale Social por tipo de passe livre	93
Tabela 98 - Peso das roupas processadas por leito.....	94
Tabela 99 - Kits elaborados pela UROUP	94
Tabela 100 - Índice de Relavagem.....	94
Tabela 101 - Transfusões Realizadas	95

Tabela 102 - Demais Indicadores da UTRAN	95
Tabela 103 - Movimentação de hemocomponentes	95
Tabela 104 - Solicitação e utilização de reservas cirúrgicas	96
Tabela 105 - Doações do Hemorio.....	96
Tabela 106 - Produtividade da UIMAG por tipo de exame	98
Tabela 107 - Indicadores de consumo de filmes	98
Tabela 108 - Índice de concordância de laudos de tomografia computadorizada	98
Tabela 109 - Índice de concordância dos radiologistas da UIMAG com os laudos de ressonância magnética	98
Tabela 110 - Índice de casos de extravasamento de contraste	98
Tabela 111 - Produção do laboratório terceirizado – Labclim	100
Tabela 112 - Indicadores de desempenho da Labclim, Out/10 à Set/11	100
Tabela 113 - Exames realizados pela UANAT por grupos	102
Tabela 114 - Exames realizados pela UANAT por tipo de amostras	102
Tabela 115 - Média anual do tempo de emissão de laudos anatomopatológicos por categorias das amostras	103
Tabela 116 - Processos desenvolvidos pela UFARM	104
Tabela 117 - Pacientes em Reconciliação Medicamentosa (RM)	105
Tabela 118 - Pacientes atendidos em consultas farmacêuticas segundo programa	105
Tabela 119 - Dispensação de medicamentos.....	105
Tabela 120 - Fracionamento de sólidos e líquidos orais	106
Tabela 121 - Produtos gerados pela educação continuada	106
Tabela 122 - Valor de compra de medicamentos por suprimento de fundos e itens, segundo critério de padronização.	106
Tabela 123 - Valor gasto com medicamentos vencidos e índice de perda	107
Tabela 124 - Avaliação do inventário anual de medicamentos	107
Tabela 125 - Atendimentos realizados pela Central de Atendimento Telefônico	109
Tabela 126 - Processos de Aquisição e de Contratação de Serviços por Modalidade de Aquisição (valores em Reais) – INTO e SUPORTE.....	110
Tabela 127 - Processos de Aquisição e de Contratação de Serviços por Modalidade de Aquisição (valores em Reais) - INTO.....	111
Tabela 128 - Processos de Aquisição e de Contratação de Serviços por Modalidade de Aquisição (valores em Reais) – SUPORTE.....	111
Tabela 129 - Valores Homologados na Modalidade Pregão (em reais)	111
Tabela 130 - Participação das Dispensas de Licitação Inciso IV no Total Empenhado nos Exercícios	111
Tabela 131 - Índice de monitoramento de abastecimento dos setores	114
Tabela 132 - Índice de monitoramento do inventário anual.....	114
Tabela 133 - Avaliação da Curva ABC.....	114
Tabela 134 - Índice de monitoramento do inventário em conformidade de Implantes	114
Tabela 135 - Procedimentos realizados pela ARCAD	116
Tabela 136 - Percentual de Solicitações à ARPAG	119
Tabela 137 - Movimentação das principais rubricas.....	119
Tabela 138 - Custo médio (em Reais) por Servidor	119
Tabela 139 - Verba orçamentária do Programa Anual de Capacitação.....	121
Tabela 140 – Indicadores de Capacitação dos Servidores.....	121
Tabela 141 - Dados gerais da pesquisa de satisfação realizada pela ARDES	121
Tabela 142 - Produção da perícia em saúde	122
Tabela 143 - Exames de saúde realizados pela ARSAO	123
Tabela 144 - Alterações clínicas e laboratorias encontradas nos exames periódicos	123
Tabela 145 - Avaliação ambiental da ARSAO	124
Tabela 146 - Percentual de acidente de trabalho por tipo	124
Tabela 147 - Campanha de vacinação Anti-Influenza	125
Tabela 148 - Atendimento de baixa complexidade realizado pela ARSAO	126
Tabela 149 - Atividades desenvolvidas pela ADESAL	128
Tabela 150 - Dados de produção da ARLEP	129

Tabela 151 - Usuários cadastrados na rede do INTO.....	131
Tabela 152 - Acesso aos principais módulos do Sistema Web	132
Tabela 153 - Acesso aos principais relatórios do Sistema SGWeb.....	133
Tabela 154 - Indicadores de acesso aos módulos do Sistema de Gestão.....	133
Tabela 155 - Prescrições médicas e de enfermagem.....	133
Tabela 156 - Média de atendimentos realizados por dia pela ARSUT	134
Tabela 157 - Média de atendimentos realizados por dia pela ARTEL.....	135
Tabela 158 - Distribuição de aparelhos telefônicos	135
Tabela 159 - Valor contratual – Empresa JOBMED Serviços Técnicos Ltda.	136
Tabela 160 - Indicadores de Desempenho Médio Anual das empresas prestadoras de serviço, 2011.	137
Tabela 161 - Consumo de Gases Medicinais e Gasto com Suprimento dos Gases	138
Tabela 162 - Valor Contratual, Valor Executado, Peças e Ordens de Serviço – Manutenção Predial.....	139
Tabela 163 - Relação Valor Executado e Área Construída (R\$ / m ²)	139
Tabela 164 - Ordens de Serviço por especialidade	140
Tabela 165 - Solicitações da DIEST	140
Tabela 166 – Distribuição de Extintores	141
Tabela 167 - Valor Contratual, Valor Executado, Custo com reposição de peças, Número de peças e Número de OS – Contrato de Manutenção da Rede de Refrigeração.	141
Tabela 168 - Valor Contratual, Valor Executado, Custo com reposição de peças, Número de peças e Número de OS – Caldeiras e Boiler.....	142
Tabela 169 - Valor Contratual, Valor Executado, Custo com reposição de peças, Número de peças e Número de OS e Relação Valor Anual do Contrato	142
Tabela 170 - Valor Contratual, Valor Executado, Custo com reposição de peças, Número de peças e Número de OS e Relação Valor Anual do Contrato–2011	143
Tabela 171 - Transporte realizado pelas Ambulâncias.....	143
Tabela 172 - Viagens para transporte de pacientes	144
Tabela 173 - Satisfação dos Funcionários Pacientes e Acompanhantes em relação ao serviço da ARLIM	144
Tabela 174 - Geração de resíduos comum, biológico e químico.....	145
Tabela 175 - Residentes médicos por especialidade	147
Tabela 176 - Residentes aprovados no exame da SBOT.....	147
Tabela 177 - Alunos para visita médica, por Centro	147
Tabela 178 - Alunos para cursos de aperfeiçoamento médico, distribuição por centro	147
Tabela 179 - Residentes por área	148
Tabela 180 - Aperfeiçoamento Multiprofissional segundo setor	148
Tabela 181 - Estágio de Aperfeiçoamento Multiprofissional.....	149
Tabela 182 - Visita Técnica por setor	149
Tabela 183 - Convênios de Estágio curricular obrigatório.....	149
Tabela 184 - Visita técnica para alunos de graduação	149
Tabela 185 – Percentual de residentes frequentadores da biblioteca por semestre	150
Tabela 186 - Frequência de usuários da biblioteca por semestre	150
Tabela 187 - Eventos com participação de funcionários e público externo no Auditórios da COENP.....	151
Tabela 188 - Utilização do Auditório da Licitação	151
Tabela 189 - Utilização Sala de Reuniões CODIN	151
Tabela 190 - Aulas ministradas pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem.....	152
Tabela 191 - Indicadores do Serviço de Educação Permanente de Enfermagem.....	152
Tabela 192 - Projetos de pesquisa avaliados	153
Tabela 193 - Artigos publicados em periódicos do INTO	153
Tabela 194 - Movimento de projetos	154
Tabela 195 - Indicadores PeBAS	155
Tabela 196 - Principais atividades PNEURO.....	156
Tabela 197 - Desenvolvimento de novas tecnologias	156
Tabela 198 - Assistência ao esporte	156

Tabela 199 - Parcerias no desenvolvimento de pesquisas	156
Tabela 200 - Principais atividades PFies.....	157
Tabela 201 - Ações ambulatoriais, atendimentos ambulatoriais e cirurgias realizadas por UF	159
Tabela 202 - Número de AIHs TFD/CNRAC.....	160
Tabela 203 - Internações TFD/CNRAC.....	160
Tabela 204 - Atendimentos ambulatoriais pós-cirúrgicos.....	160
Tabela 205 - Atendimentos ambulatoriais pós-cirúrgicos complementares.....	160
Tabela 206 - Trabalhos científicos e participação em eventos - DITMT.....	162
Tabela 207 - Produção anual da DITMT	162
Tabela 208 - Taxa de captações realizadas por tipo de doador cadáver	162
Tabela 209 - Motivos de não captação de doadores cadáveres	163
Tabela 210 - Indicadores DITMT	163
Tabela 211 - Procedimentos cirúrgicos utilizando enxerto ósseo por centro ortopédico	164
Tabela 212 - Cirurgias realizadas utilizando enxerto ósseo por Instituição	164
Tabela 213 - Dados Gerais do programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada	216
Tabela 214 - Dados Gerais do programa 0016 – Gestão da Política da Saúde.....	216
Tabela 215 - Dados Gerais do programa 0089 – Previdência de Inativos e Pensionistas da União.....	216
Tabela 216 - Dados Gerais do programa 0750 – Apoio Administrativo	216
Tabela 217 - Dados gerais da ação 8759 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia – INTO.....	217
Tabela 218 - Metas e Resultados da Ação 8759 no Exercício de 2011	217
Tabela 219 - Atendimentos Ambulatórios realizados	217
Tabela 221 - Cirurgias de Alta Complexidade realizadas	217
Tabela 222 - Outras Despesas Correntes da Ação 8759 (Exercício de 2011, em Reais)	218
Tabela 223 - Despesas de Capital da Ação 8759 (Exercício de 2011, em Reais)	219
Tabela 224 - Consolidado Anual da Execução Orçamentário-Financeira da Ação 8759.....	219
Tabela 225 - Dados gerais da ação 6217 - Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde.....	220
Tabela 226 - Despesas Correntes da Ação 6217 (Exercício de 2011).....	220
Tabela 227 - Dados gerais da ação 1K09 - Implantação da Nova Sede do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO	220
Tabela 228 - Metas e Resultados da Ação 1K09 no Exercício de 2011	221
Tabela 229 - Despesas de Capital da Ação 1K09 (Exercício de 2011)	221
Tabela 230 - Dados gerais da ação 4572 - Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação.....	221
Tabela 231 - Despesas Correntes da Ação 4572	221
Tabela 232 - Taxa de Capacitação e Utilização da Verba Orçamentária	221
Tabela 233 - Dados gerais da ação 2B52 - Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.....	222
Tabela 234 - Despesas Correntes da Ação 2B52	222
Tabela 235 - Dados gerais da ação 0181 – Pagamento de Aposentadorias e Pensões – Servidores Civis	222
Tabela 236 - Despesas Correntes da Ação 0181	222
Tabela 237 - Dados gerais da ação 2000 – Administração da Unidade	223
Tabela 238 - Evolução dos gastos gerais, por ano	223

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação da UJ no Relatório de Gestão Individual.....	22
Quadro 2 - Execução Física das Ações Realizadas pelo UJ.....	28
Quadro 3 - Identificação das Unidades Orçamentárias	29
Quadro 4 - Despesas por Modalidade de Contratação de Créditos Recebidos por Movimentação.....	30
Quadro 5 - Despesas Correntes por Grupo e Elemento de Despesa dos Créditos Recebidos por Movimentação	31
Quadro 6 - Despesas de Capital por grupo e elemento de despesa dos Créditos Recebidos por movimentação	32
Quadro 7 - Situação dos Restos a Pagar de Exercícios Anteriores.	167
Quadro 8 – Força de Trabalho da UJ – Situação Apurada em 31/12.....	168
Quadro 9 - Situações que reduzem a força de trabalho da UJ – Situação apurada em 31/12.....	168
Quadro 10 - Detalhamento Estrutura de Cargos em comissão e funções gratificadas da UJ – Em 31/12.....	169
Quadro 11 - Quantidade de servidores da UJ por faixa etária - Situação apurada em 31/12	169
Quadro 12 - Quantidade de servidores da UJ por nível de escolaridade - Situação apurada em 31/12.....	169
Quadro 13 - Composição do Quadro de Servidores Inativos - Situação apurada em 31 de dezembro	170
Quadro 14 - Composição do Quadro de Instituidores de Pensão - Situação apurada em 31/12.....	170
Quadro 15 - Composição do Quadro de Estagiários	170
Quadro 16 – Quadro de custos de pessoal no exercício de referência e nos dois exercícios anteriores (Em R\$1,00)	171
Quadro 17 - Cargos e atividades inerentes a categorias funcionais do plano de cargos da UJ	172
Quadro 18 - Contratos de prestação de serviços de limpeza e higiene e vigilância ostensiva	173
Quadro 19 - Contratos de prestação de serviços com locação de mão de obra	174
Quadro 20 - Demonstrativo do cumprimento, por autoridades e servidores da UJ, da obrigação de entregar a DBR	175
Quadro 21 - Estrutura de Controles Internos.....	176
Quadro 22 - Gestão Ambiental e Licitações Sustentáveis.....	178
Quadro 23 - Distribuição Espacial dos Bens Imóveis de Uso Especial de Propriedade da União	180
Quadro 24 - Distribuição Espacial dos Bens Imóveis de Uso Especial Locados de Terceiros	180
Quadro 25 - Discriminação dos Bens Imóveis de Propriedade da União sob-responsabilidade da UJ.....	180
Quadro 26 - Gestão da Tecnologia da Informação da unidade jurisdicionada.....	181
Quadro 27 - Cartão de Crédito Corporativo: Série Histórica das Despesas	182
Quadro 28 - Despesa Com Cartão de Crédito Corporativo por UG e por Portador	182

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Índice de realização do orçamento - IRO	33
Gráfico 2 - Índice de execução do orçamento – IEXO	33
Gráfico 3 - Taxa de conformidade dos padrões da Acreditação com foco no paciente.....	37
Gráfico 4 - Taxa de conformidade dos padrões da Acreditação com foco na instituição ¹	37
Gráfico 5 - Taxa de conformidade dos padrões da Acreditação com foco nas Metas Internacionais	37
Gráfico 6 - Taxa de pontuação dos critérios do PQRio.....	38
Gráfico 7 - Média Geral das notas dos capítulos.....	38
Gráfico 8 - Participação do INTO na realização de procedimentos de alta complexidade, por ano, segundo esfera política.	44
Gráfico 9 - Participação do INTO na realização de procedimentos de media complexidade, por ano, segundo esfera política.	44
Gráfico 10 - Avaliações da Tecnovigilância dos produtos novos a serem incorporados por critério de aprovação.....	47
Gráfico 11 - Turn-over.....	117
Gráfico 12 - Absenteísmo na área de enfermagem	117
Gráfico 13 - Movimentação de pessoal - Admissão.....	117
Gráfico 14 - Movimentação de pessoal - Exoneração.....	117
Gráfico 15 - Movimentação de pessoal – Remoção.....	118
Gráfico 16 - Reposições ao erário.....	120
Gráfico 17 - Adesão aos exames periódicos dos servidores expostos à radiação ionizante	123
Gráfico 18 - Acidente de trabalho com material biológico	124
Gráfico 19 - Processo de acumulação de cargos	130
Gráfico 20 - Percentual de ameaças bloqueadas e mensagens válidas por ano.....	131
Gráfico 21 - Distribuição de micros e impressoras	134
Gráfico 22 - Classificação de equipamentos de responsabilidade da JOBMED por nível de criticidade	136
Gráfico 23 - Classificação por nível de criticidade de equipamentos de empresas sob a supervisão e acompanhamento da JOBMED.....	137
Gráfico 24 - Classificação por nível de criticidade do parque de equipamentos biomédicos do INTO	137
Gráfico 25 - Percentual faturado e aplicado em peças de reposição da rede de gases medicinais	138
Gráfico 26 - Eventos de manutenção preventiva e corretiva da rede de gases medicinais.....	138
Gráfico 27 - Comparativo percentual dos resíduos - Grupo A (biológico) x Grupo D (comum).....	145
Gráfico 28 - Ações Cirúrgicas.....	158
Gráfico 29 - atendimentos Ambulatoriais	158
Gráfico 30 - atendimentos Cirúrgicos	158
Gráfico 31 - Ações Científicas.....	158
Gráfico 32 - Cirurgias por especialidade.....	159
Gráfico 33 - Procedimentos por complexidade	159
Gráfico 34 - Enxerto ósseo, em peso(g), utilizado por centro do INTO	163
Gráfico 35 - Enxerto ósseo utilizado em (g), no INTO e para outras instituições.....	163
Gráfico 36 - Índice de Execução da Despesa Realizada - IEDR.....	218
Gráfico 37 - Evolução das contas de custeio da Ação 8759, em milhões de Reais.....	219

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE QUADROS.....	14
LISTA DE GRÁFICOS.....	15
APRESENTAÇÃO	20
1. INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE JURISDICIONADA.....	22
1.1. RELATÓRIO DE GESTÃO INDIVIDUAL.....	22
2. INFORMAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO E GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DA UNIDADE.....	24
2.1. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS NA UNIDADE.....	24
2.2. ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO FRENTE ÀS RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS.....	25
2.2.1. UM NOVO ENDEREÇO, UM NOVO CONCEITO DE ATENDIMENTO.....	27
2.2.1.1. Saúde com Sustentabilidade.....	27
2.2.1.2. Gestão da Mudança	27
2.2.1.3. Inovações na Assistência	28
2.3. PROGRAMAS DE GOVERNO SOB A RESPONSABILIDADE DA UJ.....	28
2.3.1. Execução dos Programas de Governo sob a Responsabilidade da UJ.....	28
2.3.2. Execução Física das Ações Realizadas pela UJ.....	28
2.4. DESEMPENHO ORÇAMENTÁRIO/FINANCEIRO	29
2.4.1. Programação Orçamentária da Despesa	29
2.4.2. Programação de Despesas Correntes.....	29
2.4.3. Programação de Despesas de Capital.....	29
2.4.4. Execução Orçamentária da Despesa	29
2.4.4.1. Execução orçamentária de créditos originários da UJ	29
2.4.4.2. Execução orçamentária de créditos recebidos pela UJ por movimentação	30
2.4.4.3. Despesas por modalidade de contratação dos créditos recebidos por movimentação.....	30
2.4.5. Despesas Correntes por Grupo e Elemento de Despesa dos créditos recebidos por movimentação	31
2.4.6. Despesas de Capital por Grupo e Elemento de Despesa dos créditos recebidos por movimentação.....	32
2.4.7. Indicadores Institucionais.....	34
2.4.7.1. DIREÇÃO GERAL – DIREG	34
2.4.7.1.1. ÁREA DE DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL - ARDIN	34
2.4.7.1.2. ASSESSORIA DA QUALIDADE - ASQUA.....	36
2.4.7.1.3. OUVIDORIA - OUVID	39
2.4.7.2. COORDENAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR – COUNH.....	42
2.4.7.2.1. ASSESSORIA DE FILA – ASFIL	44
2.4.7.2.2. GERÊNCIA DE RISCO - GRISC.....	45
2.4.7.2.3. ÁREA DE DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO – ADEPH.....	49
2.4.7.2.4. ÁREA DE INFECÇÃO HOSPITALAR – AINFH.....	50
2.4.7.2.5. ÁREA DE MEDICINA INTERNA – ARMIN	54
2.4.7.2.6. ÁREA DE TRATAMENTO DA DOR - ARDOR.....	56
2.4.7.2.7. ÁREA DE PEDIATRIA - ARPED.....	58
2.4.7.2.8. ÁREA DA ANESTESIOLOGIA – ANEST.....	59
2.4.7.2.9. ÁREA DE ENFERMAGEM - AENFE	61
2.4.7.2.10. ÁREA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ARSOC	63
2.4.7.2.10.1. INTO – VOLUNTÁRIO.....	63
2.4.7.2.11. ÁREA DE NUTRIÇÃO - ARNUT.....	66
2.4.7.2.12. ÁREA DE SAÚDE MENTAL - ARMEN	68
2.4.7.2.13. ÁREA DE FATURAMENTO – ARFAT.....	70
2.4.7.2.14. DIVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAESP	71
2.4.7.2.15. DIVISÃO DE CUIDADOS DE PRODUÇÃO DE CUIDADO AO PACIENTE – DCUID	74
2.4.7.2.15.1. Núcleo de Regulação Interna - NIR.....	74

2.4.7.2.15.2.	Unidade Ambulatorial – UAMB	76
2.4.7.2.15.3.	Unidade de Atendimento Domiciliar – UDOMI	79
2.4.7.2.15.4.	Unidade de Admissão e Internação - UINTE	83
2.4.7.2.15.5.	Unidade de Terapia Intensiva - UTEIN.....	85
2.4.7.2.15.6.	Unidade de Reabilitação - UREAB.....	87
2.4.7.2.15.7.	Central de Material de Esterilização - CMATE	89
2.4.7.2.16.	DIVISÃO DAS UNIDADES DE PRODUÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – DDIAG	91
2.4.7.2.16.1.	Unidade de Arquivo Médico - UARQ.....	91
2.4.7.2.16.2.	Unidade de Laudo Médico - ULAUD	92
2.4.7.2.16.3.	Unidade de Rouparia – UROUP	94
2.4.7.2.16.4.	Unidade Transfusional - UTRAN.....	95
2.4.7.2.16.5.	Unidade de Imagenologia - UIMAG.....	97
2.4.7.2.16.6.	Unidade de Patologia Clínica – UPATO.....	99
2.4.7.2.16.7.	Unidade de Anatomia Patológica - UANAT.....	101
2.4.7.2.16.8.	Unidade de Farmácia – UFARM.....	104
2.4.7.3.	COORDENAÇÃO EXECUTIVA – COEX.....	108
2.4.7.3.1.	ÁREA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – ARPLA	108
2.4.7.3.2.	CENTRAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO.....	109
2.4.7.3.3.	DIVISÃO DE SUPRIMENTOS - DISUP	110
2.4.7.3.3.1.	Serviço de Patrimônio – SEPAT	112
2.4.7.3.3.2.	Serviço De Almoxarifado – SERAL.....	113
2.4.7.3.4.	DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS – DIRHU	115
2.4.7.3.4.1.	ÁREA DE CADASTRO - ARCAD.....	115
2.4.7.3.4.2.	ÁREA DE PAGAMENTO - ARPAG	118
2.4.7.3.4.3.	ÁREA DE DESENVOLVIMENTO - ARDES.....	120
2.4.7.3.4.4.	ÁREA DE SAÚDE OCUPACIONAL - ARSAO	122
2.4.7.3.4.5.	ÁREA DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE LABORAL - ADESAL.....	128
2.4.7.3.4.6.	ÁREA DE LEGISLAÇÃO E PESQUISA - ARLEP.....	129
2.4.7.3.5.	DIVISÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO – DIVTI.....	130
2.4.7.3.5.1.	ÁREA DE REDES E INFRAESTRUTURA - ARINF.....	131
2.4.7.3.5.2.	ÁREA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS - ADESI.....	132
2.4.7.3.5.3.	ÁREA DE SUPORTE TÉCNICO - ARSUT.....	134
2.4.7.3.5.4.	ÁREA DE TELEFONIA - ARTEL	135
2.4.7.3.6.	DIVISÃO DE INFRAESTRUTURA- DIEST	135
2.4.7.3.6.1.	ÁREA DE ENGENHARIA CLÍNICA – ARENC	136
2.4.7.3.6.2.	SERVIÇO DE ENGENHARIA – SENGE	139
2.4.7.3.6.2.1.	Área de Manutenção Predial - ARMAP.....	139
2.4.7.3.6.3.	SERVIÇO DE ATIVIDADES AUXILIARES - SEATA.....	143
2.4.7.3.6.3.1	ÁREA DE TRANSPORTES - ATRAN.....	143
2.4.7.3.6.3.2	ÁREA DE LIMPEZA - ARLIM.....	144
2.4.7.3.6.4.	GERÊNCIA DE RESÍDUOS DE SAÚDE - GRESS.....	145
2.4.8.	COORDENAÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO - COENP	146
2.4.8.1.1.	DIVISÃO DE ENSINO – DIENS.....	146
2.4.8.1.1.1.	SERVIÇO DE ESTÁGIO E RESIDÊNCIA MÉDICA - SERMED.....	146
2.4.8.1.1.2.	SERVIÇO DE ESTÁGIO E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - SERMU	148
2.4.8.1.1.2.1.	ÁREA DE BIBLIOTECA - ARBLI	150
2.4.8.1.1.3.	SERVIÇO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA – SEDUC.....	150
2.4.8.1.1.4.	SERVIÇO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM – SEPEN.....	151
2.4.8.1.2.	DIVISÃO DE PESQUISA – DIPES	153
2.4.8.1.2.1.	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA & COMISSÃO CIENTÍFICA.....	153
2.4.8.1.2.2.	PESQUISA CLÍNICA - PECLIN	154
2.4.8.1.2.3.	PESQUISA BÁSICA – PEBAS	155

2.4.8.1.2.4.	<i>PESQUISA NEUROMUSCULAR - PNEURO</i>	156
2.4.8.1.2.5.	<i>PESQUISA FISILOGIA DO ESFORÇO – PEFIES</i>	157
2.4.8.2.	<i>COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL – CODIN</i>	157
2.4.8.2.1.	<i>DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO, INOVAÇÃO E POLÍTICA EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA – DIDIP</i>	157
2.4.8.2.1.1.	<i>Serviço de Epidemiologia e Vigilância em Ortopedia e Traumatologia - SEPIV</i>	157
2.4.8.2.1.2.	<i>Serviço de Projetos - SEPRO</i>	158
2.4.8.2.1.3.	<i>Serviço de Normas e Políticas em Traumatologia e Ortopedia – SENOP</i>	159
2.4.8.2.1.4.	<i>Serviço de Desenvolvimento e Inovação – SEDIN</i>	161
2.4.8.2.2.	<i>DIVISÃO DE TRANSPLANTES DE MULTITECIDOS - DITMT</i>	162
3.	<i>INFORMAÇÕES SOBRE O RECONHECIMENTO DE PASSIVOS POR INSUFICIÊNCIA DE CRÉDITOS OU RECURSOS</i>	167
4.	<i>INFORMAÇÕES SOBRE A MOVIMENTAÇÃO E OS SALDOS DE RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES</i>	167
4.1.	<i>PAGAMENTOS E CANCELAMENTOS DE RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES</i>	167
4.2.	<i>ANÁLISE CRÍTICA</i>	167
5.	<i>INFORMAÇÕES SOBRE OS RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE</i>	167
5.1.	<i>COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES ATIVOS</i>	167
5.1.1.	<i>Demonstração da força de trabalho à disposição da UJ</i>	168
5.1.2.	<i>Situações que reduzem a força de trabalho efetiva da UJ</i>	168
5.1.3.	<i>Quantificação dos cargos em comissão e das funções gratificadas da UJ</i>	169
5.1.4.	<i>Qualificação do quadro de pessoal da UJ segundo a idade</i>	169
5.1.5.	<i>Qualificação do quadro de pessoal da UJ segundo a escolaridade</i>	169
5.2.	<i>COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES INATIVOS E PENSIONISTAS</i>	170
5.2.1.	<i>Classificação do quadro de servidores inativos da unidade jurisdicionada segundo o regime de proventos e de aposentadoria</i>	170
5.2.2.	<i>Demonstração das origens das pensões pagas pela UJ</i>	170
5.3.	<i>COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE ESTAGIÁRIOS</i>	170
5.4.	<i>DEMONSTRAÇÃO DOS CUSTOS DE PESSOAL DA UJ</i>	171
5.5.	<i>TERCEIRIZAÇÃO DE MÃO DE OBRA EMPREGADA PELA UJ</i>	172
5.5.1.	<i>Informações sobre terceirização sobre cargos e atividades do plano de cargos do órgão.</i>	172
5.5.2.	<i>Autorizações expedidas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para realização de concursos públicos para substituição de terceirizados.</i>	172
5.5.3.	<i>Informações sobre contratação de serviços de limpeza, higiene e vigilância ostensiva pela unidade.</i>	173
5.5.4.	<i>Informações sobre locação de mão de obra para atividades não abrangidas pelo plano de cargos do órgão</i>	174
5.6.	<i>INDICADORES GERENCIAIS SOBRE RECURSOS HUMANOS</i>	175
6.	<i>INSTRUMENTOS DE TRANSFERÊNCIAS VIGENTES NO EXERCÍCIO</i>	175
7.	<i>DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DE DADOS NO SIASG E SICONV</i>	175
8.	<i>INFORMAÇÕES SOBRE O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES ESTABELECIDAS NA LEI Nº 8.730 DE 10 DE NOVEMBRO DE 1993</i>	175
8.1.	<i>SITUAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES IMPOSTAS PELA LEI 8.730/93</i>	175
8.2.	<i>ANÁLISE CRÍTICA</i>	175
9.	<i>INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE CONTROLE INTERNO DA UJ</i>	176
9.1.	<i>ESTRUTURA DE CONTROLES INTERNOS DA UJ</i>	176
10.	<i>INFORMAÇÕES QUANTO À ADOÇÃO DE CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL NA AQUISIÇÃO DE BENS, MATERIAIS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E NA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS OU OBRAS</i>	178
10.1	<i>GESTÃO AMBIENTAL E LICITAÇÕES SUSTENTÁVEIS</i>	178
11.	<i>INFORMAÇÕES DE GESTÃO DO PATRIMÔNIO IMOBILIÁRIO DE RESPONSABILIDADE DA UJ, CLASSIFICADO COMO “BENS DE USO ESPECIAL” DE PROPRIEDADE DA UNIÃO OU LOCADO DE TERCEIROS</i>	180
11.1.	<i>GESTÃO DE BENS IMÓVEIS DE USO ESPECIAL</i>	180
12.	<i>INFORMAÇÕES SOBRE A GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DA UJ</i>	181

12.1.	<i>GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)</i>	181
13.	<i>INFORMAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DE CARTÕES DE PAGAMENTO DO GOVERNO FEDERAL</i> ...	182
13.1.	<i>Despesas com cartão de crédito corporativo</i>	182
13.1.1.	<i>Relação dos portadores de cartão de crédito corporativo na unidade e utilização no exercício</i>	182
13.1.2.	<i>Utilização dos cartões de crédito corporativo da unidade</i>	182
14.	<i>INFORMAÇÕES SOBRE RENÚNCIA TRIBUTÁRIA SOB GESTÃO DA UJ</i>	183
15	<i>INFORMAÇÕES SOBRE AS PROVIDÊNCIAS ADOTADAS PARA ATENDER ÀS DELIBERAÇÕES DO TCU.</i>	183
15.1	<i>DELIBERAÇÕES DO TCU ATENDIDAS NO EXERCÍCIO</i>	183
15.2	<i>DELIBERAÇÕES DO TCU PENDENTES DE ATENDIMENTO AO FINAL DO EXERCÍCIO.</i>	201
15.3	<i>RECOMENDAÇÕES DO OCI ATENDIDAS NO EXERCÍCIO</i>	201
15.4	<i>RECOMENDAÇÕES DO OCI PENDENTES DE ATENDIMENTO AO FINAL DO EXERCÍCIO</i>	215
16	<i>RECOMENDAÇÕES DA UNIDADE DE CONTROLE INTERNO OU DE AUDITORIA INTERNA ATENDIDAS NO EXERCÍCIO</i>	215
17	<i>DECLARAÇÃO DO CONTADOR</i>	215
17.1	<i>DECLARAÇÃO DO CONTADOR ATESTANDO CONFORMIDADE DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS</i>	215
18	<i>OUTRAS INFORMAÇÕES CONSIDERADAS RELEVANTES PELA UNIDADE PARA DEMONSTRAR A CONFORMIDADE DESEMPENHO DA GESTÃO NO EXERCÍCIO</i>	216
18.1	<i>PRINCIPAIS AÇÕES DO PROGRAMA 1220</i>	217
18.2	<i>PRINCIPAIS AÇÕES DO PROGRAMA 0016</i>	221
	<i>Tabela 233 - Dados gerais da ação 2B52 - Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde</i>	222
18.3	<i>PRINCIPAIS AÇÕES DO PROGRAMA 0089</i>	222
	<i>Tabela 235 - Dados gerais da ação 0181 – Pagamento de Aposentadorias e Pensões – Servidores Cíveis</i>	222
	<i>Tabela 236 - Despesas Correntes da Ação 0181</i>	222
18.4	<i>PRINCIPAIS AÇÕES DO PROGRAMA 0750</i>	223
18.5	<i>EVOLUÇÃO DE GASTOS GERAIS</i>	223
Anexos	225

APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta as ações desenvolvidas no exercício de 2011 pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad - INTO, como instância técnica e executiva do Ministério da Saúde.

O INTO é uma unidade de referência nacional, cujas ações direcionadas para a especialidade de traumatologia e ortopedia compreendem a realização de procedimentos cirúrgicos, a atuação no ensino e na pesquisa, o aperfeiçoamento de profissionais e a promoção do desenvolvimento tecnológico.

Para desenvolver essas atividades, conta com quatro coordenações:

- Coordenação da Unidade Hospitalar: realiza preferencialmente procedimentos em alta complexidade, gerando protocolo e parâmetros assistenciais na especialidade de traumatologia e ortopedia.

- Coordenação de Desenvolvimento Institucional: responsável pelo subsídio técnico aos programas nacionais e ao controle e avaliação de sistemas e redes assistenciais, bem como na regulação da alta complexidade, do uso de tecido musculoesquelético, órteses, próteses e implantes referentes à especialidade;

- Coordenação de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico: atua na qualificação de profissionais em todos os níveis assistenciais e desenvolve linhas de pesquisa na especialidade.

- Coordenação Executiva: responsável por subsidiar as atividades desenvolvidas pelas diversas áreas quanto à coordenação de aquisição de suprimentos e serviços, estoques, recursos humanos, gestão financeira e patrimonial, suporte em tecnologia da informação, desenvolvimento de sistemas de informação e planejamento e avaliação das ações.

Lema

Humanização e Qualidade

Missão

Promover ações como Instituto de Referência na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e articulação de políticas públicas em Traumatologia, Ortopedia e Reabilitação.

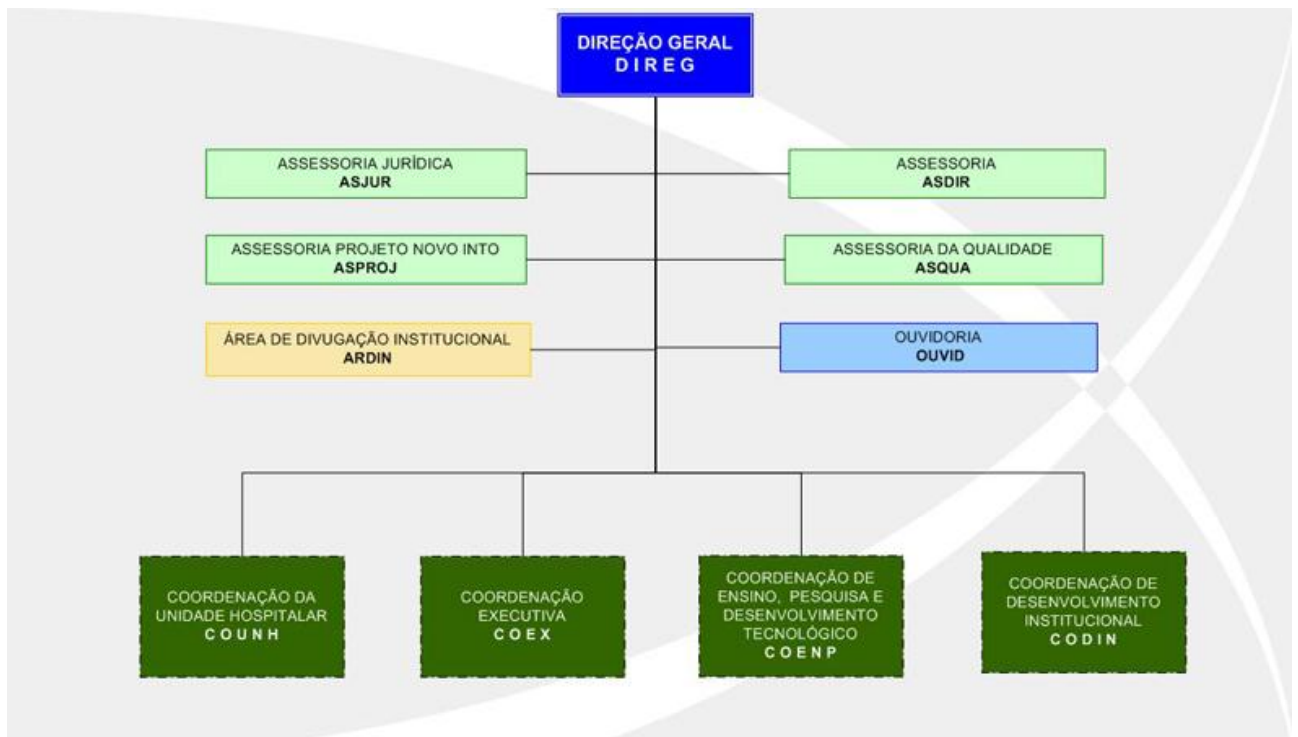
Visão

Contribuir para o SUS por meio da assistência em alta complexidade, da geração e disseminação de conhecimento técnico e de gestão, da formação de profissionais e pesquisadores de saúde de reconhecimento nacional e internacional, e do apoio ao Ministério da Saúde na elaboração de políticas públicas efetivas na área de Traumatologia, Ortopedia e Reabilitação.

Valores e Princípios

- Humanização
- Qualidade
- Transparência e Ética
- Credibilidade
- Excelência Técnica
- Geração e Disseminação do Conhecimento

Organograma Funcional



1. INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE JURISDICIONADA

1.1. RELATÓRIO DE GESTÃO INDIVIDUAL

Quadro 1 - Identificação da UJ no Relatório de Gestão Individual

Poder e Órgão de Vinculação			
Poder: Executivo			
Órgão de Vinculação: Ministério da Saúde			Código SIORG: 304
Identificação da Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			
Denominação abreviada: INTO			
Código SIORG: 9196	Código LOA: 250057	Código SIAFI: 250057	
Situação: Ativa			
Natureza Jurídica: Órgão da Administração Direta			
Principal Atividade: Atividades de Atendimento Hospitalar			Código CNAE: 8610-1
Telefones/Fax de contato:	(021) 2134-5000		
E-mail: into@into.saude.gov.br			
Página na Internet: http://www.into.saude.gov.br			
Endereço Postal: Av. Brasil, 500 – São Cristóvão – Rio de Janeiro, RJ – CEP: 20.940-070.			
Normas relacionadas à Unidade Jurisdicionada			
Instituído em 1994 através da Portaria GM/MS nº. 1820, de 31/10/1994, publicada no Diário Oficial da União de 01/11/1994.			
Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde: Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009 e Portaria 3.965 de 14 de dezembro de 2010, que aprovam os regimentos internos dos órgãos do Ministério da Saúde.			
Manuais e publicações relacionadas às atividades da Unidade Jurisdicionada			
<ol style="list-style-type: none">1. Direção – DIREG2. Área de Divulgação Institucional – ARDIN3. Ouvidoria4. Coordenação da Unidade Hospitalar – COUNH5. Área de Infecção Hospitalar – AINFH6. Área de Anestesia – ANEST7. Área de Enfermagem – AENFE8. Área Assistência Social – ARSOC9. Área de Nutrição – ARNUT10. Área de Saúde – ARMEN11. Área de Pediatria – ARPED12. Área de Faturamento – ARFAT13. Divisão de Atenção Especializada – DAESP14. Divisão de Unidades de Produção do Cuidado aos Pacientes – DCUID15. Unidade Ambulatorial – UAMB16. Unidade de Atendimento Domiciliar – UDOMI17. Unidade de Admissão e Internação (Enfermarias) – UINTE18. Unidade de Terapia Intensiva – UTEIN19. Unidade de Reabilitação – UREAB (2 volumes)			

20. Divisão das Unidades de Produção de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – DDIAG
21. Unidade de Central de Material e Esterilização – CMATE
22. Unidade de Rouparia – UROUP
23. Unidade Transfusional – UTRAN
24. Unidade de Imagenologia – UIMAG
25. Unidade de Patologia Clínica – UPATO
26. Unidade de Anatomia Patológica – UANAT
27. Unidade de Farmácia – UFARM
28. Área de Planejamento e Avaliação das Ações – ARPLA
29. Área de Padronização – ARPAQ
30. Serviço de Almoxarifado – SERAL
31. Área de Implantes – ARIMP
32. Área de Segurança Pessoal e Patrimonial – ASEPA
33. Área de Transporte – ATRAN
34. Área de Telefonia – ARTEL
35. Área de Limpeza – ARLIM
36. Serviço de Engenharia – SENGE
37. Divisão de Recursos Humanos – DIRHU
38. Manual de Descrição de Cargos – DIRHU
39. Área de cadastro – ARCAD
40. Área de Pagamento – ARPAG
41. Área de Desenvolvimento – ARDES
42. Área de Saúde Ocupacional – ARSAO
43. Área de Desenvolvimento da Saúde Laboral – ADESAL
44. Divisão de Transplantes e Multitecidos – DITMT
45. Manual de Rotinas de Interface
46. Manual de Protocolos Clínicos
47. Manual de Protocolos Cirúrgicos
48. Manual de Políticas
49. Manual de Normas e Planos

Unidades Gestoras relacionadas à Unidade Jurisdicionada

Código SIAFI	Nome
250103	Hospital Geral de Ipanema
250104	Hospital Geral de Jacarepaguá
250105	Hospital da Lagoa
250106	Hospital Geral Andaraí

Gestões relacionadas à Unidade Jurisdicionada

Código SIAFI	Nome
001	Gestão Tesouro

Relacionamento entre Unidades Gestoras e Gestões

Código SIAFI da Unidade Gestora	Código SIAFI da Gestão
-	-

2. INFORMAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO E GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DA UNIDADE

2.1. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS NA UNIDADE

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad vem consolidando ao longo dos últimos anos o seu amadurecimento institucional, visando atingir a envergadura necessária à sua função de formador de políticas públicas de saúde, através de uma crescente integração ao Sistema único de Saúde – SUS.

No âmbito da execução de políticas públicas na esfera federal, o INTO teve, no primeiro semestre de 2011, um papel importante na articulação dos eixos do programa Mais Saúde (extinto no segundo semestre), assim como empreendeu ações nas esferas estadual e municipal.

Para o cumprimento de sua missão institucional, o INTO definiu **seis** grandes objetivos estratégicos, sejam eles:

- Desenvolver processos, procedimentos e competências assistenciais e de gestão efetivos e replicáveis na rede de saúde.
- Focar na alta complexidade.
- Atuar pro ativamente na normatização, na incorporação tecnológica e de protocolos na rede e no desenvolvimento de políticas públicas.
- Atuar no monitoramento e organização da rede de atenção em traumatologia e ortopedia.
- Formar profissionais e pesquisadores de alto nível e reconhecimento internacional.
- Obter reconhecimento internacional da Instituição na área de pesquisa e gestão.

No exercício da gestão diversas iniciativas foram empreendidas com a finalidade de consolidar os objetivos estratégicos da instituição. Entre as realizações que obtiveram sucesso e impactos positivos para o INTO e para o SUS destacamos:

- Implantação de inovações e melhorias na produtividade assistencial, com maior realização de procedimentos de alta complexidade e impacto positivo nas três esferas de governo;
- Consolidação do Projeto Suporte, com 31 convênios firmados abrangendo todo o território nacional;
- Utilização de Colegiados Gerencias (Diretor, Assistencial e Administrativo) como fóruns de decisões;
- Utilização de Conselho de Gestão Participativa;
- Realização de ações visando à transparência administrativa;
- Construção de indicadores assistenciais e administrativos para subsídio à tomada de decisão e à gestão;
- Realização de ações de fomento à gestão do conhecimento;
- Ampliação de Programas de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Institucional;
- Finalização da obra da nova sede institucional, que permitirá a ampliação da capacidade produtiva e um melhor acesso aos cidadãos.

Além dos seis grandes objetivos apontados anteriormente, o Instituto tem definidos como estratégicos outros objetivos, a saber:

- Garantir a assistência de alta complexidade eficiente e com melhoria contínua no cuidado ao paciente;
- Alavancar a geração e disseminação de conhecimento através de formação de profissionais e pesquisadores;
- Ter excelência e transparência na captação e execução orçamentária e financeira;
- Apoiar o MS na otimização e incorporação tecnológica na rede assistencial;
- Organizar e disponibilizar informações da rede nacional de atendimento em TO;
- Garantir atendimento em alta e média complexidade;
- Ampliar a atuação em transplantes de multitecidos;
- Ampliar o volume e a qualidade da pesquisa técnica e de gestão e das publicações nacionais e internacionais;
- Promover a comunicação interna e externa fortalecendo a imagem do INTO;
- Garantir a excelência e continuidade na gestão da estratégia;
- Melhorar continuamente a infraestrutura e os processos de trabalho;
- Gerar e disseminar conhecimento técnico e de gestão;
- Efetivar a gestão integrada da informação;
- Atrair, desenvolver e reter as competências do corpo funcional;
- Promover um ambiente e cultura de trabalho em equipe multidisciplinar;
- Aprimorar as Tecnologias de Informação e Comunicação dinamizando a gestão do INTO e o atendimento ao público externo.

O atual planejamento estratégico do INTO se fundamenta no sistema de gestão de desempenho conhecido por BSC (*Balanced Scorecard*), o qual foi customizado para o instituto e denominado de CONSTRUINTO. É composto de vinte objetivos estratégicos. O mapeamento para construção deste modelo de gestão integrada foi realizado com a participação de gestores de várias áreas do Instituto.

Paralelamente à construção deste novo modelo e à definição de cenários de longo prazo, foi validada a nova visão de futuro e os vetores estratégicos da instituição. A definição destes vetores e dos planos de ação para o alcance dos objetivos estratégicos vai auxiliar o Instituto no cumprimento de seu papel no desenvolvimento e execução de políticas públicas de saúde.

2.2. ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO FRENTE ÀS RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Para atender às responsabilidades institucionais no contexto político e econômico, as estratégias de atuação do INTO no ano de 2011 permaneceram focadas na efetividade de assessoramento ao Ministério da Saúde, na formulação e execução de políticas de atenção à saúde na área de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação. Devido a sua expertise nas áreas de Traumatologia e Ortopedia, o Instituto foi convocado pelo Ministério da Saúde para prestar consultoria na estruturação de redes de Atenção, visando a melhoria do atendimento nestas áreas, principalmente devido ao aumento de demanda, diretamente relacionado ao envelhecimento da população e ao aumento dos acidentes e da violência no Brasil. A consultoria prestada pelo INTO envolve a cooperação técnica junto às Secretarias de Saúde e Universidades e a assessoria técnica na avaliação de serviços de alta complexidade.

Dentro de um contexto tecnológico, a atuação do Instituto pode ser demonstrada nas seguintes ações:

- Participação ativa na Coordenação da Rede Nacional de Avaliação de Implantes Ortopédicos - REMATO, em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia.
- Assessoramento na atualização de procedimentos, próteses e órteses da tabela SUS, por meio da Câmara Técnica.
- Realização de convênios para ablação de tecidos músculos-esqueléticos em cadáveres.
- Assessoramento técnico na avaliação de bancos de tecidos músculos-esqueléticos em outras instituições.
- Participação em projetos de pesquisa de interesse estratégico para o Ministério da Saúde através da Coordenação de Ensino e Pesquisa.

Dentro da perspectiva de desenvolvimento e inovação, estão implantados dentro do INTO os seguintes Centros e Laboratórios:

- Centro de Terapia Celular e Bioengenharia Ortopédica - CTCel: visa a introdução da terapia gênica e de células tronco, com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento de um núcleo de pesquisa laboratorial que possa fornecer substrato à pesquisa clínica em ortopedia e traumatologia e desenvolver novas tecnologias e protocolos em terapias celulares.

- Laboratório de Pesquisa Neuromuscular: tem como objetivo a investigação dos mecanismos de adaptação da função neuromuscular no exercício, e o desenvolvimento de pesquisas sobre as variáveis que sinalizam para os questionamentos sobre as etiopatogenias da lesão articular.

- Laboratório de Fisiologia do Esforço - LAFES: tem por objetivo desenvolver linhas de pesquisa voltadas para a promoção e desenvolvimento de ações multiprofissionais na área de medicina do exercício, bem como empreender estudos que contribuam para o estabelecimento de protocolos clínicos em traumatologia e ortopedia e medicina do esporte.

Na área de ensino, pode-se dizer que o INTO ocupa um lugar de destaque na formação de profissionais, devido ao acúmulo de conhecimento e experiência do quadro funcional, que traz um enorme diferencial para a instituição.

O Instituto possui programa de Residência Médica em ortopedia e traumatologia, em conformidade com as exigências do Ministério de Educação e firmou convênio com a UNIRIO para residência em enfermagem e farmácia. Disponibiliza também, estágios curriculares e extracurriculares em medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, serviço social e psicologia, além de estágio de aperfeiçoamento para profissionais visitantes.

Com o foco em um dos objetivos estratégicos, o da ampliação do acesso às ações e serviços de saúde em traumatologia e ortopedia, todas as coordenações, divisões, unidades e áreas do Instituto participaram ativamente do processo de transição para a nova sede no ano de 2011.

Visando a estruturação de uma rede de atenção em Traumatologia e Ortopedia, foi formado em 2011 um Núcleo Interno de Regulação (NIR) no INTO. Este núcleo busca uma melhor integração com as secretarias estaduais e municipais de saúde, através de centrais de regulação, para melhor distribuir as demandas e as necessidades da população entre os três entes federados.

O Instituto obteve em 2009 a recertificação de sua Unidade Hospitalar pela *Joint Commission International* e vem atuando ativamente na melhoria contínua de seus processos operacionais para cada vez mais garantir a qualidade e a segurança de seus pacientes. Em março de 2012 passará por uma Avaliação de Extensão devido ao aumento de área física e da capacidade instalada (superior a 25%) da nova sede. No mês de setembro o Instituto receberá nova visita de certificação, realizada trienalmente.

O INTO busca a sua excelência, não apenas na assistência, mas também em ensino, pesquisa e em gestão. Está firmemente determinado a exercer com responsabilidade seu papel de orientar o Ministério da Saúde no desenvolvimento e execução de políticas públicas, sem perder o foco nos

seus objetivos estratégicos, principalmente após a mudança de sede e a perspectiva de aumento de capacidade produtiva. Seu foco principal porém continua sendo o paciente, e cada vez mais busca oferecer qualidade e segurança nos seus processos operacionais.

2.2.1. UM NOVO ENDEREÇO, UM NOVO CONCEITO DE ATENDIMENTO

O ano de 2011 marcou a conclusão de mais um passo rumo à consolidação da excelência do Instituto nas áreas de assistência, gestão e pesquisa, com a inauguração de sua nova sede.

As novas instalações permitiram um aumento de oito para vinte e uma salas cirúrgicas, três disponibilizadas para o hospital-dia e uma destinada para atendimento de emergência referenciada. Duas destas salas possuem equipamentos para transmissão de cirurgias ao vivo, via satélite, que permitirão o treinamento e a educação continuada dos profissionais da saúde, especificamente os que integram o Projeto Suporte, que hoje já alcança os 26 estados da União. Além disso, o INTO passou a dispor de 60 consultórios, 255 leitos de internação e 48 leitos de terapia intensiva e pós-operatório. No entanto, vale ressaltar que toda essa capacidade instalada ainda não se encontra em plena utilização conforme cronograma pré-estabelecido pelo grupo de apoio técnico.

A estrutura do Novo Instituto vai permitir a realização de um quantitativo de cirurgias ao ano consideravelmente maior, em contraste com as 5.600 realizadas atualmente, o que vai reduzir o tempo médio de espera na fila. A expectativa é a de que os atendimentos ambulatoriais passem de 102 para 305 mil quando o instituto estiver em plena operação.

2.2.1.1. Saúde com Sustentabilidade

O projeto de construção do complexo do novo INTO levou em consideração cuidados com o meio ambiente e com a qualidade de vida da população. As obras visaram atender às exigências de sustentabilidade tais como: iluminação natural, redução do consumo de água e energia e utilização de madeiras certificadas na obra.

As edificações foram construídas em níveis de terreno acima dos existentes evitando, assim, a execução de pavimentos enterrados, o que minimiza as interferências com o lençol freático.

Destacam-se ainda as seguintes iniciativas:

- Construção de praças arborizadas;
- Reutilização da água da chuva para o sistema de ar condicionado e incêndio;
- Utilização de aquecimento solar e gás natural;
- Instalação de uma Estação de Tratamento de Esgoto com tratamento de 100% de efluentes provenientes do Hospital;
- Automação do Sistema Elétrico e Ar condicionado.

2.2.1.2. Gestão da Mudança

A mudança para a nova sede, além de física, também demanda uma mudança de cultura organizacional, tornando-a mais focada em qualidade e segurança, principalmente devido a expectativa de aumento de capacidade operacional. A mudança física foi o ponto de partida para a melhoria de inúmeros processos operacionais, sendo necessária a definição de metodologias para avaliar o impacto destas melhorias. As principais metodologias a serem utilizadas serão: i) a Reengenharia de Processos – BPR (Business Process Redesign) nas mudanças radicais visando melhorias bruscas e impactantes; e ii) a Gestão pela Qualidade Total – TQM (Total Quality Management) nas mudanças incrementais visando melhorias à longo prazo. Esta metodologia será utilizada inicialmente para monitorar áreas definidas (áreas-chave) do hospital, entre elas: Recepção, Ambulatório, Centro Cirúrgico e Área de Suprimentos.

2.2.1.3. Inovações na Assistência

Atendimento Multidisciplinar

O atendimento da primeira consulta do paciente encaminhado ao INTO inclui atendimento pelo ortopedista, enfermagem, profissional de reabilitação e assistente social. O conceito desta forma de atendimento é dar atenção integral ao paciente, além de prepará-lo melhor para o momento da cirurgia, diminuindo os distúrbios de fluxo e tornando todo o processo mais eficiente. Em caso de necessidades especiais, o paciente pode ser encaminhado ao serviço de farmácia clínica, à nutricionista e ao psicólogo. O importante é que o paciente esteja bem preparado no dia de sua internação, o que melhora sensivelmente o seu prognóstico.

Atendimento nos moldes do Hospital-Dia

Com o objetivo de otimizar a produção no centro cirúrgico do Instituto, as novas instalações disponibilizam um espaço exclusivo para a realização de pequenas cirurgias, de menor duração, em especialidades específicas. Por se tratar de cirurgias de menor porte, os pacientes atendidos no Hospital-Dia recebem alta na mesma data de sua entrada. O espaço conta com três salas cirúrgicas e 18 leitos de pós-operatório.

Hotelaria Hospitalar: O novo conceito de atendimento

A mudança de endereço demandou um novo conceito de gerenciamento de atividades de apoio à assistência. Devido ao grande porte da nova unidade e à necessidade de um acompanhamento centralizado dos processos operacionais, todas estas atividades de apoio serão administradas pela Hotelaria Hospitalar. Tais atividades englobam: Segurança, Transporte Externo e Interno, Nutrição, Limpeza, Governança e Manutenção predial. Cada uma delas será monitorada por meio de indicadores e o Gerente de Hotelaria ficará responsável pela garantia de eficiência e qualidade de todas as unidades.

2.3. PROGRAMAS DE GOVERNO SOB A RESPONSABILIDADE DA UJ

2.3.1. Execução dos Programas de Governo sob a Responsabilidade da UJ

O INTO não possui responsabilidade em gerir programas de governo.

2.3.2. Execução Física das Ações Realizadas pela UJ

Quadro 2 - Execução Física das Ações Realizadas pelo UJ

Função	Subfunção	Programa	Ação	Tipo da Ação	Prioridade	Unidade de Medida	Execução Física		
							Meta prevista	Meta realizada	Meta a ser realizada em 2012
10	302	1220	8759	A	3	Unidade	136.405	155.025	341.582
10	122	1220	1k09	P	3	% Execução	28,84% ^a	21,11%	-

Fonte: SIGPLAN, SIAFI 2011, LOA 2011 e LOA 2012 - Redação Final (Autógrafo) Volume IV

a. Vale ressaltar que o valor da meta prevista na LOA para o ano de 2011 foi de 2%. No entanto, um novo contrato foi celebrado no ano de 2010, e incluída nos cálculos da meta prevista do quadro acima.

Legenda Tipo da ação: A - Atividade e P-- Projeto

Análise Crítica

Conforme planejamento realizado pelo Instituto no Plano Plurianual 2008-2011 a meta física da ação 8759 para o exercício de 2011 foi cumprida dentro das expectativas. Embora o Instituto tenha realizado seu processo de transferência de endereço para o novo complexo concluiu 113,65% do planejado para esta ação. Ressaltamos que a produção real no período foi de 164.948 atendimentos realizados, o que representaria 120,93% de cumprimento da meta. Esta diferença adicional de 9.923 atendimentos, comparado ao publicado no SIGPLAN, deve-se a possibilidade de registro de dados no sistema do INTO até o 15º dia do mês seguinte. No entanto, o prazo para lançamento no SIGPLAN referente ao mês de dezembro encerrou no 7º dia útil de janeiro de 2012. Devido ao término do prazo para fechamento da ação no sistema os valores não puderam ser retificados

Referente à ação 1k09, no ano de 2010 constava no quantitativo programado da LOA uma meta de 23,00% de execução física da obra da nova sede do Instituto. No entanto, neste mesmo ano foi celebrado novo contrato (16/2010) com meta prevista de 70,51%. Dessa forma, a meta totalizaria 93,51% de execução física da obra no exercício de 2010 e cumpriu-se 102,83% da mesma. Uma justificativa dos esclarecimentos acima não foi relatada devido ao término do prazo em janeiro de 2010 para fechamento da ação no sistema.

Para o ano de 2011, foi programada na LOA uma meta de 2%. No entanto, devido ao mesmo contrato referido acima, a meta prevista deveria ser atualizada para 28,84%, conforme descrito no Relatório de Gestão de 2010 do Instituto. A proporção de execução da obra no exercício de 2011 foi de 21,11%, restando para cumprimento da meta anual 7,73%.

A meta programada da ação 1K09 de 28,84% de execução da obra não foi cumprida em função do relatório de Auditoria CGU 251219-UCI 170130 e ofício TCU 88/2011-03. Os pagamentos referentes à ação 1K09 encontram-se suspensos, aguardando deliberação do referido tribunal.

2.4. DESEMPENHO ORÇAMENTÁRIO/FINANCEIRO

2.4.1. Programação Orçamentária da Despesa

O INTO não é uma Unidade Orçamentária.

Quadro 3 - Identificação das Unidades Orçamentárias

Denominação das Unidades Orçamentárias	Código da UO	Código SIAFI da UGO
Fundo Nacional de Saúde	36901	257001

2.4.2. Programação de Despesas Correntes

Não se aplica, haja vista que o INTO não é Unidade Orçamentária.

2.4.3. Programação de Despesas de Capital

Não se aplica, haja vista que o INTO não é Unidade Orçamentária.

2.4.4. Execução Orçamentária da Despesa

Não se aplica, haja vista que o INTO não é Unidade Orçamentária.

2.4.4.1. Execução orçamentária de créditos originários da UJ

Não se aplica, haja vista que o INTO não possui Créditos originários da UJ.

2.4.4.2. Execução orçamentária de créditos recebidos pela UJ por movimentação

Não se aplica, haja vista que o INTO não possui Créditos Recebidos por Movimentação.

2.4.4.3. Despesas por modalidade de contratação dos créditos recebidos por movimentação

Quadro 4 - Despesas por Modalidade de Contratação de Créditos Recebidos por Movimentação

Modalidade de Contratação	Despesa Liquidada		Despesa Paga	
	2011	2010	2011	2010
Licitação				
Convite	-	-	-	-
Tomada de Preços	-	95.365,68	-	95.365,68
Concorrência	297.979,76	29.663.936,77	297.979,76	29.663.936,77
Pregão	122.957.995,42	110.244.734,43	115.678.259,86	108.914.720,35
Concurso	-	-	-	-
Consulta	-	-	-	-
Contratações Diretas				
Dispensa	13.790.926,20	5.041.720,88	13.790.926,20	4.978.720,88
Inexigibilidade	1.497.651,97	2.074.872,01	1.497.651,97	2.057.544,31
Regime de Execução Especial				
Suprimento de Fundos	93.684,62	36.837,91	93.684,62	36.837,91
Pagamento de Pessoal				
Pagamento em Folha	12.034,88	34.880,12	12.034,88	34.880,12
Diárias	22.949,99	96.947,55	22.949,99	96.947,55
Outros	2.433.579,02	9.991.611,26	2.433.579,02	9.991.611,26

Fonte: SIAFI

2.4.5. Despesas Correntes por Grupo e Elemento de Despesa dos créditos recebidos por movimentação

Quadro 5 - Despesas Correntes por Grupo e Elemento de Despesa dos Créditos Recebidos por Movimentação

Grupos de Despesa	Despesa Empenhada		Despesa Liquidada		RP não processados		Valores Pagos	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
1. Despesas de Pessoal	12.034,88	34.880,12	12.034,88	34.880,12	-	-	12.034,88	34.880,12
31.90.08 Outros Benefícios Assistenciais	12.034,88	24.273,76	12.034,88	24.273,76	-	-	12.034,88	24.273,76
31.90.91 Sentenças Judiciais	-	10.606,36	-	10.606,36	-	-	-	10.606,36
2. Juros e Encargos da Dívida		-	-	-	-	-	-	-
3. Outras Despesas Correntes	167.117.674,64	144.954.587,28	115.857.286,54	120.813.391,11	51.260.388,10	24.141.196,17	109.454.840,10	119.403.049,33
33.90.14 Diárias	22.949,99	96.947,55	22.949,99	96.947,55		-	22.949,99	96.947,55
33.90.30 Material de Consumo	90.810.401,67	72.160.185,91	57.582.982,54	53.536.834,81	33.227.419,13	18.623.351,10	51.180.536,10	52.189.493,03
33.90.33 Passagens e Despesas com Locomoção	208.217,38	298.725,34	176.171,81	287.725,33	32.045,57	11.000,01	176.171,81	287.725,33
33.90.35 Consultoria	531.380,34	1.927.436,31	443.380,34	1.702.607,14	88.000,00	224.829,17	443.380,34	1.639.607,14
33.90.36 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	2.605.331,84	2.547.917,40	2.368.969,68	2.345.010,79	236.362,16	202.906,61	2.368.969,68	2.345.010,79
33.90.37 Locação de Mão de Obra	29.280.792,67	34.572.398,83	22.859.011,84	32.907.566,47	6.421.780,83	1.664.832,36	22.859.011,84	32.907.566,47
33.90.39 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	40.863.948,20	23.169.188,68	29.668.546,12	19.828.538,49	11.195.402,08	3.340.650,19	29.668.546,12	19.828.538,49
33.90.47 - Obrigações Tributárias e Contribuições	21.509,97	531,11	21.509,97	531,11	-	-	21.509,97	531,11
33.90.92 Despesa com Exercícios Anteriores	1.864.989,38	8.028.977,78	1.842.041,77	8.028.977,78	22.947,61	-	1.842.041,77	8.028.977,78
33.90.93 Indenizações e Restituições	799.728,79	2.000.078,08	798.365,88	2.000.078,08	1.362,91	-	798.365,88	2.000.078,08
33.91.39 Oper. Intra-Orçamentárias - Outros Serviços de Terceiros - PJ	96.942,09	147.723,29	61.874,28	74.096,56	35.067,81	73.626,73	61.874,28	74.096,56
33.91.47 Oper. Intra-Orçamentárias - Desp. com Obrigações Tributárias e Contributivas	-	1.440,00	-	1.440,00	-	-	-	1.440,00
33.91.92 Oper. Intra-Orçamentárias - Desp. Com Exercícios Anteriores	11.482,32	3.037,00	11.482,32	3.037,00	-	-	11.482,32	3.037,00
33.91.93 Oper. Intra-Orçamentárias - Indenizações e Restituição	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: SIAFI

2.4.6. Despesas de Capital por Grupo e Elemento de Despesa dos créditos recebidos por movimentação

Quadro 6 - Despesas de Capital por grupo e elemento de despesa dos Créditos Recebidos por movimentação

Grupos de Despesa	Despesa Empenhada		Despesa Liquidada		RP não processados		Valores Pagos	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
4. Investimentos	48.366.744,08	67.429.643,38	25.237.480,44	36.432.635,38	23.129.263,64	30.997.008,00	24.360.191,32	36.432.635,38
44.90.51 - Obras e Instalações	7.331.879,05	56.664.800,00	-	29.097.462,12	7.331.879,05	27.567.337,88	-	29.097.462,12
44.90.52 - Equipamentos e Material Permanente	41.034.865,03	10.764.843,38	25.237.480,44	7.335.173,26	15.797.384,59	3.429.670,12	24.360.191,32	7.335.173,26
5. Inversões Financeiras	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Amortizações	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: SIAFI

Análise Crítica

Com relação ao item 2.4.4.3, não houve despesas na modalidade Tomada de Preços em 2011 devido à Rescisão amigável do contrato de prestação de serviço em assessoria de imprensa a partir de junho de 2010 e substituição do contrato de manutenção dos elevadores da marca Elbo por outro cuja modalidade de licitação é pregão.

A queda nas despesas referente à Concorrência deve-se ao contrato de finalização da obra do novo INTO que possui maior volume de despesa empenhada nesta modalidade, R\$ 46.664.800,00 em 2010 e R\$ 7.331.879,05 em 2011. Como seus pagamentos estão suspensos até deliberação do TCU em função do relatório de Auditoria CGU 251219-UCI 170130 e ofício TCU 88/2011-03, a despesa liquidada em 2011 corresponde somente às despesas com manutenção de rede de dutos de ar-condicionado prestada pela empresa Navelle através do seu antigo contrato.

O aumento das despesas com Dispensa de Licitação em 2011 justifica-se pela mudança para a nova sede, o que fez com que os gastos com energia elétrica praticamente triplicassem. Houve também assinatura de dois novos contratos, 45/2010 – Apoio Administrativo em caráter Emergencial e 6792/2010 – Serviços de Apoio ao Ensino.

As despesas com Inexigibilidade foram menores em 2011 devido à substituição de alguns contratos que, mesmo sendo desta modalidade, terão seus pagamentos concentrados no próximo exercício, uma vez que entraram em vigor nos últimos meses do ano anterior.

O aumento das despesas com Suprimento de Fundos deve-se à mudança para a nova sede, que exigiu gastos com itens que geralmente não se tem em estoque. Os gastos com diárias caíram por medidas de contingenciamento em função da Portaria do Ministério da Saúde nº 557 de 23 de março de 2011. Em “outros” os gastos foram menores em relação a 2010, tendo em vista aquele ano ter sido atípico, com elevado gasto com despesas de exercícios anteriores.

No item 2.5, o aumento do valor empenhado em despesas correntes de aproximadamente R\$ 22 milhões deve-se principalmente ao acréscimo de provisão na principal Ação do INTO (8759) que devido à mudança para a nova sede recebeu um aporte de R\$ 35.517.421,00.

As despesas empenhadas em material de consumo (33.90.30) além de terem sido maiores em 2011, tiveram também maior peso nas despesas correntes totais, se em 2010 representavam 50%, em 2011 passaram a 54%.

Na rubrica 33.90.37 empenhou-se menos em 2011 devido à diminuição dos gastos com terceirização de serviços de apoio administrativo. A extinção do contrato 190/2005 que abrangia os gastos com serviços prestados em quatro hospitais federais (Hospital Geral de Jacarepaguá, Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral do Andaraí e Hospital Geral da Lagoa) foi o grande responsável por esta queda.

Houve redução da despesa liquidada em outras despesas correntes, apesar de se ter empenhado mais em 2011. Embora tenha havido um acréscimo de 26% no valor empenhado na rubrica 33.90.30, o mesmo não foi liquidado. A queda na liquidação desta rubrica justifica-se pela mudança de sede, o que fez com que os pedidos de empenho de materiais tivessem volume proporcional à nova capacidade de atendimentos do INTO, concentrando-se no final do ano, e por consequência, transferindo as liquidações para o próximo exercício.

Foram menores os índices de realização e execução do orçamento durante o ano de 2011. Se ao final do penúltimo trimestre de 2010 foram empenhados 94% do Crédito Autorizado na Ação 8759, em 2011 foram empenhados somente 77,17%, o que também repercutiu no índice de execução no orçamento.

Gráfico 1 - Índice de realização do orçamento – IRO



Gráfico 2 - Índice de execução do orçamento – IEXO



Por fim, no item 2.4.6, as despesas com obras e instalações se referem à concorrência pública do tipo menor preço nº 001/2010. Seu pagamento foi suspenso e encontra-se aguardando deliberação do TCU em função do relatório de Auditoria CGU 251219-UCI 170130 e ofício TCU 88/2011-03.

Em 2011 houve um aporte de R\$ 30,6 milhões na Ação 1k09 em função da mudança para a nova sede, o que fez com que a despesa empenhada em equipamentos e material permanente tivesse um aumento de aproximadamente 383%.

Fórmula dos indicadores

1. IRO: $(\text{Valor total empenhado} \div \text{Total de Créditos Autorizados}) * 100$
2. IEXO: $(\text{Valor total liquidado para Custeio (Despesas Correntes)} \div \text{Total de Créditos Autorizados para Custeio (Despesas Correntes)}) * 100$

2.4.7. Indicadores Institucionais

2.4.7.1. DIREÇÃO GERAL – DIREG

2.4.7.1.1. ÁREA DE DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL - ARDIN

Visa atingir todos os públicos internos e externos da organização, administrando de forma sistêmica e contínua os diversos setores de comunicação do Instituto, a fim de elaborar e executar ações de acordo com os objetivos e as necessidades estratégicas da instituição.

Comunicação Interna

Responsável por divulgar aos funcionários as ações que acontecem no Instituto, alimentar conteúdo na intranet, e desenvolver eventos internos.

Tabela 1 - Produção da Comunicação Interna, por atividade

Atividade	2009	2010	2011
Clipping	2.140	2.717	2.368
COINT Intersetorial	369	400	289
E-mail Destaque	1.831	2.079	2.021
D.O.U.	324	48	123
Cartazes	1.261	981	1.156
Pesquisa de Conteúdo	85	131	208
Informações Diversas	441	844	746
Evento Comemorativo	09	34	08
Atividade Extra	01	04	03
Total	6.461	7.238	6.922

Assessoria de Imprensa

Responsável por estabelecer relações sólidas e confiáveis com os meios de comunicação e seus agentes, com o objetivo de se tornar fonte de informação respeitada e requisitada, alcançando e mantendo e, em alguns casos, recuperando uma boa imagem junto à opinião pública.

Tabela 2 - Produção da Comunicação Externa, por mídia e impacto

Mídia	2009	2010	2011
TVs	32	14	28
Mídia Impressa	100	383	202
Rádio	18	37	562
On-line	53	54	1.659
Total	203	488	2.451
Impacto			
Matéria positiva	98	349	2.397
Matéria negativa	29	77	42
Citações	76	62	12
Total	203	488	2.451

Comunicação Digital

É responsável por toda intranet e website, insere constantes atualizações, visando ao fortalecendo a imagem da instituição.

Tabela 3 - Monitoramento da Comunicação Digital

Internet	2009	2010	2011
Visitas	291.569	297.513	411.613
Média de visitas por dia	799	815	1.128
Percentual de novas visitas	-	52,30%	69,56%
Tempo médio do site (min)	02:35	03:20	02:38
Taxa de rejeição	29,74	39,70	17,32
Atualizações	1.975	2.058	3.707
Intranet			
Visitas	385.695	310.845	394.472
Média de visitas por dia	1.057	852	1.080
Atualizações	1.806	2.551	2.655
Taxa de Rejeição	-	2,01%	1,30%

Comunicação Visual

É responsável pela identidade visual do Instituto, criação de materiais gráficos, padronização da linguagem visual e suas estratégias, cuidados com a marca (branding), auxílio em lançamentos de projetos estratégicos.

Tabela 4 - Produção da Comunicação Visual, por produto

Produto	2009	2010	2011
Banners para congresso	46	51	20
Banners internos	30	43	13
Cartazes	80	109	68
Total	156	203	101

Produção Audiovisual

Responsável pela documentação em vídeo e foto de cirurgias e eventos internos e pela padronização das aulas que serão apresentadas em cursos e seminários que levam o nome do INTO, e pela execução e padronização de formulários de acordo com as regras do Ministério da Saúde e do SUS.

Tabela 5 - Dados de Produção Audiovisual, por produto

Produto	2009	2010	2011
Apresentação (aulas) - Cursos Internos	68	47	73
Apresentação (aulas) - Cursos Externos	103	139	125
Formulários Alterados	29	24	41
Formulários Criados	25	16	34
Produção de Certificados	1.398	1.450	1.253

Edição de imagem

Desenvolve ações de organização de materiais para vídeos do Ministério da Saúde, elaboração de aulas, banners para congressos, edição de filmes, filmagem de cirurgias, cobertura fotográfica de todos os eventos.

Fórmula dos indicadores

1. Média de visitas por dia: N° de visitas no ano / N° de dias no ano referência
2. Tempo médio de consulta ao site: Tempo total de consulta ao site / N° de visitas
3. Taxa de rejeição: N° de visitas / Visitas com tempo inferior a 2s.
4. Percentual de novas visitas: (N.º de novas visitas / N.º total de visitas) * 100

Atividades desenvolvidas

- Estabelecimento de parceria com a Web Rádio do Ministério da Saúde, que faz em média quatro entrevistas por mês com a emissora e os especialistas do INTO.
- Atendimento à imprensa e programação de pautas de utilidade pública - atendimento a veículos de comunicação nacionais em caso especiais de tragédias naturais como a da Região Serrana do Rio de Janeiro. Divulgação da campanha para o recolhimento de doações, de forma a contribuir com o trabalho da Cruz Vermelha para a ocasião.
- Elaboração de pautas de serviço em saúde para divulgação de assuntos de interesse da população, com base no calendário do Ministério ou em pesquisas divulgadas por outras instituições. Como exemplo, citamos a pesquisa Osteoprev, que busca voluntários com osteoporose para estudo no INTO, que foi tema de matérias nacionais, sendo inclusive capa do jornal O Dia no mês de fevereiro.

Medidas Implantadas

- Informativo on-line para o público externo – Notícias INTO *on line*;
- Inauguração da Nova Sede do INTO com a presença da Presidenta, Governador, Prefeito, Ministros e Secretário de Saúde.
- Criação, elaboração e lançamento da nova intranet do Instituto;
- Participação do INTO em Seminários em Brasília e outras cidades do país;
- Plano de comunicação para a mudança à nova sede;
- Acompanhamento e documentação referente ao processo de transição para a nova sede do Instituto.
- Criação de perfil do INTO em diversas redes sociais: Facebook, Twitter, LinkedIn, Orkut e Youtube, com o objetivo de garantir credibilidade diante de seu público-alvo e de toda a sociedade.
- Continuidade do boletim “Novas do Into” – on line

Análise Crítica

Durante todo o ano articulou parcerias com o Ministério Saúde, promovendo eventos e aumentando a visibilidade do INTO como referência no segmento.

A assessoria de imprensa aumentou a visibilidade do Instituto através da divulgação de matérias de serviço, inovações tecnológicas e estudos científicos. O aumento de inserções justifica-se pelo atendimento às vítimas do atentado da Escola de Realengo, e também por entrevistas com especialista sobre o tema “acidentes no trânsito e suas sequelas”, que foi ao ar no rádio pela Agência Rádio Web de Brasília para todo o Brasil.

A queda na produção da comunicação visual em 49,75% com relação ao ano anterior deve-se ao fato de que durante 2011 a ARDIN esteve sem contrato com gráfica, o que dificultou o trabalho da área.

2.4.7.1.2. ASSESSORIA DA QUALIDADE - ASQUA

Tem por finalidade assessorar a Direção e demais áreas do INTO no alcance e manutenção de padrões de excelência em gestão assistencial e administrativa. Como pilares de trabalho são utilizados as metodologias da Acreditação Internacional (Manual de Padrões da *Joint Commission International* para hospitais e para certificação de programas de cuidados clínicos). A utilização destas metodologias possibilitou a padronização e implantação de protocolos e rotinas, o entendimento sobre a importância da realização de auditorias, a fim de acompanhar os diferentes processos institucionais, sugerindo ações corretivas.

Gráfico 3 - Taxa de conformidade dos padrões da Acreditação com foco no paciente¹



Gráfico 4 - Taxa de conformidade dos padrões da Acreditação com foco na instituição¹

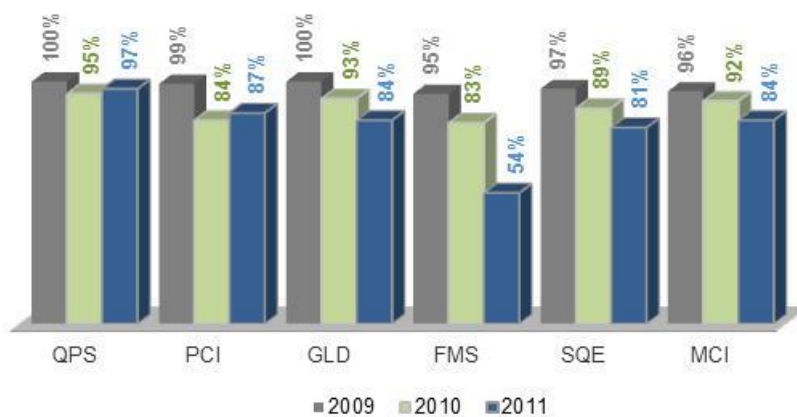
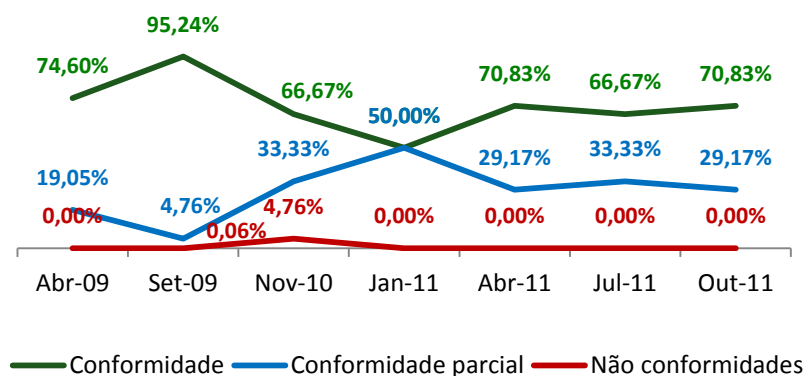


Gráfico 5 - Taxa de conformidade dos padrões da Acreditação com foco nas Metas Internacionais



¹ No ano de 2011 não houve avaliação externa, mas foi utilizada avaliação interna de outubro como parâmetro para avaliação de conformidade dos padrões.

Gráfico 6 - Taxa de pontuação dos critérios do PQRio

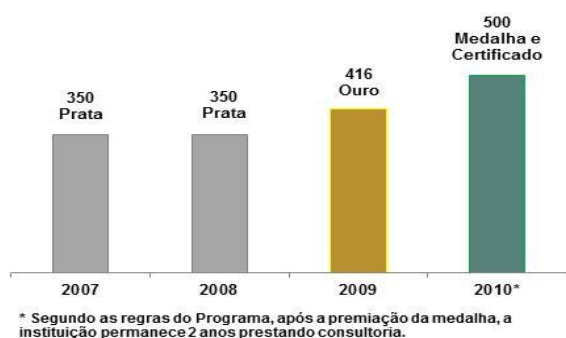


Gráfico 7 - Média Geral das notas dos capítulos



Fórmula dos indicadores

1. Conformidade do foco paciente: $(N^{\circ} \text{ de padrões com foco no paciente que estão em conformidade com o manual por capítulo do manual da JCI/Total de padrões referentes ao paciente}) * 100$
2. Conformidade do foco na instituição: $(N^{\circ} \text{ de padrões com foco na administração em conformidade com o manual da JCI/Total de padrões referentes à instituição}) * 100$
3. Pontuação Geral dos Critérios - PQRIO: $(N^{\circ} \text{ de pontos por critério/Total máximo de pontos do critério}) * 100$

Análise Crítica

Em 2009 o INTO foi recertificado pela JCI/CBA, sendo que, ao ser submetido a uma segunda reavaliação após pendências, obteve uma nota muito alta, mesmo para os padrões das instituições já acreditadas pela JCI/CBA, com mais de 99% de conformidade. Em 2010 foi realizada a última avaliação de manutenção na estrutura física da sede atual, e após 6 dias de avaliação de programas específicos, ampliando o contexto da avaliação e permitindo uma maior avaliação crítica pelos avaliadores, porém ainda permanecendo com 94% de conformidade com os padrões.

Houve um aumento da descrição dos processos de 11% sobre o quantitativo do exercício anterior, perfazendo um total de 1.093 documentos.

No exercício de 2011 não houve avaliação externa devido à mudança para a nova sede do INTO. Será feita uma avaliação de extensão no início de 2012 para validar a certificação.

O INTO foi reconhecido no PQRio com a “medalha de Ouro” em 2010, a maior pontuação possível nesse prêmio, referente ao ano de 2009. Em 2011 foi o período de consultoria para instituições interessadas, seguindo normas do Programa do MEG – Modelo de Excelência em Gestão.

Medidas implantadas

- Auditorias da qualidade voltada para os padrões internacionais da qualidade nas diferentes áreas da instituição no prédio antigo e início na nova estrutura a partir da mudança;
- Educação dos funcionários novos e antigos nos quesitos também de demanda dos padrões internacionais, quanto a treinamento de biossegurança e das questões da qualidade como mudança de cultura;
- Preparação dos grupos do joelho, ombro, clínica da dor, trauma do idoso, quadril e transplante de tecidos ósseos para a certificação de Programas de Doenças Específicas da JCI, tendo os grupos passados por avaliação diagnóstica;

- Em comemoração ao Dia Mundial da Qualidade, em 06 de dezembro de 2011, foi realizado o II Simpósio da Qualidade do INTO, vários profissionais de outras instituições debaterem sobre temas voltados para a questão da qualidade em saúde.
- Participação na gestão da mudança para a nova sede como assessoria no mapeamento de processos e classificação quanto ao seu incremento ou reengenharia. Além de participação ativa no processo de transferência dos pacientes.
- Participação em eventos externos como palestrantes;
- A certificação de doenças específicas das artroplastias, clínica da dor e transplante de tecidos ósseos pode ser considerada como medida inovadora na área de gestão da qualidade do cuidado à saúde.
- Direcionamento de grupos de trabalho para a metodologia da JCI/CBA, bem como grupos relacionados às certificações de programas específicos. Com relação à metodologia que utiliza o Modelo de Excelência em Gestão – MEG/PQRio, estamos em período de consultoria, haja vista que, conforme as regras do Programa, a instituição contemplada com a premiação máxima prestará auxílio às instituições solicitantes por período de 2 anos.

Metas e ações para 2012

- Manter certificação internacional após avaliação da nova unidade hospitalar;
- Certificação em até dois programas em 2012;
- Participar do prêmio de gestão pública (GESPÚBLICA) de 1000 pontos;
- Atualizar toda a documentação referente aos processos que vêm sendo modificados de forma mais acelerada devido à mudança de sede e ampliação dos serviços;
- Realizar novos eventos e treinamentos relacionados à qualidade.

2.4.7.1.3. OUVIDORIA - OUVID

A Ouvidoria tem como compromisso se manter como um canal isento e ético na interlocução do INTO com seus clientes e força de trabalho, não favorecendo nenhuma das partes tampouco transgredindo as normas adotadas pelo Instituto. Além disso, procura-se fornecer em todos os casos uma resposta, favorável ou não, as manifestações recebidas.

Tabela 6 - atendimentos realizados pela Ouvidoria por tipo

Tipo de Atendimento	2009	2010	2011
Pessoal	2.260	2.881	1.906
Telefone	95	96	72
E-mail	1.483	1.481	2.303
Ouvidor SUS	32	26	49
Caixa de Sugestões	-	3	7
Ofício/memorando	-	4	2
Carta/fax	25	11	8
Total	3.895	4.502	4.347

Fonte: Sistema MV, Módulo SAC.

Tabela 7 - Natureza dos Atendimentos na Ouvidoria segundo tipo de usuário

Ouvidoria usuário externo	2009	2010	2011
Elogio	51	26	61
Informação	897	997	1.569
Pedido	2.039	2.793	1.727
Reclamação	869	652	957
Sugestão	6	2	17
Denúncia	0	1	1
Sub -total	3.862	4.471	4.332
Ouvidoria usuário interno			
Reclamação	26	28	10
Elogio	2	0	2
Pedido	0	0	2
Informação	3	3	1
Denúncia	2	0	0
Sub-total	33	31	15
Total	3.895	4.502	4.347

Fonte: Sistema MV, Módulo SAC.

Tabela 8 - Indicadores da Ouvidoria

Indicador	2009	2010	2011
Taxa de resolubilidade	95,61	99,76	97,93
Percentual de Reclamações	22,98	14,99	22,25
Percentual de Elogios	1,36	0,69	1,45

Fonte: Sistema MV, Módulo SAC.

Fórmula dos indicadores

1. Taxa de Resolubilidade: $(N^{\circ} \text{ de casos respondidos} / N^{\circ} \text{ de manifestações}) * 100$
2. Percentual de Reclamações: $(N^{\circ} \text{ de reclamações} / N^{\circ} \text{ de manifestações}) * 100$
3. Percentual de Elogios: $(N^{\circ} \text{ de Elogios} / N^{\circ} \text{ de demandas}) * 100$

Análise Crítica

Durante o ano de 2011 a Ouvidoria recebeu um total de 4.347 (quatro mil trezentas e quarenta e sete) manifestações, por meio de diversos tipos de contato (e-mail, telefone, carta, fax, Ouvidor SUS e pessoalmente), tanto pelos nossos clientes internos como externos.

Cabe ressaltar que a Central de Informações ao Usuário, atual Call Center, deixou de pertencer a Ouvidoria no final do mês de janeiro de 2011 passando a ser gerenciada pela Hotelaria.

O que se busca é que o Instituto dê o atendimento adequado às demandas encaminhadas e se empenhe em elevar o grau de satisfação do usuário.

De acordo com os dados apresentados, as formas de atendimento: por e-mail e pessoal foram às mais frequentes no contato com a Ouvidoria, ficando o atendimento por meio de telefone em terceiro lugar, durante o ano de 2011.

Com relação à origem do atendimento, o cliente externo continua sendo o que mais procura a Ouvidoria durante o período, contabilizando 99,15% dos atendimentos.

Alguns assuntos destacaram-se como sendo os mais procurados dentre os tipos de manifestação, são eles:

- Marcação de Consultas (Pedido – 15,50% e Informação – 7,13%);
- Passe-Livre / Vale Social (Pedido – 6,35%) – Apesar de fugir do escopo da Ouvidoria, durante os primeiros meses do ano de 2010 recebemos os pedidos de preenchimento

de formulários de Passe-Livre e Vale Social, encaminhando-os ao setor responsável pelo preenchimento.

- Tempo de Espera para Cirurgia (Informação – 6,00% e Reclamação – 5,54%);
- Triagem (Informação – 4,69%);

Pesquisa de Satisfação

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários (PSU) do INTO é uma ferramenta de gestão que visa conhecer a opinião dos usuários externos acerca da qualidade dos serviços que são realizados pelas diversas áreas da assistência em saúde no ramo da ortopedia.

Essa atividade vem sendo desenvolvida pelo serviço de Ouvidoria há alguns anos, porém, devido à crescente demanda de prestação de serviço e à expectativa do Instituto em apresentar um atendimento de excelência, criou-se uma equipe, almejando proporcionar maior efetividade em todo o processo da pesquisa.

Dados de produção

Tabela 9 - Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na UAMB

Itens avaliados	% Satisfação ^a	
	1º semestre	2º semestre
Cortesia no atendimento profissional	94,76	96,87
Qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos	85,26	98,01
Acesso e presteza no atendimento na última consulta	66,65	64,80
Atendimento prestado quando solicitou algum tipo de ajuda para alívio da Dor	72,00	86,59
Orientação recebida a respeito da sua dor, incluindo a escala utilizada	90,70	96,30
Atendimento no ambulatório	85,06	88,78

Fonte: Elaboração própria PSU /Ouvidoria

a. Foram considerados no cômputo da Satisfação os itens com avaliação: "Bom" e "Melhor do que imaginava".

Tabela 10 - Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na Unidade de Internação

Itens avaliados	% Satisfação ^a
Cortesia no atendimento pelos profissionais	99,00
Empenho dos profissionais em resolver os problemas durante a internação	93,71
Entendimento quanto às orientações prestadas pelos profissionais a respeito do seu tratamento durante a internação	98,96
Qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos	96,00
Orientações para a continuidade do seu tratamento após a alta hospitalar	99,29
Controle da Dor durante a internação	98,25

Fonte: Elaboração própria PSU /Ouvidoria

a. Foram agregados para o cômputo da Satisfação os itens "Ótimo" e "Bom".

Fórmula do indicador

1. Percentual de Satisfação: $(N^{\circ} \text{ de respostas positivas} / \text{Total de Respostas do questionário}) * 100$

Análise Crítica

No ano de 2011 foram feitas 1.004 entrevistas para a Pesquisa de Satisfação dos Usuários externos do INTO. A Primeira Pesquisa do Ambulatório foi realizada na sede antiga do Instituto, enquanto que a segunda Pesquisa do Ambulatório e Pesquisa das áreas de Internação já ocorreram na nova sede.

Com a mudança para o novo prédio obtivemos melhorias em relação à qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos. No entanto, com a dimensão maior das instalações e novos ajustes para o atendimento, isso fez com que alguns quesitos diminuíssem o percentual na avaliação.

Considerando de maneira geral a avaliação dos usuários para o atendimento no ambulatório, 85,06% dos respondentes na antiga sede consideraram melhor do que imaginavam, enquanto que no novo prédio 88,78% dos respondentes avaliaram positivamente.

Já o grau de satisfação dos usuários internados no novo INTO atendeu às expectativas do Instituto, considerando que todos os quesitos analisados receberam ótimas avaliações.

Medidas implantadas

- A inserção do enfermeiro junto ao serviço de Ouvidoria.
- A constituição de uma equipe fixa para a Pesquisa de Satisfação.
- Ajustes no instrumento de pesquisa de acordo com as recomendações para o processo de Acreditação Hospitalar.

Metas e ações para 2012

- Ampliar a amostragem da Pesquisa de Satisfação, aumentando-se a periodicidade no ano de 2012. Com isso, a PSU do ambulatório passaria de semestral para quadrimestral e a PSU das áreas de internação passaria de anual para semestral.
- Reformular os questionários visando otimizar e facilitar a coleta de dados.
- Informatizar a coleta de dados através da aquisição de *tablets*.
- Divulgação do Serviço da Pesquisa de Satisfação para as áreas de atendimento do Instituto, visando estimular as mudanças positivas.
- Realizar o I Simpósio em Ouvidoria.

2.4.7.2. COORDENAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR – COUNH

Missão: Oferecer a melhor assistência para pacientes com afecções ortopédicas de alta complexidade baseado em ensino e pesquisa, com foco na melhoria contínua.

Visão: Consolidar o reconhecimento Nacional e Internacional em qualidade e inovação na assistência e reabilitação em traumatologia e ortopedia.

A Unidade Hospitalar é responsável pela realização de procedimentos, fornece suporte à pesquisa, ao ensino e à formulação de protocolos e políticas.

Tabela 11 - Capacidade física instalada

Localização	2010	2011
Leitos de Enfermaria de Ortopedia	129	255 ^a
Leitos de Terapia Intensiva	15	48
Total de Leitos	144	303
Salas Cirúrgicas	8	21
Salas Ambulatoriais	15	60

a. Inclui 18 leitos de Hospital Dia

Caracterização da Clientela

As tabelas abaixo apresentam o perfil da clientela do INTO segundo a procedência, sexo e faixa etária.

Tabela 12 - Percentual de atendimentos por tipo, segundo Estado de residência do paciente

Estado	Tipo de atendimento		
	Ambulatório (%)	Triagem (%)	Internações (%)
Rio de Janeiro	98,7	99,1	94,3
Outros	1,3	0,9	5,64

Tabela 13 - Percentual de atendimentos no INTO, por tipo, segundo sexo

Sexo	Tipo de atendimento		
	Ambulatório (%)	Triagem (%)	Internações (%)
Masculino	51,6	49,7	53,2
Feminino	48,4	50,3	46,8

Tabela 14 - Percentual de atendimentos, por tipo, segundo faixa etária

Faixa Etária	Tipo de atendimento		
	Ambulatório (%)	Triagem (%)	Internações (%)
Crianças e adolescentes (até 19 anos)	13,1	9,9	15,8
Adultos (de 20 a 59 anos)	62,6	66,2	60,4
Idosos (60 anos e mais)	24,3	23,9	23,9

Indicadores de Produtividade

O quadro abaixo demonstra uma redução do número de consultas dos atendimentos prestados pelo hospital de modo geral, com menor número de encaixes devido ao melhor funcionamento da atuação interdisciplinar dos centros e orientações de alta.

O INTO vem aumentando progressivamente o atendimento a pacientes que necessitam de tratamento de alta complexidade o que causa uma diminuição do número de atendimentos por trata-se de pacientes mais complexos.

Tabela 15 - Consultas realizadas segundo tipo de atendimento

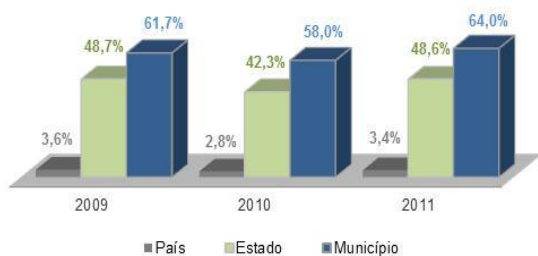
Tipo de Atendimento	2009	2010	2011
Triagem	17.644	16.118	15.045
Admissão	6.154	6.186	5.992
Atendimento Domiciliar	8.433	10.531	11.953
Ortopedia e Cirurgia	57.910	55.487	53.326
Médica Complementar	22.405	20.812	22.269
Multidisciplinar	30.251	29.735	56.363
Total	142.797	138.869	164.948

Tabela 16 - Exames Complementares realizados no Ambulatório, Centro Cirúrgico, Enfermarias e UTI

Exames	2009	2010	2011
Eletrocardiograma	5.032	4.858	5.967
Imagem	44.504	43.339	44.677
Patologia Clínica	235.977	158.000	139.230
Total	285.513	206.197	189.874

Nos gráficos abaixo são apresentados à participação do INTO na realização dos procedimentos osteomusculares em média e alta complexidade, segundo esfera política em que se insere. O INTO vem praticando ações que visem permitir uma melhor atuação do restante da rede de ortopedia através do projeto Suporte e apoio ao funcionamento de centros especializados.

Gráfico 8 - Participação do INTO na realização de procedimentos de alta complexidade, por ano, segundo esfera política.



Fonte: DATASUS/MS

Gráfico 9 - Participação do INTO na realização de procedimentos de media complexidade, por ano, segundo esfera política.



Fonte: DATASUS/MS

Tabela 17 - Saídas da internação, segundo localização

Localização	2009			2010			2011		
	Altas	Óbitos	Total de Saídas	Altas	Óbitos	Total de Saídas	Altas	Óbitos	Total de Saídas
Enfermaria 2°. Andar	725	0	725	724	-	727	508	0	508
Enfermaria 3°. Andar	2.294	2	2.301	2.263	-	2.271	1.894	1	1.901
Enfermaria 4°. Andar	1.497	5	1.506	1.498	2	1.508	1.075	5	1.083
Enfermaria 7° Andar	-	-	-	-	-	-	911	0	912
Enfermaria 8° Andar	-	-	-	-	-	-	169	0	170
Hospital Dia	-	-	-	-	-	-	123	0	123
CTI							5	2	7
Curta Permanência	1.194	0	1.195	1.226	1	1.229	1.033	0	1.033
Unidade Intermediária	2	1	4	-	1	1	2	1	3
UTI	2	35	41	2	23	26	2	19	21
Total	5.714	43	5.757	5.713	27	5.740	5.722	28	5.750

2.4.7.2.1. ASSESSORIA DE FILA – ASFIL

A Assessoria de Fila é responsável por gerenciar a Fila de Espera do Instituto. Foi criada em 2004 com o objetivo de tornar transparente por meio da internet o processo de chamada para a internação dos pacientes em espera.

Estabeleceu-se como critério para chamada dos pacientes que: 70% deveriam obedecer à ordem cronológica e 30% critério técnico. Entende-se por critério técnico pacientes com quadros emergenciais, como: infecção e comprometimento sistêmico, fraturas peri-prótese, luxação de próteses, compressão medular, e outros. Além desse critério, existe também o de urgência para pacientes que não estão na fila e são vítimas de traumas (principalmente fraturas até três semanas, cujo objetivo é evitar consolidação viciosa da fratura), com preferência para os procedimentos de média e alta complexidade que não encontram opções de resolubilidade na rede.

Tabela 18 - Chamadas da fila segundo Centros

Centro	Total de pacientes chamados
Crânio Maxilo	115
Infantil	605
Fixador Externo	144
Ombro	976
Tumor	151
Quadril	806
Mão	1.652
Pé	431
Micro	180
Coluna	321
Joelho	1.683
Trauma Idoso	125
Trauma Adulto	755
Pelve e acetábulo	11
Total	8.035

Tabela 19 - Média mensal de ingresso de pacientes na Fila de Espera segundo Centros

Centro	2009	2010	2011
Coluna	67	57	42
Crânio Maxilo-Facial	15	17	17
Fixador Externo	14	15	18
Infantil	60	53	50
Joelho	157	169	118
Mão	121	113	108
Micro cirurgia	18	19	15
Ombro	76	64	54
Pé	49	44	41
Quadril	104	100	77
Tumor	10	12	13
Trauma do Adulto	43	39	32
Trauma do Idoso	12	10	11
Trauma Pelve e Acetábulo	01	01	1
Deformidade Torácica	01	01	-
Total	748	716	597

Fonte: MV - SGWeb

Atividades desenvolvidas

- Encaminhamento de pacientes da fila do INTO para operação no Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia D. Lindu (HTODL).

Metas e ações para 2012

- Criar uma política de gerenciamento de fila;
- Monitorar todos os pacientes que receberam planejamento pré-operatório.

2.4.7.2.2. GERÊNCIA DE RISCO - GRISC

Tem a responsabilidade de fornecer informações para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sobre produtos de saúde pós-comercialização, desenvolvendo atividades nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Saneantes. Para atender

as exigências da certificação de qualidade pela *Joint Commission International* e as políticas mundiais de segurança do paciente, foi criada a área de Processos, que engloba eventos relacionados a falhas na assistência direta ao paciente ou outros eventos que possam trazer algum tipo de dano à segurança do profissional, do ambiente e até mesmo da imagem institucional.

A GRISC articula com diversas áreas assistenciais e administrativas prevenindo eventos adversos advindos do uso de produtos de saúde, bem como eventos adversos na assistência direta. A ferramenta mais utilizada nessa articulação são as notificações de eventos que podem ser oriundas dos profissionais de saúde do INTO ou da busca ativa dos profissionais da Gerência.

Em 2011 a ANVISA criou novos critérios de avaliação para participação de hospitais na Rede Sentinela e o INTO optou por participar na modalidade de Hospital Participante. Os novos critérios preveem a participação dos hospitais por período de um ano quando haverá nova avaliação para definição de sua permanência.

Tabela 20 - Notificações da Farmacovigilância

Notificações ^a	2009		2010		2011	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Queixa Técnica - QT	17	41,46	28	22,95	21	7,34
Quase Falha – QF	07	17,07	61	50,00	163	56,99
Erro de Medicação - EM	03	7,32	43	35,25	161	56,29
Reação Adversa a Medicamentos - RAM	14	34,15	52	42,62	53	18,53
Total de notificações	41		122		286	

a. As notificações são classificadas conforme manual da *Joint Commission International*. Uma mesma notificação pode estar atrelada a mais de uma classificação

Tabela 21 - Notificações da Tecnovigilância

Notificações ^a	2009		2010		2011	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Queixa Técnica - QT	50	87,71	71	61,74	50	98,04
Quase Falha – QF ^b	-	-	40	34,78	49	96,08
Erro de Processo - EP	07	12,28	04	3,48	08	15,69
Total de notificações	57		75		51	

a. As notificações são classificadas conforme manual da *Joint Commission International*. Uma mesma notificação pode estar atrelada a mais de uma classificação

b. Não há informação em 2009 pois o indicador é de uma prática que iniciou no fim daquele ano.

Tabela 22 - Dados da Hemovigilância

Reações Transfusionais	2009	2010	2011
Alérgica	1	6	5
Febril não-hemolítica	5	5	19
Febril hemolítica imunológica	0	0	0
Hemolítica não imunológica	0	0	0
Contaminação bacteriana	0	1	0
Sobrecarga cardíaca	0	2	3
Hipertensão	0	0	0
Tralli	1	0	0

Tabela 23 - Relação de Reações Transfusionais de acordo com classificação adotada pelo NOTIVISA/ANVISA

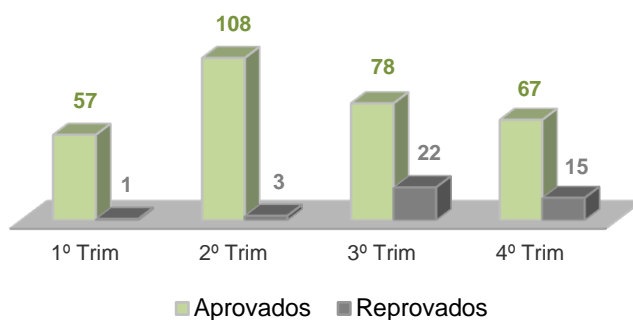
Reação Transfusional	Total
Alérgica leve	4
Alérgica moderada	1
Alérgica grave	0
Febril não-hemolítica	19
Hemolítica aguda imunológica	0
Hemolítica tardia	0
Incompatibilidade ABO	0
Hemolítica não imunológica	0
Contaminação bacteriana	0
Sobrecarga cardíaca	0
TRALI	0
Aparecimento de anticorpos irregulares	0
Total confirmado	24

Tabela 24 - Dados da Área de Processos

Notificações ^a	2010 ^b		2011	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Evento Adverso – EA	31	15,42	69	17,60
Erro de Processo - EP	170	84,58	335	85,46
Quase Falha – QF	86	42,79	90	22,96
Total de notificações	201		392	

- a. As notificações são classificadas conforme manual da *Joint Commission International*. Uma mesma notificação pode estar atrelada a mais de uma classificação
- b. Dados referentes ao segundo semestre, quando iniciou a rotina.

Gráfico 10 - Avaliações da Tecnovigilância dos produtos novos a serem incorporados por critério de aprovação



Fórmula dos indicadores

1. Percentual de Queixas Técnicas: $(\text{N}^\circ \text{ de notificações com queixas técnicas de medicamentos e/ou produtos médicos hospitalares} / \text{N}^\circ \text{ total notificação relacionada ao uso de medicamentos e/ou produtos médicos hospitalares}) * 100$
2. Percentual de Quase Falha: $(\text{N}^\circ \text{ de notificações de quase falhas ocorridas} / \text{N}^\circ \text{ total de notificação de eventos notificados relacionados ao uso de medicamentos}) * 100$
3. Percentual de Erros de Medicação: $(\text{N}^\circ \text{ de investigação de eventos com identificação de Erros de Processos} / \text{N}^\circ \text{ total de eventos notificados}) * 100$

4. Percentual de Reação Adversa a Medicamentos: (Nº de eventos com identificação de Erros de Processos / Nº total de notificações) * 100
5. Percentual de Erros de Processos: (Nº de investigação de eventos com identificação de Erros de Processos / nº total de eventos notificados) * 100
6. Percentual de Eventos Adversos: (Nº de eventos adversos / Nº total de notificações) * 100

Análise Crítica

Na Farmacovigilância os Erros de Processo são conhecidos como Erros de Medicação, os dados comparativos indicam que nos exercícios de 2009 e 2010 houve menor ocorrência em relação ao atual exercício. Isto se deve ao aumento do número de notificações em relação aos anos anteriores. Os EM estão relacionados a falhas nos processos que envolvem toda cadeia do uso de medicamentos desde a compra até a eliminação do medicamento pelo paciente. Nessa cadeia podem ocorrer diversos tipos de erros e em função disso são classificados separadamente.

O aumento no número de notificações em 2011, também possibilitou o aumento na identificação de Quase Falhas de medicamentos nos processos avaliados e nas notificações de eventos.

Houve uma redução de Queixas Técnicas, que se referem ao desvio de qualidade ou inefetividade terapêutica do medicamento. Em 2011 foi criada pela UFARM, a emissão de pareceres técnicos quanto aos processos de licitação. Essa ação propiciou a melhor qualidade dos medicamentos adquiridos na instituição.

Na Tecnovigilância, os dados comparativos relacionados aos EP's indicam que no neste ano houve um aumento do número de processos com erros em relação a 2009 e 2010. Esse aumento comprova a necessidade de redesenho dos processos que envolvem a cadeia de utilização dos materiais medico hospitalares utilizados no INTO.

Os dados relacionados à QT indicam que houve menos queixas técnicas em relação ao ano anterior. A GRISC está colaborando com as áreas relacionadas à gestão de materiais médico-hospitalares no redesenho de seus processos para melhoraria da qualidade dos produtos utilizados no Instituto.

Como a Área de Processos é uma rotina que teve início no segundo semestre de 2010, não existem dados comparativos. O aumento do número de notificações em 2011, também justifica o aumento na identificação de Eventos Adversos, Erros de Processos e Quase Falhas nessa nova área da Gerência de Risco.

Medidas Implantadas

- Avaliação dos eventos ocorridos no INTO.
- Reuniões para análise de eventos junto aos setores envolvidos com análise da causa raiz e propostas de melhorias nos processos.
- Retorno do Boletim eletrônico GRISC na intranet.
- Notificação *on line* para Eventos Inesperados.
- Participação no Grupo de Vigilância Hospitalar criado no final do exercício de 2011.

Metas e ações para 2012

- Utilização da ferramenta para análise prospectiva de riscos - FMEA (Análise do Modo e do Efeito da Falha) em várias áreas do INTO.
- Participação efetiva no projeto Hospital Seguro.
- Divulgação do projeto de monitoramento de medicamentos criado pela Área de Farmacovigilância.

2.4.7.2.3. ÁREA DE DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO – ADEPH

Foi criada pela direção, conforme Portaria Into nº. 580 de 15 de julho de 2010, a partir do Grupo de Trabalho de Humanização, no sentido de ampliar suas funções e atividades, intensificando os objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH) neste instituto, sobretudo visando atender a nova estrutura do instituto.

Objetivos

- Realizar atividades de formação e capacitação inerentes ao conceito da PNH;
- Promover ações conjuntas entre a alta direção e as lideranças representativas dos vários setores e serviços;
- Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diversos setores empregando e fomentando dispositivos da PNH;
- Promover junto à gestão participativa fluxo de propostas e deliberações;
- Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- Acompanhar e orientar os projetos em desenvolvimento e a serem desenvolvidos no Instituto, segundo parâmetros da PNH propostos;
- Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços e setores;
- Promover a integração do Instituto na Rede Nacional de Humanização.

Tabela 25 - Atividades realizadas pela ADEPH

Atividades	Realizadas	Previstas
Reunião		
Grupo de trabalho de Humanização - GTH	25	25
Câmara técnica para Formadores - CTF	10	10
Gestão participativa	6	6
Subtotal	41	41
Serviços oferecidos		
Grupo de Espiritualidade e Reflexão Cristã - GERC (a)	41	49
Comitê de Reconforto Espiritual e Religioso - CRER (b)	51	51
Reuniões com líderes	11	11
Educação continuada com os voluntários	11	11
Momentos de reflexão com os acompanhantes TFD	21	21
Eventos de natureza espiritual-religiosa (c)	08	08
Subtotal	92	100
Projetos especiais (d)	5	2
Palestras ministradas (e)	6	0
Total	144	143

Fonte: Planilhas próprias

- Participaram das reuniões 234 funcionários.
- Foram realizados pelos 42 voluntários religiosos 3.380 atendimentos aos leitos.
- Páscoa Pediatria e Voluntários Espirituais; 5º Encontro de Ação de Graças; Apresentação de Coral no Ambulatório, Anexo 2 e nas enfermarias; Culto Evangélico de Natal; Missa de Natal e Culto Messiânico.
- Promoção do evento do dia Nacional de Mobilização Pró-saúde da População Negra; Exposição do artista plástico Jota Manu-voluntário do CRER; Apresentação do grupo ABADÁ Capoeira; I Encontro de Educação Popular em Saúde e Política Nacional de Humanização e 3º Curso de Capacitação Religiosa.
- Humanização para as Recepcionistas, Messiânicos e Vigilantes.

Atividades desenvolvidas

1. Próprias

- a) Pesquisa de opinião sobre saúde da população negra (foram entrevistadas 100 pessoas);
- b) Reuniões Preparatórias para Gestão Participativa nos três níveis: Gestores, trabalhadores e representantes dos usuários (10 reuniões).

2. Em parceria com outros serviços

- a) Facilitador no projeto de revisão da rotina das reuniões dos acompanhantes (05 ocorrências);
- b) Participação nas Reuniões de Transição e Colegiado Assistencial;
- c) Acompanhamento de projetos recém-iniciados por funcionários que atuam no Into como apoiadores da PNH.

3. Participação em cursos

- a) Curso de Formação de Apoiadores da PNH
- b) Introdução a Acreditação pelo CBA
- c) Espiritualidade em Saúde – Hospital Evangélico
- d) Oficina de Trabalho - Grupo Balint-Paideia - do Projeto "Atenção ao Vínculo e Qualificação da Comunicação em Situações Difíceis de Tratamento Oncológico”

Metas e ações para 2012

- Fortalecer a perspectiva da Gestão Participativa
- Fortalecer e articular as ações já existentes no Into dentro das diretrizes e dispositivos da PNH.
- Colaborar com o fortalecimento dos CAE's para que se constituam como equipes de referência e de apoio matricial dentro de uma visão ampla do cuidado em saúde.
- Promover a Clínica ampliada com promoção da efetiva interdisciplinaridade nos CAE's, destacando o fortalecimento do vínculo com o usuário.
- Trabalhar na difusão de uma nova cultura institucional, onde a humanização e a qualidade das relações sejam valorizadas.

2.4.7.2.4. ÁREA DE INFECÇÃO HOSPITALAR – AINFH

A Área de Infecção Hospitalar tem como objetivo identificar e notificar as infecções hospitalares; avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos; criar normas e técnicas de prevenção e controle das infecções hospitalares; elaborar treinamentos periódicos das rotinas; realizar busca ativa aos pacientes com infecção.

O programa de controle de infecção hospitalar do INTO está fundamentado pela interface 45 das Rotinas de Acreditação Hospitalar, que descreve as ações básicas de controle de infecção e a geração de dados para cálculo das taxas estatísticas mensais.

Tabela 26 - Taxa de Infecções Artroplastias / Artrodese Primária

Grupos	Cirurgias Realizadas			Nº de Infecções			Taxa de Infecção		
	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b	2009 ^a	2010 ^a	2011 ^b
Quadril	366	347	257	12	6	5	3,28%	1,73%	1,95%
Coluna	143	130	77	5	12	8	3,50%	9,23%	10,39%
Ombro	50	37	35	0	1	0	0,00%	2,70%	0,00%
Joelho	272	327	297	13	9	2	4,78%	2,75%	0,67%

Fonte: planilha própria

a. Dados revistos.

b. Foram considerados apenas os procedimentos cirúrgicos referentes ao período de janeiro a setembro, tendo em vista que a mudança para o novo INTO, ocorrida no final de setembro, impôs alterações físicas e operacionais do modelo de trabalho da AINFH.

Tabela 27 - Atendimento ambulatorial para pacientes com infecção osteoarticular pós-internação

Ano	Nº de atendimentos	Altas	Dias de Atendimento	Nº de Pacientes
2009	308	137	76	-
2010	345	160	41	216
2011 ^a	233	115	34	-

Fonte: planilha própria

^aOs dados foram mensurados somente até o mês de setembro.

Tabela 28 - Taxas de Infecção hospitalar do CTI

NNISS CTI	2009	2010	2011 ^a
Taxa de infecção urinária associado à CVD	6,3%	10,0%	3,6%
Taxa de infecção corrente sanguínea associada à CVC	33,1%	11,3%	23,4%
Taxa associada à ventilação mecânica	28,7%	15,0%	14,9%
Taxa de infecção hospitalar CTI	30,1%	21,7%	24,1%

Fonte: planilha própria

^aForam consideradas apenas as infecções referentes ao período de janeiro a setembro.

Fórmula dos indicadores

1. Taxa de Infecções artroplastia/artrodese primárias: $(\text{N}^\circ \text{ infecções} / \text{N}^\circ \text{ artroplastias/artrodeses}) * 100$
2. Taxa de infecção urinária associada a Cateter Vesical Demora (CVD): $(\text{ITU} / \text{CVD dia}) * 100$
3. Taxa de infecção na corrente sanguínea associada a Cateter Venoso Central: $(\text{Bacteremia} / \text{CVC dia}) * 100$;
4. Taxa de Pneumonia associada à ventilação mecânica (PVC): $(\text{Pneumonia} / \text{respirador dia}) * 100$;
5. Taxa de infecção hospitalar CTI: $(\text{N}^\circ \text{ Infecções} / \text{N}^\circ \text{ Paciente dia}) * 100$.

Análise Crítica

A partir de janeiro de 2009 a AINFH modificou os critérios de vigilância das infecções cirúrgicas com o objetivo de adequar as taxas a um modelo internacional, permitindo comparações (benchmarking). Foram priorizados os dados relativos às taxas de infecção das cirurgias limpas, tais como: artroplastias e artrodeses de coluna de caráter primário. Esses procedimentos são mais apropriados para servir como indicadores de qualidade da assistência em relação à prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC), uma vez que esta população é mais homogênea em relação a fatores predisponentes à ocorrência de ISC, pois há ausência de internações prévias e de cirurgias anteriores, etc.

Atendimento ambulatorial

O acompanhamento ambulatorial dos casos de infecção osteoarticular pós-alta hospitalar contribui para dar continuidade à política de uso racional de antimicrobianos. Tal política, exercida pelos infectologistas através de pareceres e acompanhamento regular dos casos durante a internação, visa também a avaliar os critérios de cura, permitindo uma crítica ao modelo de tratamento padronizado pela AINFH. Neste modelo, a alta hospitalar é recomendada após a realização de um tempo mínimo de antibioticoterapia venosa e/ou alternativas viáveis de tratamento por via oral ou intramuscular em regime ambulatorial.

As altas no ambulatório levam em consideração a melhora clínica e laboratorial dos pacientes após um período médio de 90 dias de observação ao término do protocolo de antibioticoterapia total.

Parecer Médico

Foram emitidos 295 pareceres pelos médicos infectologistas nas enfermarias. O infectologista identifica o caso de infecção osteo articular, recomenda as medidas diagnósticas e terapêuticas, e registra o paciente em planilha específica. Através desta planilha é feito o acompanhamento regular pela equipe dos infectologistas até a alta hospitalar, com encaminhamento posterior ao ambulatório da AINFH para prosseguimento até o término do tratamento antibiótico.

Os pacientes portadores de infecção do CTI também são incluídos em planilha própria da AINFH e são acompanhados para discussão diária dos esquemas de antibioticoterapia com a equipe de rotina do CTI. Desta planilha são extraídos os dados para a caracterização das infecções que referenciam os dados do NNISS-CTI para confecção dos indicadores mensais e anuais comparativos.

Vigilância Epidemiológica

Como medida de controle e disseminação de germes multi resistentes (MRSA, VRE, KPC e enterobactérias ESBL e bastonetes não fermentadores resistentes a carbapenemicos, essencialmente), foi estabelecida rotina de rastreamento de acordo com características peculiares de alguns pacientes no momento da internação hospitalar e na sua admissão e alta do CTI, assim como durante sua permanência no mesmo por mais de cinco dias.

Esta rotina é baseada na coleta de swabs por via nasal, retal, orofaringe e feridas, cirúrgicas ou não, no momento da internação. Esta vigilância dispara um período de precaução de contato até a liberação do microrganismo isolado e seu perfil de sensibilidade. Aqueles considerados MDR (multidroga resistente) exigem períodos contínuos de precaução até a saída do paciente do hospital. Esta vigilância também permite a observação pela AINFH da distribuição microbiológica destes microrganismos no hospital e seu potencial de disseminação no ambiente.

Estes dados foram implementados durante o ano de 2011 e permitiu dimensionar a incidência e disseminação destes germes no INTO promovendo medidas de controle através de medidas de precaução de contato, higienização das mãos. Observamos através das taxas elevadas dos swabs de feridas que esta é a fonte principal de entrada deste microorganismo nas dependências de nosso hospital.

Visitas de Inspeção

A equipe de enfermeiras da AINFH realizou ao longo do ano de 2011 visitas de inspeção em várias áreas do hospital, seguindo critérios estabelecidos pela ANVISA. Cada uma dessas visitas gera um relatório com a descrição das não conformidades encontradas, com respectiva sugestão e orientação para a correção das mesmas. Com a mudança para o novo

prédio do INTO, várias visitas extraordinárias foram e estão sendo realizadas para ajustes e supervisão dos processos e fluxos operacionais ainda em implantação.

Eventos Científicos / Publicações

Em 2011 houve a participação da força de trabalho em diversos congressos e treinamentos.

Treinamento / Educação Continuada

A AINFH realizou no dia mundial de higienização das mãos, um evento de treinamento e conscientização dos profissionais de saúde, ensinando as técnicas de lavagem das mãos com água e sabão e de higienização com álcool-gel, distribuindo panfletos e brindes aos funcionários que participaram do evento.

Acidentes com Material Biológico

O INTO conta com uma área de saúde ocupacional formada por médicos, enfermeiros e técnicos em segurança para os quais foram transferidas as principais ações no gerenciamento do acidente de trabalho com material biológico.

Controle de Infecção no CTI

A vigilância de infecções no CTI segue a metodologia NHSN (National Healthcare Safety Network, antigo NNISS), do CDC dos EUA. São contabilizadas as infecções relacionadas à assistência à saúde oriunda do setor, através do acompanhamento diário realizado pela equipe de médicos da AINFH, assim como a densidade de uso de dispositivos invasivos e de ocupação da unidade, que passou a ser realizado integralmente pelas enfermeiras da AINFH a partir de junho de 2011.

As metas de infecção associada à assistência à saúde do CTI foram atingidas, com exceção das infecções relacionadas a cateter venoso central (CVC). A equipe de enfermeiras da AINFH realizou treinamentos práticos e específicos a respeito de medidas de prevenção de infecção relacionada à CVC com a equipe assistencial do CTI, com ênfase em higienização das mãos.

Perfil de sensibilidade e definição de terapia antimicrobiana empírica

Em 2011 a análise do perfil de sensibilidade dos microorganismos isolados no INTO passou a ser realizada de forma sistemática e aliada a informações clinicamente relevantes em virtude da implementação de uma nova dinâmica de trabalho. Todas as culturas passaram a ser classificadas quanto a seu papel na etiologia de um processo infeccioso ou não, quanto à infecção INTO ou não INTO, sensível ou MDR, entre outras variáveis, pela equipe de médicos da AINFH. Todos os resultados passaram a ser digitados em uma planilha, que depois é analisada da origem a diversos dados. Dentre eles, a análise do perfil de sensibilidade das bactérias envolvidas na etiologia de infecções, objeto de vigilância epidemiológica na unidade e consequentemente a (re) definição do tratamento empírico dessas infecções.

Essa análise deu origem à definição, por exemplo, do novo esquema de tratamento empírico de infecções osteoarticulares adquiridas após procedimento cirúrgico realizado no INTO, sendo agora recomendado o início de vancomicina + amicacina + piperacilina/tazobactam, até o resultado das culturas colhidas no per operatório, nos casos em que a terapia empírica está indicada.

Medidas implantadas

- Nos meses de março, abril e maio foram contabilizados o consumo com sabão e álcool gel nas áreas de internação ARIN 1, 2, 3,4 e CTI com o objetivo de verificar a adesão dos profissionais da assistência às medidas de higienização das mãos. Estes indicadores serão realizados periodicamente antes e após cada etapa de treinamento para verificar a eficácia do mesmo na implantação de uma cultura de higienização das mãos.
- Vigilância de flebite fundamentada em um “check list” do acesso venoso periférico, percentual de adesão quanto as rotina de troca do dispositivo e o fechamento de uma taxa mensal de flebite.
- Supervisão dos laudos de microbiologia para verificar eventuais dados discordantes ou equivocados quanto ao antibiograma (não conformidades técnicas e administrativas), com *feedback* imediato, realizado por meio de correio eletrônico (e-mail) endereçado ao laboratório terceirizado, à fiscal do contrato com o laboratório e à coordenação da Unidade Hospitalar.
- Confecção de planilha de microrganismos isolados com perfil de sensibilidade dos diversos espécimes clínicos coletados (planilha de vigilância microbiológica).
- Agregação de uma psicóloga ao atendimento ambulatorial dos pacientes portadores de infecção osteoarticular como medida de humanização.
- Participação ativa no processo de mudança para o novo prédio do INTO (grupo de transição).
- Participação ativa nas comissões de humanização e programa de gerenciamento de resíduos de saúde.
- Atuação em conjunto com a ASQUA e chefias do CTI para treinamento na implantação do bundle para prevenção de infecção associada a cateter venoso central no CTI.

Metas e ações para 2012

- Vinculação de um infectologista e uma enfermeira da AINFH junto a um centro de atenção especializada (CAE), com prioridade para aqueles cujas taxas de infecção estejam elevadas, para promover um melhor entrosamento com a equipe cirúrgica, facilitando o treinamento nas ações de controle de infecção hospitalar.
- Abertura de estágio em controle e tratamento de infecção osteoarticular para médicos residentes em infectologia.
- Estabelecimento de parceria com grupo de infectologia do Departamento de Ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, ligado à Escola Paulista de Medicina, através de projeto desenvolvido pelo professor Mauro Salles.

2.4.7.2.5. ÁREA DE MEDICINA INTERNA – ARMIN

A área de Medicina Interna do INTO (ARMIN) tem por finalidade prover atendimento médico clínico em caráter eletivo e de urgência, de natureza ambulatorial e para os pacientes internados, assim como consultoria em quaisquer questões médicas envolvendo a Medicina Interna. A forma do atendimento varia conforme o caso, desde atendimentos de emergência pelo plantonista até consultas agendadas de risco cirúrgico e visitas nas enfermarias. Os médicos da ARMIN são também convocados a colaborar com a direção em

questões ligadas à qualidade dos serviços prestados pelo Instituto, bem para a organização de atividades de ensino e pesquisa.

Em 2011 a ARMIN manteve o modelo de gestão participativa, incentivando os médicos da Área a apontar problemas e sugerir alternativas para melhorar a qualidade do atendimento.

Tabela 29 - Quantidade de consultas realizadas no Ambulatório

Ano	2009	2010	2011
Consultas Ambulatoriais Clínica Médica	5.681	4.937	6.091
Consultas Ambulatoriais Reumatologia	3.179	3.282	3.151
Consultas Ambulatoriais Cardiologia	-	-	432
Total	8.860	8.219	9.674

Fonte: MV Portal (Portlet 460)

Fórmula do indicador

1. Suspensões de cirurgias por motivos clínicos: N° de suspensões por motivos (ITU – Infecção do Trato Urinário, Arritmia Cardíaca, Hipertensão Arterial, Outros/ Total de suspensões de cirurgia) * 100.

Análise Crítica

Durante o ano foram realizados 6091 atendimentos ambulatoriais clínicos, 23% superior ao do ano anterior. O atendimento reumatológico ambulatorial foi de 3.151 consultas, o que representa uma variação inferior a 3% em relação ao ano anterior. Durante o ano foi consolidado o ambulatório de Cardiologia, com 432 atendimentos. O elevado número de atendimentos ambulatoriais decorre da não liberação de um importante percentual dos pacientes submetidos à avaliação, em média equivalente a 36%.

A abertura do novo setor de emergência, que atende às demandas de urgência e emergência em dias úteis em plantões de 7 às 19 horas, tem gerado uma média equivalente a 100 atendimentos por mês (elaboração própria). Deste modo, a equipe de plantonistas passou a atuar em toda a área de internação, onde é feita a avaliação pré-operatória inicial, e de atendimentos emergenciais.

Apesar da faixa etária dos pacientes, da complexidade das cirurgias e do número de urgências, o percentual de atos cirúrgicos suspensos por intercorrências clínicas nos pacientes já internados foi de 27,3% conforme classificação da Área de Anestesia. Porém o percentual de cirurgias suspensas pelos próprios clínicos, conforme amostragem feita em novembro, foi de 14%.

Metas e ações para 2012

- Elaboração de indicadores de produção, qualidade e complexidade do atendimento.
- Instituição de auditoria interna para apuração da qualidade do trabalho realizado.
- Ampliação do ambulatório de reumatologia e instituição do de osteoporose grave e espondiloartrose, com a inclusão de novos pacientes e a retomada de estudos nesta área. Criação do Ambulatório de Espondiloartrite e de Neurologia com interface com a área de reabilitação.
- Priorização da área de ortogeriatrics, com abertura de ambulatórios específicos, inclusive de prevenção de quedas e marcha, com uma linha de pesquisa própria e serviço de parecer em geriatria a pacientes internados em outras enfermarias e não atendidos por geriatras.
- Proporcionar programas de treinamento e educação continuada para todos os médicos da ARMIN e reativação da linha de atualização médica continuada via Web (e-mail).

Criação de uma comissão permanente de educação continuada responsável pelo treinamento dos novos profissionais no setor e por fomentar a produção científica.

- Organização de cursos e simpósios para os funcionários do INTO, e abertos para funcionários do SUS: Curso de Atualização em Geriatria e Gerontologia, Curso de Pré e Pós Operatório em Ortopedia, Simpósio de Atualização em Tromboembolismo Venoso.
- Inclusão de breves sessões de atualização terapêutica com especialistas, antes das reuniões clínicas, visando aumentar a adesão e pontualidade.

2.4.7.2.6. ÁREA DE TRATAMENTO DA DOR - ARDOR

Tem-se como finalidade: Avaliar e controlar a dor desde a internação do paciente até sua reabilitação, com acompanhamento domiciliar e ambulatorial após alta hospitalar; Supervisionar a avaliação e registro da dor como quinto sinal vital; Documentar a avaliação da dor dos pacientes acompanhados pela equipe; Confirmar a aplicação adequada do protocolo analgésico acordado, sua real eficácia; Propor modificações, se necessário e reavalia a dor.

Tabela 30 – Indicadores ARDOR

Indicador^a	2010	2011
Efetividade na avaliação da dor (%)	99,40	95,60
Controle da dor – Tx. de seguimento do protocolo analgésico (%)	92,00	94,00

^a Para ambos indicadores foi realizada análise transversal, duas vezes ao ano durante um mês.

Tabela 31 - Ensino e Aprendizagem

Trabalhos realizados e publicações científicas	2009	2010	2011
Produção Científica	03	02	02
Aulas internas e externas (Residência Médica, Residência de Enfermagem, Corpo de Enfermagem, Farmácia)	08	10	07
Participação em reuniões administrativas e clínicas	79	79	82

Tabela 32 - Produção Técnica

Produção	2009	2010	2011
Número de atendimentos no Grupo de Dor Crônica	7	309	459
Consultas ambulatoriais	3.414	3.060	3.048
Pareceres recebidos e acompanhados	ND	ND	39

ND – Não Disponível

Fórmula dos indicadores

1. Efetividade na Avaliação da Dor: N° de avaliações similares entre as equipes de enfermagem plantonista e clínica a dor / N° total de avaliações da dor * 100
2. Controle da Dor – Taxa de seguimento do protocolo analgésico: N° de prescrições que seguiram o protocolo analgésico proposto na política de controle da dor / N° total de prescrições * 100

Análise Crítica

Como nos três anos anteriores, a estratégia de coleta detalhada de indicadores definidos, se mostrou fundamental para assegurar nossas convicções de que uma educação continuada para toda a força de trabalho, sobre a importância dos fundamentos de registro e controle da dor, assegura qualidade ao atendimento da população, em nossa instituição. Mantivemos, como nos últimos anos, indicadores da aplicação universal do registro da dor

como quinto sinal vital, assim como, conduta e utilização do protocolo proposto e seus resultados.

Os resultados confirmam que estamos mantendo adesão do registro do 5º sinal vital, aplicação do protocolo analgésico instituído, assim como, o comprometimento de toda a enfermagem e demais profissionais da área de saúde em sua aplicação e verificação de eficácia.

No ano de 2011 foram realizados 3.048 atendimentos ambulatoriais, semelhante ao total realizado em 2010. No Grupo de Acompanhamento a pacientes com dor crônica houve 47 reuniões no ano, num total de 459 atendimentos (48% a mais que 2010).

Medidas Implantadas

- Manutenção da estratégia de educação continuada semestral para a força de trabalho do INTO, sobre a responsabilidade de todos no controle da dor na Instituição;
- Participação da equipe nas várias reuniões sobre o NOVO-INTO. Novos desafios e responsabilidades;
- Realização de reuniões junto à área de Qualidade, sobre os pré-requisitos para uma futura solicitação de Certificação Específica pela Joint Commission;
- Realização de visitas de diagnóstico, pelo CBA (Centro Brasileiro de Acreditação) para futura Certificação Específica do Serviço;
- Participação e apresentação de trabalhos: Congresso Internacional de Acreditação Hospitalar e no SIMBIDOR- 2011 em São Paulo;
- Aplicação e aprimoramento do formulário para dispensação de medicamentos pelo ambulatório da clínica da dor;
- Implantação de formulário próprio de acompanhamento e registro da dor, em pacientes internados, que necessitaram de intervenção da equipe;
- Programação dos novos medicamentos preconizados no tratamento da dor;
- Participação da equipe no grupo da dor crônica como forma de orientação aos participantes nas dúvidas apresentadas.

Metas para 2012

- Participar ativamente em todo o processo de reafirmação da certificação do INTO pelo CBA;
- Reafirmar a solicitação de avaliação diagnóstica, pelo CBA, para possível Certificação Específica da ARDOR;
- Gerenciar uma nova estratégia de atuação da equipe, nas enfermarias, dando maior atenção aos pacientes que apresentam dor refratária ao protocolo, através de pareceres por escrito;
- Organizar, agora quadrimestralmente, a realização de coleta de indicadores da “avaliando a avaliação”;
- Maior interação com o serviço de Anestesiologia, visando definição de atuações;
- Viabilizar a realização de outras técnicas intervencionistas de analgesia, possíveis em Hospital-dia;
- Publicar em revista científica trabalhos realizados;
- Promover e participar dos eventos de Dor, como congressos e simpósios;
- Implantação de questionário para diagnóstico de dor neuropática e de questionário sobre constipação;
- Impressão da Cartilha de orientação ao paciente sobre dor e do Manual de bolso de Controle da dor do INTO – para os profissionais;

- Produzir novos indicadores;
- Produzir trabalho sobre constipação intestinal com o uso de opióides, e encaminhar ao Congresso Brasileiro de Dor, em Salvador.

2.4.7.2.7. ÁREA DE PEDIATRIA - ARPED

A Área da Pediatria (ARPE) é responsável pelo atendimento durante as internações cirúrgicas e clínicas dos pacientes na faixa etária de 0 a 15 anos e 11 meses. As ações assistenciais são desempenhadas por equipe multidisciplinar composta por Pediatras, Enfermeiros e Auxiliares de enfermagem, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Fisiatra, Nutricionista, Psicóloga, Assistente social, Fonoaudióloga e Agentes administrativos. Em conjunto, realizam o suporte clínico e a assistência técnica e administrativa para o bom andamento da internação.

Tabela 33 - Internações na Pediatria por Faixa Etária

Faixa Etária	2010	2011
0 - 1 ano	98	79
2 - 4 anos	130	84
5 - 10 anos	216	204
11 - 15 anos	287	314
Total	731	681

Fonte: Elaboração própria

Tabela 34 - Internações na Pediatria por Centro de Atenção Especializado

CAE	2010	2011
Infantil	460	420
Micro	83	58
Mão	57	43
Coluna	23	43
Crânio Maxilo Facial	42	39
Tumor	34	31
Outros	32	47
Total Geral	731	681

Fonte: Elaboração própria

Tabela 35 - Tempo Médio de Internação na Pediatria por Centro de Atenção Especializado

CAE	2010	2011
Infantil	4,4	4,39
Pé	2,9	2,31
Mão	3,0	2,98
Quadril	-	4,00
Joelho	1,7	2,13
Clinica Médica	8,5	3,00
Coluna	19,4	22,95
Ombro	3,1	1,67
Micro	2,4	3,69
Fixador Externo	3,1	5,00
Tumor	2,3	2,52
Crânio Maxilo Facial	7,0	2,87
Trauma Adulto	5,5	9,62
Deformidade Torácica	4,4	-

Fonte: Elaboração própria

Análise Crítica

No ano de 2011, registraram-se 681 internações hospitalares na Pediatria. No ano de 2010, tal registro foi de 731 internações. A queda nas internações pode ser justificada pelo período de mudança física para o novo prédio ocorrida nos últimos meses de 2011, onde ocorreu uma diminuição proposital do número de cirurgias na faixa etária pediátrica, objetivando melhor gestão da transição.

A faixa etária de maior prevalência foram os adolescentes (11 a 15 anos), responsáveis por quase 50% das internações no ano de 2011. Seguido pela faixa etária escolar com aproximadamente 30% das internações. O Centro responsável pelo maior número de internações na Pediatria é o Infantil. Com relação ao ano anterior, não houve variação significativa no perfil etário das internações.

O Tempo médio de internação por Centro pode ser visualizado na tabela acima. A diferença entre os centros reflete principalmente a complexidade das cirurgias realizadas por eles e maior chance de complicações associadas.

Atividades Desenvolvidas em 2011

No primeiro semestre de 2011, a cobertura dos finais de semana foi modificada para plantão diurno, ficando o Pediatra de plantão na enfermaria de 7h às 19 horas, em comparação ao esquema anterior de visita médica de 8h às 12 horas. A cobertura do plantão noturno continuou sendo realizada pelo pediatra plantonista da Terapia Intensiva.

Ainda no primeiro semestre, foi iniciado round multidisciplinar, realizado diariamente durante a rotina, com objetivo de esclarecimento e atualização dos casos internados, visando o planejamento da internação, priorização de tarefas e delegação de funções aos profissionais habilitados.

No segundo semestre, com a mudança para o novo prédio, foi iniciado o Ambulatório de pré-operatório da Pediatria.

Metas e ações para 2012

- Expansão do ambulatório de pré-operatório de Pediatria com avaliação de 100% dos pacientes que atendam aos critérios de inclusão;
- Implantação do acompanhamento pedagógico (classe escolar) para os pacientes internados;
- Formulação e implantação dos indicadores de qualidade;
- Formulação de protocolos clínicos específicos da Pediatria;
- Manutenção do Round multidisciplinar diário;
- Estímulo a projetos acadêmicos.

2.4.7.2.8. ÁREA DA ANESTESIOLOGIA – ANEST

A área de Anestesiologia tem por finalidade a realização de atendimento pré-anestésico no ambulatório, anestésico nas salas cirúrgicas e na área de imagem, pós-anestésico nas enfermarias, entre outros. Atua ainda em apoio à Área de Dor e no auxílio às punções venosas profundas.

Tabela 36 - Atividades assistenciais da ANEST

Atividades	2009	2010 ^a	2011 ^a
Procedimentos	9.219	8.092	7.815
Visitas Pré	6.025	5.712	4.360
Visitas Pós	5.346	4.930	3.715
Ambulatório	5.360	4.948	6.068
RPA	5.775	5.712	5.661

^a Não foram incluídas as atividades assistenciais do Projeto Suporte.

Tabela 37 - Indicadores de qualidade da ANEST

Indicadores de Qualidade	2009	2010	2011
Taxa de Mortalidade Pré-operatória	0%	0%	0,071%
PCR intra-operatória	0,016%	0,035%	0,017%
Cefaléia pós-raqui	0,03%	0,03%	0,034%
Convulsões pós- bloqueio	0,05%	0,05%	0,1%
Troca de sangue	0%	0%	0%
Troca de Medicação	0%	0%	0%
Anestesia do lado errado	0,016%	0,016%	0%
Cirurgias Suspensas por causas anestésicas	1,85%	3,3%	0,8%

Fonte: Elaboração própria

Fórmula dos indicadores

1. Taxa de Mortalidade Pré-operatória: $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos pré-operatórios} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos na sala cirúrgica}) * 100$
2. PCR intra-operatória: $(\text{N}^\circ \text{ de paradas cardiorrespiratórias na sala cirúrgica} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos na sala cirúrgica}) * 100$
3. Cefaleia pós-raqui: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes com cefaleia} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes com raqui anestesia}) * 100$
4. Convulsões pós-bloqueio: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes que apresentaram convulsões pós-bloqueio} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes com bloqueio anestésico}) * 100$
5. Troca de Medicação: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes com a medicação trocada} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes que receberam medicação}) * 100$
6. Troca de sangue: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes que receberam sangue trocado} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes operados}) * 100$
7. Anestesia do lado errado: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes que receberam anestesia do lado errado} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes operados}) * 100$
8. Suspensões por causas anestésicas: $(\text{N}^\circ \text{ de suspensões por intercorrência anestésica} / \text{N}^\circ \text{ de cirurgias agendadas em pacientes internados}) * 100$

Análise Crítica

As atividades realizadas no ano de 2011, além dos atendimentos realizados, incluíram essencialmente: Realizações periódicas de auditorias nas documentações preenchidas pelo staff, detectando-se eventuais falhas que foram comunicados aos responsáveis para que se evite reincidência; Reuniões clínicas do serviço onde colocaram-se questões administrativas e apresentaram-se casos clínicos relevantes para discussão; Planejamento visando transferência para o Novo INTO. Algumas atividades programadas não foram realizadas em função da mobilização para transferência do INTO para a nova sede.

As suspensões de cirurgias envolvendo causas anestésicas totalizaram (51) equivalentes a 6,6% do total de cirurgias suspensas (772) ou 0,76% das cirurgias programadas (6.664). Ou seja, houve queda de tais suspensões em relação ao ano de 2010.

Metas para 2012

- Organização do VI Simpósio de Anestesia Ortopédica do INTO;
- Reuniões clínicas e administrativas do Serviço;
- Realização de trabalhos científicos.

2.4.7.2.9. ÁREA DE ENFERMAGEM - AENFE

A Área de Enfermagem é responsável pela coordenação de todas as ações de enfermagem realizadas na Instituição, objetivando uma assistência de qualidade associada a uma nova concepção assentada no desenvolvimento de novas técnicas e práticas organizacionais. É detentora da maior força de trabalho com atuação em diversas áreas da Instituição. O monitoramento da qualidade de atenção é realizado utilizando-se indicadores de desempenho elaborados com a finalidade de avaliar continuamente as ações da enfermagem

Tabela 38 - Produção da AENFE no Serviço de Curativos

Produção	2009	2010	2011
Pacientes Atendidos pelo Serviço de Curativos	189	246	354
Pacientes em prevenção de úlceras por pressão	59	123	167
Incidência de pacientes com úlceras por pressão originadas no INTO	2,3%	2,1%	0,03%

Tabela 39 - Registro de úlceras por pressão acompanhadas pelo Serviço de Curativos

Origem	2011
Domicílio	12
Internação	64
CTI	16
Outros hospitais	46
Total	138

Tabela 40 - Consultas ambulatoriais realizadas pela enfermagem segundo CAE

Origem	2010	2011
Mão	-	641
Pé	-	234
Coluna	-	185
Quadril	-	281
Trauma	-	148
Microcirurgia	-	230
Joelho	-	381
Ombro	23	284
Fixador Externo	-	53
Tumor	-	162
CMF	-	12
Infantil	-	229
Total	23	2.840

Fonte: MV Portal

Tabela 41 - Produção do Serviço de Admissão

	2010	2011
Consultas da Enfermagem	6015	6009
Internação	5676	5705
Suspensão de Internação	339	304

Fórmula do indicador

1. Taxa de incidência de úlceras por pressão: (Nº de pacientes que desenvolveram úlceras por pressão durante a internação / Nº de pacientes admitidos nos Centros da Coluna e Traumatismo Raquimedular, Trauma, Pelve e Acetábulo, Joelho e Fixador externo, e Quadril) * 100.

Análise Crítica:

A incidência de pacientes com úlceras por pressão originadas no INTO foi de 0,03% no ano de 2011, apresentando expressiva queda em comparação aos anos de 2009 e 2010. Este resultado deve-se ao número significativo de internações realizadas, bem como do empenho dos profissionais e do trabalho em equipe, voltado para a prevenção e o tratamento precoce das UPP's no INTO.

A modalidade assistencial de atendimento ambulatorial pela enfermagem teve início em 2010 com um projeto piloto, pela equipe interdisciplinar do CAE OMBRO. A partir da mudança para a nova Sede passou a vigorar efetivamente com consultas regulares para os demais centros.

Com relação aos atendimentos realizados na admissão, das 6.009 consultas de enfermagem realizadas no ano de 2011, 304 pacientes apresentavam algum impedimento para a realização do ato cirúrgico. Nesse caso há sinalização ao clínico, ortopedista ou pediatra, evitando assim, o desgaste emocional do paciente de passar por todo um preparo pré-operatório e ter sua cirurgia suspensa. Evita-se ainda o desgaste da equipe e o desperdício de material. Em comparação com o ano de 2010, houve uma redução do número de atendimentos em decorrência da mudança para a nova sede que ainda está em processo de adaptação.

Atividades Desenvolvidas em 2011

- Dimensionamento dos profissionais de enfermagem para o novo INTO e planejamento de previsão dos insumos e equipamentos necessários para o funcionamento da Instituição nas novas instalações;
- Coordenação junto ao Grupo de Transição da remoção de pacientes internados no antigo prédio para a nova sede, realizada com segurança e sem intercorrências.
- Coordenação e supervisão da fase de implantação dos processos de trabalho da Equipe de Enfermagem nos setores em funcionamento na nova sede do INTO;
- Otimização da consulta de enfermagem, a fim de agilizar o atendimento;
- Implementação no CTI do serviço de humanização, onde o enfermeiro rotina recebe o familiar antes da visita e fornece informações sobre o paciente, reduzindo suas angústias e questionamento, tornando o ambiente mais acolhedor.

Metas e ações para 2012

- Realização de um Simpósio de Enfermagem Ortopédica do INTO;
- Conquista de um espaço físico para que os enfermeiros do CAE possam realizar suas produções científicas e arquivar seus documentos e materiais;
- Melhorar a comunicação entre a equipe multidisciplinar através do contato com as chefias e incentivo ao bom relacionamento;
- Rever fluxos e rotinas de forma que se adaptem a nova estrutura física;
- Melhorar a relação entre os enfermeiros dos CAE e os plantonistas através da definição clara de tarefas e atribuições de cada equipe;
- Elaboração de folder para orientação de pacientes sobre o funcionamento do Hospital Dia e cuidados pré e pós-operatórios;
- Início em Outubro da consulta de enfermagem para avaliação de pré-internação dos pacientes do Hospital Dia;
- Implementar ações necessárias à consolidação dos processos de treinamento, qualificação e capacitação dos Profissionais de Enfermagem através da Educação Permanente;

- Participação em eventos científicos cuja temática alcance os objetivos institucionais e pessoais voltados ao aprimoramento profissional;
- Incentivar a pesquisa e elaboração de estudos científicos e inovações no planejamento e implantação de rotinas e protocolos setoriais;
- Implantar 100% da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos setores do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

2.4.7.2.10. ÁREA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ARSOC

As ações e os serviços prestados pela Área de Serviço Social - ARSOC desta Unidade têm como princípios fundamentais a saúde como direito de todos e dever do Estado, a universalidade e gratuidade do atendimento, o controle social e a interdisciplinaridade. A área tem por objetivo executar seu papel no trato da questão social, o que envolve ações voltadas para a garantia de participação da população na definição de rumos da atenção prestada pela unidade, acesso às informações relativas aos seus direitos, entre outros.

Tabela 42 - Dados de produção da ARSOC

	2009	2010	2011
Total de atendimentos Realizados	17.578	61.423	65.278
Atendimentos pelos Voluntários	9.002	18.726	16.973
Doação de material pelo Voluntariado	16.409	17.155	18.019
Fornecimento de Órteses pré-fabricadas	6.275	6.413	6.716

Fonte: MV Sistemas

Análise Crítica

No ano de 2010 obtivemos um aumento de 2,20% no fornecimento de órteses, em relação ao ano anterior. No ano de 2011 foi identificado um aumento do fluxo de pacientes ambulatoriais de 10,8% em relação ao ano anterior, justificando assim o aumento na dispensação das órteses que foi de 4,72%.

Medidas implantadas

O Serviço Social, desde fevereiro de 2011 passou a realizar, mensalmente, o monitoramento das suspensões cirúrgicas. Este trabalho deu-se pelo fato de não haver, no contexto assistencial, responsáveis dos pacientes que saíam do ambiente hospitalar após terem suas cirurgias suspensas.

Além disso, motivados pela avaliação de desempenho (SAD - MS), solicitou-se a toda equipe da área que fossem enviados mensalmente relatórios de produção, onde são informados quantitativamente e qualitativamente os atendimentos realizados e os principais entraves, sejam institucionais ou pessoais, para a realização do trabalho.

Metas e ações para 2012

- Confecção da cartilha de orientação dos pacientes TFD/CNRAC;
- Retomar os contatos com a rede de serviços sociais e de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

2.4.7.2.10.1. INTO – VOLUNTÁRIO

O Voluntariado foi criado através da Área de Assistência Social, tendo como missão promover ações de recreação, lazer e estética, visando uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes internados e em atendimento ambulatorial. Busca-se, através das práticas voluntárias, proporcionar a redução do nível de ansiedade dos pacientes.

Tabela 43 - Horas Trabalhadas pelos voluntários

Ano	2009	2010	2011
Total de horas	3.355	4.596	4.659

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 44 - Doações feitas ao voluntariado, por tipo de material

Materiais^a	Total
Ed.Seleções	570
Sesinho	8.000
Ed. Bom Texto	150
Revistas e Livros/Funcionários	994
Revistas e Livros/Voluntários	5.916
Revistas e Livros/Colégio Cruzeiro	240
Ed. Gideão Internacional do Brasil	574
Ed. Abril	400
Livros Religiosos	627
Total – Material de Leitura	17.471
Brinquedos Colégio Cruzeiro	126
Brinquedos diversos doadores	422
Total - Brinquedos	548
Total Geral	18.019

Fonte: Elaboração própria.

a. Doações feitas para a realização de nossas ações continuadas. Não inclui doações referentes às campanhas para atendimento às vítimas das enchentes e de Natal.

Tabela 45 - Pacientes atendidos pelos voluntários vinculados ao INTO Voluntário

Atividade Voluntária	2010	2011	Materiais envolvidos em 2011
Carrinho de leitura	3.780	4.913	9.836 unidades
Comunicador	1.783	422	873 correspondências
Oficina de auto-estima	332	415	-
Recreação infantil	1.103	562	Materiais diversos
Recreação de adultos	1.385	1.265	Materiais diversos
Distribuição de kits de recreação	2.139	1.797	1.797 kits
Distribuição de revistas	6.135	7.235	12.560
Artesanato	392	39	Materiais diversos
Monitoramento	-	325	--
Total	17.049	16.973	

Atividades Desenvolvidas

Voluntariado regular: Atividades regulares previamente planejadas e desenvolvidas por voluntários fixos conforme tabela acima.

Voluntariado pontual: Parcerias com grupos externos que desenvolvem periodicamente atividades diversas nas enfermarias e no ambulatório;

- Associação viva e deixe viver - Voluntários que atuam como contadores de histórias para as crianças e adolescentes internados, três vezes na semana;
- Enfermeiros da esperança - ONG formada por enfermeiros e estudantes de enfermagem que caracterizados de palhaços desenvolvem atividades lúdicas nas enfermarias;

- Grupo papão - Voluntários pertencentes ao grupo de recreação infantil que desenvolvem brincadeiras criativas junto aos pacientes;
- Harmonicanto - Apresentação musical do grupo composto por crianças e adolescentes moradores da comunidade do Cantagalo em Ipanema;
- Ronald Mcdonald - Visita do personagem símbolo da cadeia de fast-foods McDonald's às enfermarias de nossa unidade hospitalar.

Atividades extras

- INTO Folia: Saúde e Alegria - Participação na organização e realização do evento de carnaval do INTO;
- Curso de higienização das mãos - Curso ministrado pela equipe do Centro de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- Campanha para as vítimas de enchente na região serrana do estado do Rio de Janeiro;
- Evento em parceria com a reabilitação – Participação, a convite do setor de Reabilitação, no evento de encerramento das atividades do grupo de acompanhamento a pacientes com paralisia cerebral e seus cuidadores;
- Festa do dia das crianças;
- Festa de natal da pediatria.

Análise Crítica

Observou-se que ocorreu uma queda no quantitativo de horas de trabalho voluntário no segundo semestre do ano (após a transição para o Novo INTO), se comparado ao primeiro semestre. Mesmo com tal redução, o total de horas de trabalho voluntário disponibilizadas ao Instituto no ano de 2011 foi superior ao ano de 2010. Registrou-se em 2010 o total de 4.596 horas de trabalho voluntário, enquanto em 2011 o total foi de 4.659.

Neste ano contou-se com diversos parceiros, com destaque para o Instituto Viva e Deixe Viver. A participação deste Instituto através dos Contadores de Histórias tem sido expressiva no atendimento às crianças internadas. Mesmo com a redução de 3 para 1 contadora de história após a transição, no ano de 2011 o Instituto Viva e Deixe Viver totalizou 240 atendimentos.

A atividade “Caminho da Leitura”, que está relacionada à distribuição de livros e revistas para os pacientes, registrou um aumento de 30% no total de atendimentos em relação ao ano de 2010, passando de 3.780 para 4.913 pacientes atendidos no ano de 2011.

A atividade de comunicador registrou uma queda expressiva em relação aos anos anteriores. Alguns fatores que contribuíram com essa redução: pedido de desligamento de uma voluntária por motivos pessoais, licença médica de outra voluntária, greve dos correios e redução na média de pacientes internados após a transição para este novo prédio.

Com relação à recreação infantil, houve uma redução de 49% no total de pacientes atendidos devido, principalmente, a suspensão parcial das atividades no período da mudança e a redução de pacientes internados nesse mesmo período.

A Recreação de Adultos apresentou baixa redução, devido a nova estrutura das enfermarias, com quartos de apenas dois (2) leitos, ao pedido de desligamento de dois (2) voluntários recreadores de adultos, e o afastamento temporário de um dos recreadores.

No que se refere ao total de Kits de Recreação distribuído, houve uma redução de 16% em relação ao ano anterior devido à suspensão temporária da atividade por falta de material no setor. Após curto período de suspensão, esta atividade voltou a ser realizada por meio da captação de doações de tais materiais.

Por fim, a atividade de artesanato apresentou queda nos atendimentos em virtude de sua interrupção no início do ano (voluntárias artesãs solicitaram afastamento).

2.4.7.2.11. ÁREA DE NUTRIÇÃO - ARNUT

A Área de Nutrição (ARNUT) tem por finalidade: planejar, organizar, dirigir, supervisionar e avaliar o Serviço de Alimentação e Nutrição, prestar assistência dietética e promover educação nutricional, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde de forma segura e humanitária.

Tabela 46 - Percentual de avaliação das pesquisas realizadas pela ARNUT

Item da pesquisa	2009	2010	2011	Meta
Avaliação positiva da atuação da ARNUT nas unidades de internação (%)	86,50	83,80	90,10	80%
Avaliações positivas do atendimento aos servidores, residentes, acompanhantes e demais usuários do refeitório (%)	82,20	75,80	83,10	80%
Resto-ingesta de refeições servidas a pacientes internados (%)	16	17	19	20%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 47 - Refeições servidas

Refeição	2011
Internação e Hotel Granada	
Desjejum	27.507
Colação	16.172
Almoço	33.443
Merenda	31.543
Jantar	34.897
Ceia	28.198
Ceia pré-operatória	5.618
Pediatria	9.006
Total	186.384
Ração Infantil ^a	1.608
½ Ração Infantil ^b	222
Refeitório e acompanhantes do Hotel Granada	
Desjejum	17.519
Almoço	28.752
Merenda	970
Jantar	15.831
Total	63.072
Solicitações especiais^c	
Lanches	83.562

Fonte: MV 2000i

a. Tipo de refeição servida no período de 24h a pacientes da pediatria.

b. Corresponde a uma grande e uma pequena refeição

c. Referente a lanches servidos em reuniões ou encontros específicos.

Tabela 48 - Pacientes atendidos no ambulatório de nutrição

Ambulatório	2009	2010	2011
Pacientes atendidos	665	756	918

Fonte: MV 2000i

Tabela 49 - Indicação de suporte nutricional enteral e via oral

Suporte Nutricional Enteral (n=48)	
PO de crânio-maxilo, quadril, fêmur ou coluna	7%
Doenças respiratórias graves	13%
Aceitação da dieta via oral abaixo das necessidades nutricionais	13%
Coma	7%
Desordens do SNC	30%
Demais causas	30%

Fonte: Elaboração própria

Fórmula dos indicadores

1. Percentual de avaliações positivas nas pesquisas realizadas: $(\text{Respostas positivas}/\text{N}^\circ \text{ de respostas}) * 100$
2. Avaliação da resto-ingesta: IR (indicador de Resto) = $(\text{Peso da Refeição Rejeitada}/\text{Peso da Refeição Distribuída}) * 100$
3. Suspensão de cirurgias por não realização de jejum pré-operatório: $(\text{N}^\circ \text{ de cirurgias suspensas por quebra de jejum}/\text{N}^\circ \text{ de cirurgias suspensas}) * 100$;

Análise Crítica

Na pesquisa para avaliação da atuação da ARNUT nas unidades de internação 90,10% das respostas foram positivas, acima do encontrado em 2010 (83,8%) e superando a meta estabelecida. Dentre as questões avaliadas será objeto de intervenção o item sobre temperatura dos alimentos, apontado como regular ou ruim por 42,85% dos pacientes. Uma das medidas que serão tomadas inclui a aquisição de novo modelo de carro de transporte de alimentos com controle de temperatura.

Na avaliação do atendimento aos servidores, residentes, acompanhantes e demais usuários do refeitório, o percentual de respostas positivas (83,10) também apresentou aumento comparado ao ano anterior. A temperatura dos alimentos foi considerada “morna” por 49,20% dos usuários, o que pode ser atenuado através de uma intensificação no controle de temperatura dos balcões de distribuição de refeições.

Embora esteja abaixo da meta fixada, das refeições servidas aos pacientes internados em 19% ocorreu resto-ingesta indicando aumento ao longo dos anos. Este achado pode refletir a insatisfação relacionada à temperatura dos alimentos.

Ao longo do ano não houve suspensão de cirurgias por não realização de jejum pré-operatório, alcançando sua meta de 0%. Este é um indicador importante, considerando todos os transtornos financeiros e emocionais decorrentes da suspensão de cirurgias. Em 2011, 57% dos pacientes compareceram às consultas representando um aumento de 21,43% do número de atendimentos em relação ao ano de 2010, isto se deve a ampliação do horário de atendimento no ambulatório de nutrição. Na tentativa de melhorar a taxa de comparecimento, os pacientes receberam um telefonema na semana da consulta para confirmar o atendimento, porém não houve melhora do indicador.

Medidas implantadas e ações desenvolvidas em 2011

Além da produção ambulatorial e de internação, foram realizadas atividades de ensino e aprendizagem; de pesquisa, de aplicação de instrumentos de avaliação nutricional e protocolos entre outros.

- Atividades de ensino e aprendizagem: XI Jornada de Nutrição do INTO; treinamento dos funcionários operacionais da cozinha; atendimento em ambulatório dos servidores em conjunto com a Saúde Ocupacional, para promoção de saúde; apresentação de trabalhos em simpósio, seminários e fóruns; artigos publicados; matérias para revista; capítulo de livro; entrevistas concedidas; realização de prova classificatória para acolhimento de nutricionistas em estágio profissional e realização do Curso de Nutrição e Saúde Óssea.
- Demais atividades:
 - a. Uso de protocolos para evolução do estado nutricional de adultos, crianças e adolescentes, utilização de impressos para orientação nutricional.
 - b. Fornecimento de refeições a pacientes que aguardam admissão e realização de almoços temáticos.

- c. Criação de rotina de confirmar com os pacientes o agendamento das consultas do ambulatório de nutrição com o intuito de melhorar a taxa de comparecimento.

Metas e ações para 2012

- Realizar a XII Jornada de Nutrição do INTO, promover e participar de cursos de atualização em nutrição clínica e treinamento dos funcionários operacionais da cozinha;
- Desenvolver pesquisas no CTI, a se utilizar como indicadores de qualidade; realizar pesquisas de qualidade da assistência; implantar o lactário; e concluir em conjunto com a ADESI o processo de informatização da área.

2.4.7.2.12. ÁREA DE SAÚDE MENTAL - ARMEN

A ARMEN tem a finalidade de disciplinar as ações de saúde mental do INTO, direcionadas para os pacientes e seus familiares/acompanhantes/cuidadores, tanto para aqueles que estão internados quanto para os em atendimento ambulatorial no INTO, dentro de uma perspectiva multidisciplinar de cuidado integral ao paciente, articulada ao processo de humanização hospitalar. É disponibilizado ainda um turno de atendimento psiquiátrico no ambulatório e nas enfermarias o atendimento pela psiquiatria é realizado através de solicitação de parecer.

Todos os Centros de Atenção Especializada (CAE) foram contemplados com a inserção de pelo menos um psicólogo nas Equipes Multidisciplinares, possibilitando o cuidado integral ao paciente em suas necessidades biopsicossociais.

Tabela 50 - atendimentos realizados pelos psicólogos

Local do atendimento	Atendimentos realizados	2009	2010	2011
Internação	Avaliação Psicológica ^a	3.974	4.630	4.981
	% de avaliações psicológicas nas enfermarias	66,43%	80,37%	86,46%
	Atendimentos ao paciente ^b	10.091	14.039	14.023
	Atendimentos aos familiares	3.183	4.068	4.315
	Total	17.248	22.737	23.319
Ambulatório	Atendimentos ao paciente	1.215	2.070	2.943
	Atendimentos aos familiares	288	469	251
	Total	1.503	2.539	3.194

Fonte: MV Portal e MV 2000

^a Avaliação Psicológica: realizada no 1º atendimento ao paciente.

^b Atendimento ao paciente: acompanhamento sistemático dos pacientes que permanecem internados.

Tabela 51 - atendimentos Domiciliares

Atendimentos	2010	2011
Visitas	605	900
Atendimentos (pacientes e familiares)	843	1.443

Fonte: UDOMI

Tabela 52 - atendimentos da Psiquiatria

Local do atendimento	2009	2010	2011
Ambulatório	367	230	213
Enfermaria	NI	NI	81

NI – Não informado

Fonte: MV Portal e MV 2000

Tabela 53 - atendimentos em grupo realizados pela ARMEN

Grupo	Nº de grupos realizados	Pacientes/familiares Atendidos
Acolhimento Pré e Pós-operatório	48	451
Dor Crônica	47	459
Acolhimento do Centro do Tumor	35	426
Acolhimento de Acompanhantes das Enfermarias	26	285
Sala de Espera da CCMF	25	147 ^a
Amputados/adultos do CAMPU	69	545
Amputados/crianças do CAMPU	16	77
Plexo Braquial	14	49
PREOCU-PC	25	86
Osteocondromatose múltipla	1	1
TOTAL	306	2.526

Fonte: Elaboração própria

a. Refere-se a 92 pacientes e 55 acompanhantes.

Fórmula do indicador

1. Percentual de avaliações psicológicas nas enfermarias: (Total de Pacientes Avaliados nas Enfermarias / Total de Pacientes Internados no INTO) * 100

Análise Crítica

Em 2011 o quantitativo de psicólogos diminuiu com a transferência de 1(uma) psicóloga para a Área de Saúde Ocupacional (ARSAO) e a saída de 1(uma) psicóloga da instituição.

O aumento do percentual de pacientes avaliados nas enfermarias reflete o esforço e o compromisso da equipe em avaliar todos os pacientes internados, porém existe um percentual importante de pacientes de curta permanência que muitas vezes não se consegue atender (tempo de internação menor do que 72 horas, considerando-se os procedimentos realizados nesse período que impossibilitam a abordagem pela equipe). Além disso, há também as cirurgias realizadas sábado, com internações na tarde de sexta-feira e alta no domingo, período em que não há equipe da ARMEN na instituição.

Na nova unidade ainda não foi disponibilizada sala para atendimento ambulatorial em grupo, o que inviabilizou o projeto da equipe de, após a mudança, criar novos grupos de modo a atender um maior número de pacientes. Nesse sentido, houve o cancelamento de alguns grupos, o remanejamento de outros para a UREAB, devendo ser mantido apenas o Grupo de Acolhimento de Acompanhantes das Enfermarias.

Durante o primeiro ano de trabalho na UDOMI (2010), a equipe de psicólogos verificou que o acompanhamento de familiares/cuidadores favorece a adesão do paciente ao tratamento. Isso explica o aumento significativo do total de familiares atendidos pela UDOMI.

Os pedidos de parecer da psiquiatria só passaram a ser registrados, em livro próprio, a partir de 2011. A contabilização dos pacientes no sistema passará a ser realizada a partir de 2012.

Medidas implantadas e ações desenvolvidas em 2011

- Consolidação da inserção da equipe nos CAES, iniciada ainda em 2010, de acordo com o preconizado para abordagem multidisciplinar aos pacientes do INTO.
- Coordenação do Grupo de Acolhimento de Acompanhantes das Enfermarias, assumida pela ARMEN, anteriormente sob responsabilidade da UINTE.

- Abertura de novas agendas para atendimento individual, vinculadas aos CAES, no ambulatório do Novo INTO, inclusive na UREAB.
- Implantação de Reunião Científica semanal, com a participação de toda a equipe da ARMEN onde são discutidos artigos e textos teóricos como também apresentados casos clínicos.
- Interrupção da utilização do MEEM como indicador de produtividade, uma vez que sua aplicação é restrita a um grupo específico de pacientes, não sendo possível haver desdobramentos a partir dos resultados obtidos, não sendo, portanto, relevante como indicativo de produtividade.
- Realização de visitas aos domicílios, bem como a escolas e abrigos, dos pacientes atendidos no grupo PREOCU-PC e CAMPU pelas psicólogas que atuam na UREAB, junto com a equipe multidisciplinar.
- Levantamento dos recursos da rede Municipal e Estadual para encaminhamento dos pacientes que necessitam de acompanhamento contínuo em Saúde Mental.
- Apresentação de trabalhos em Jornadas internas do INTO (Nutrição, Reabilitação, Voluntariado).
- Elaboração do artigo “Saúde Mental no INTO: Buscando a Excelência na Prática Interdisciplinar”
- Atuação da equipe em situações extraordinárias vivenciadas pela instituição: enchentes na região serrana do Estado, tragédia de Realengo e dia mudança dos pacientes para a nova Unidade Hospitalar.
- Manutenção de membro da equipe dentro da área de Humanização do INTO, com incremento de sua atuação e articulação nas ações da PNH.

Metas e ações para 2012

- Aprimorar o fluxo de lançamentos das informações no Sistema e garantir a fidedignidade das informações.
- Incrementar o atendimento ambulatorial junto aos CAES e na UREAB, com a proposta de orientar pacientes e acompanhantes que estão aguardando atendimento nas salas de espera com mensagens informativas e didáticas pelo circuito interno de TV.
- Realizar o 1º Encontro de Saúde Mental do INTO.

2.4.7.2.13. ÁREA DE FATURAMENTO – ARFAT

A Área de Faturamento é responsável pela informação de toda produção realizada pelo Instituto ao Ministério da Saúde/SAS. Dentre as demais atividades realizadas estão: Orientações aos profissionais de como proceder na inclusão dos procedimentos realizados, no prontuário do paciente, em conformidade com a tabela de procedimentos do DATASUS; Informação ao SIH - DATASUS do levantamento estatístico de procedimentos realizados de Alta e Media Complexidade; Acompanhamento da emissão do Cartão Nacional de Saúde para todo paciente que é atendido no Instituto.

Tabela 54 - Percentual de glosas e apresentação de AIH's

	2009	2010	2011
Glosas	19,30%	9,62%	9,57%
Apresentadas	127%	99%	112%

Tabela 55 - Percentual de AIHS perdidas

Motivo das perdas das AIHS	AIHS Apresentadas	AIHS Perdidas	%
AIH apresentada fora de prazo	6.685	8	0,12%
Demora do envio da AIH pela Central de Regulação ultrapassando o prazo limite de 4 meses	6.685	31	0,46%
Não conformidade com a tabela de procedimentos/sistema DATASUS, cirurgia suspensa	6.685	15	0,22%
Percentual de AIHS perdidas no ano de 2011	6.685	54	0,81%

Fórmula dos indicadores

1. Percentual de glosas de AIH's: (Nº de AIH's rejeitadas/ Nº de AIHS apresentadas) * 100
2. Percentual de AIH's apresentadas: (Nº de AIH's apresentadas / Nº de altas) * 100
3. Percentual de AIH's perdidas: (Nº de AIH's perdidas/ Nº de AIH's apresentadas) * 100

Análise Crítica

No decorrer de 2011, o maior volume de glosas ocorreu por conta do DATASUS, que não atualizou o quantitativo dos nossos leitos de UTI (CNES). Além disso, vale ressaltar que em fevereiro a Central de Regulação levou 25 dias na entrega das AIHS e em julho houve grande movimentação de recursos humanos, com demora no cadastramento pelo RH. O mês de dezembro de 2011 está sem informação, pois, até o momento, o DATASUS não havia disponibilizado as glosas na respectiva página, para que possamos atualizar nossos dados.

Com relação às AIHS apresentadas, observa-se na tabela que em alguns meses consta um percentual de apresentação superior a 100% das altas no período. Este fato é decorrente da metodologia orientada pelo DATASUS que permite a reapresentação das AIHS glosadas nos meses anteriores.

Metas e ações para 2012

- Iniciar Faturamento do Banco de Processamento de Tecidos Musculo Esqueléticos;
- Reduzir a 5% as AIHS auditadas;
- Reduzir a 2% o percentual de glosas;
- Aprimorar o processo de informações no SIH (Sistema de Informações Hospitalares) e SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais).

2.4.7.2.14. DIVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAESP

Responsável por definir as condutas técnicas para o tratamento dos pacientes da sua especialidade ortopédica e das patologias a serem tratadas em cada área. A Divisão realiza ainda a supervisão do atendimento dos pacientes pelos respectivos membros do centro, tanto em regime ambulatorial quanto cirúrgico e pós-operatório, além da supervisão da prática do treinamento dos residentes.

Tabela 56 - Cirurgias realizadas e percentual de Alta Complexidade segundo centro

Centro	Cirurgias realizadas			% AC		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Coluna	269	218	211	77,7	83,9	68,7
Crânio Maxilo-Facial	158	186	180	38,0	30,1	32,8
Fixador externo	187	170	160	34,2	40,0	38,8
Infantil	493	467	435	10,5	6,4	8,5
Joelho	936	933	998	38,1	44,3	40,4
Mão	730	853	1.016	31,1	43,1	48,3
Microcirurgia	270	277	231	45,9	37,5	55,0
Ombro	476	418	392	12,6	13,2	15,6
Pé	527	512	456	0,6	1,4	1,1
Quadril	616	638	579	80,8	76,2	75,0
Trauma	883	793	823	15,6	14,6	15,6
Tumor	230	215	173	64,8	49,8	22,5
Outros	23	27	7	59,1	40,7	85,7
Total	5.798	5.707	5.661	33,7	35,1	35,3

Tabela 57 - Internações e tempo médio de permanência segundo centro

Centro	Internações			Tempo médio de permanência (dias)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Clinica medica	25	34	47	14,2	13,9	18
Coluna	269	243	197	14	17,8	24,7
Crânio Maxilo-Facial	167	207	211	4,4	3,5	3,7
Fixador externo	183	170	163	5,7	6	7,6
Infantil	535	500	478	4,8	5,6	5,5
Joelho	986	1.025	1.041	7,1	7,3	6,9
Mão	735	888	1.047	3,5	3,2	2,8
Microcirurgia	223	243	208	6,6	5,8	5,5
Ombro	612	503	468	4,3	4,9	4,5
Outros	7	14	-	-	-	-
Pé	535	522	469	5,4	5,9	4,7
Pelve e acetábulo	4	15	50	23,2	9,9	18
Quadril	655	629	562	12,2	12,3	15,3
Trauma	2	9	-	7,5	5,3	-
Trauma adulto	502	452	480	12,4	13	12,2
Trauma idoso	184	169	207	21,2	19	14,1
Tumor	135	138	133	5,3	6,2	5,1
Total	5.759	5.761	5.761			

Tabela 58 - Suspensões ocorridas nos centros

Centro	2009	2010	2011
Coluna	92	72	83
Crânio Maxilo-Facial	48	42	27
Deformidade torácica	3	1	-
Fixador externo	30	16	16
Infantil	132	141	69
Joelho	249	233	183
Mão	64	99	72
Microcirurgia	32	62	24
Ombro	171	136	106
Pé	36	52	51
Quadril	185	177	172
Trauma	181	179	190
Tumor	4	16	10
Outros	2	-	1
Total	1.229	1.226	1.004

Tabela 59 - Óbitos registrados nos centros

Centro	2009	2010	2011
Clinica medica	4	1	4
Coluna	8	1	3
Infantil	2	-	--
Joelho	3	2	2
Micro	-	-	1
Ombro	-	1	-
Pé	-	1	-
Quadril	4	9	10
Trauma adulto	4	1	-
Trauma idoso	18	10	8
Tumor	-	1	-
Total	43	27	28

Fórmula do indicador

1. Taxa de Suspensão Cirúrgica: $(N^{\circ} \text{ de cirurgias suspensas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas}) * 100$.

Análise Crítica

A produção da Unidade Hospitalar do Instituto neste exercício de 2011 resultou em 5.661 cirurgias, das quais 35,3% foram de alta complexidade em Traumatologia e Ortopedia, sendo os demais procedimentos cirúrgicos caracterizados como média complexidade. Vale ressaltar que a alta complexidade presente na tabela SUS não traduz a realidade da complexidade do paciente que procura o INTO, se referindo apenas aos procedimentos cirúrgicos com implantes de alto custo, não englobando casos de dificuldade técnica ou de longa permanência hospitalar, como por exemplo, os casos de infecção óssea.

Observa-se que os Centros Especializados da Mão, Joelho e Quadril se mostraram com melhor desempenho cirúrgico no ano de 2011, fator este ligado diretamente ao número de pacientes que aguardam nas filas de espera cirúrgica para estas especialidades. A diminuição no total de cirurgias realizadas neste ano, comparado ao ano anterior, deve-se em grande parte à mudança física da unidade hospitalar do INTO, a qual ocorreu a partir do mês de Setembro. Tal mudança foi planejada pra ser realizada de maneira gradual para que não

ocorresse riscos ao paciente. Dessa forma, em alguns momentos ocorreram cirurgias nas duas unidades e após o encerramento total das atividades no antigo prédio, houve redução de cirurgias nesses três últimos meses do ano devido a adaptação ao novo prédio.

Neste mesmo ano foram internados no Instituto 5.761 pacientes, sendo que o tempo médio de permanência dos mesmos variou de acordo com suas patologias, como de costume. O Centro de Trauma do Idoso, o qual inclui pacientes com fratura do fêmur proximal e com condições clínicas precárias, resulta em uma alta taxa de permanência hospitalar. No caso do Centro de Trauma do Adulto, os casos de osteomielite são o principal fator do tempo de internação prolongado. O Centro da Coluna, principalmente pelos casos de pacientes com lesão neurológica e infecção, também apresentou uma taxa elevada de permanência hospitalar. O mesmo ocorreu no Centro de Quadril, devido ao aumento dos casos de revisão cirúrgica de prótese, que necessitam de intervenções complexas em pacientes idosos e já submetidos a várias cirurgias prévias.

A taxa de suspensão de cirurgias demonstrou diminuição em relação aos anos anteriores - 2009 (18,3%), 2010 (18,1%) e 2011 (15,1%) - demonstrando que medidas foram implementadas para redução destes índices.

Foram registrados, neste ano, 28 casos de óbitos na unidade hospitalar, mantendo um índice similar ao ano anterior.

2.4.7.2.15. DIVISÃO DE CUIDADOS DE PRODUÇÃO DE CUIDADO AO PACIENTE – DCUID

Medidas implantadas em 2011

- As chefias da divisão assim como os chefes dos setores estiveram envolvidas na mudança para a nova sede, desde seu planejamento até a execução operacional, incluindo as alterações de fluxo, tanto assistencial como de processos, uma vez que foi necessária a adequação dos serviços ao novo espaço físico.
- Em setembro de 2011 iniciou-se o funcionamento do Hospital dia com a realização de cirurgias ambulatoriais, com o intuito de agilizar a fila das cirurgias de menor complexidade e liberar o Centro Cirúrgico principal para procedimentos de maior porte e complexidade.
- Modernização dos equipamentos que proporcionam maior agilidade e qualidade do processamento do material.

2.4.7.2.15.1. Núcleo de Regulação Interna - NIR

É responsável pela regulação interna dos pacientes em relação a transferências externas e consultas ambulatoriais reservadas para a regulação do município via SISREG (Sistema de Regulação).

Realiza contato com a regulação estadual de leitos fazendo uma parceria com as unidades hospitalares que não realizam procedimentos cirúrgicos ortopédicos de alta complexidade para que os pacientes sejam atendidos no INTO. Realiza também contato com a regulação municipal para atendimento as solicitações de consultas ambulatoriais e internações no INTO.

Promove o envolvimento de todos os profissionais afins, de modo a sensibilizá-los quanto à importância da qualidade do serviço prestado ao cliente, visando trabalhar com o modelo de rede integrada. Tem a preocupação em atender com qualidade e humanização todos os clientes do INTO, certificando-se que estes tenham todas as necessidades atendidas.

Tabela 60 - Autorizações de internação no INTO oriundas das regulações estaduais e municipais

Autorização de internação	Nº	%
Cancelado na origem	103	36,1
Não internou	05	1,7
Não compareceu	02	0,7
Encaminhado ao ambulatório	11	3,9
Internados	121	57,6
Total	285	100

Análise Crítica

Faz-se necessário destacar que a comparação com anos anteriores não é possível, devido à recente formação do NIR. Este é o primeiro ano de funcionamento efetivo.

Foram solicitadas 117 consultas externas para pacientes do INTO ao longo do ano. Em referência as 189 consultas ambulatoriais marcadas via SISREG (regulação municipal), observou-se um alto índice de absenteísmo (52,9%). Ressalta-se que esta ocorrência se deve ao fato das unidades encaminhadoras não informarem aos pacientes a data do comparecimento ao INTO.

Destaca-se ainda, que apenas 57,6% das autorizações para internação no INTO foram efetivadas. Do total de autorizações 36,1% são canceladas na unidade encaminhadora de origem por diversos motivos, dentre eles a realização da cirurgia na própria unidade ou a alta do paciente antes da internação no INTO.

A constituição do núcleo pretende colaborar com as estratégias de gestão e organização das centrais de regulação de seu município sede, com propósito final de consolidação do fluxo e da ordenação do acesso aos serviços e ações de alta complexidade em ortopedia e traumatologia.

Medidas Implantadas pelo setor em 2011

- Implantação de novas rotinas:
 - a) Contato telefônico com os pacientes agendados via SISREG para minimizar o absenteísmo.
 - b) Contato permanente os NIR's das outras unidades encaminhadoras com o intuito de estreitar as relações e atualizações de novas rotinas
- Manutenção das rotinas
 - a) Estabelecimento de Interface entre a Unidade Hospitalar com as Centrais de Regulação das secretarias municipal e estadual de saúde e defesa civil locais;
 - b) Coordenação do trabalho da Regulação de vagas no âmbito da unidade hospitalar, colaborando ao gerenciamento de leitos, gerência de fila, unidade de internação, unidade ambulatorial e coordenação da Unidade hospitalar;
 - c) Promoção de interação com a equipe interna e Central de Regulação, garantindo o fluxo contínuo da informação conforme a pactuação estabelecida;
 - d) Participação da construção e avaliação de Protocolos de Acesso e Regulação de vagas na unidade hospitalar, informando quaisquer modificações as Centrais de Regulação.

Metas e Ações para 2012

- Diminuição do índice de absenteísmo nas consultas ambulatoriais
- Aumento da taxa de internações oriundas das centrais de regulações
- Otimização das vagas reservadas para a regulação municipal.

2.4.7.2.15.2. Unidade Ambulatorial – UAMB

Tem como objetivo prestar assistência ambulatorial aos usuários externos, assim como facilitar o acesso ao cuidado hospitalar e otimizar os serviços de acompanhamento no pós-operatório.

Tabela 61 - Consultas realizadas por tipo de atendimento

Atendimento	2009	2010	2011
Triagem	17.644	16.118	15.045
Sala de Curativo	12.480	12.280	14.333
Sala de Gesso	3.500	2.001	2.143
Ortopedia e Cirurgia	57.910	55.487	53.326
Médica Complementar	22.405	20.812	22.269
Multidisciplinar	30.251	29.735	56.363
Total	144.190	136.433	163.479

Fonte dos dados: Relatório de Gestão 2010, Portal e MV Sistemas.

Tabela 62 - Consultas ambulatoriais dos centros ortopédicos e cirúrgicos realizadas

Centros	2009	2010	2011
Coluna	6.621	5.635	4.297
Crânio Maxilo Facial	2.011	1.941	2.082
Doenças Osteoarticulares	4	-	-
Fixador Externo	1.402	1.369	1.520
Infantil ^a	4.009	4.187	4.310
Joelho	9.312	9.042	7.867
Mão	7.470	7.776	8.204
Microcirurgia	1.855	1.870	1.685
Ombro	6.413	5.109	4.839
Pé	5.755	5.744	5.843
Quadril	5.841	5.556	5.480
Trauma ^b	5.357	5.254	5.360
Tumor	1.860	2.004	1.839
Total	57.910	55.487	53.326

Fonte: Relatório de Gestão 2010 e MV Sistemas.

a. Foram incluídas consultas da Pediatria.

b. Foram incluídas consultas do Centro da Pelve e acetábulo.

Tabela 63 - Consultas Ambulatoriais Multidisciplinares

Especialidades	2009	2010	2011
Enfermagem	-	23	3.165
Farmácia	-	-	126
Fisioterapia	13.581	12.332	24.393
Fonoaudiologia	992	776	1.320
Massoterapia	1.050	-	-
Nutrição	665	756	1.456
Prova de Função Pulmonar	37	35	81
Psicologia	2.441 ^a	3.772 ^b	3.513
Serviço Social	2.749	3.242	5.822
Terapia Ocupacional	8.736	8.799	16.487
Total	30.251	29.735	56.363

Fonte dos dados: Relatório de Gestão 2010, Portal e MV Sistemas

a. Dados dos grupos

b. Dados dos grupos, Portal MV e Mapa

Tabela 64 - Consultas Ambulatoriais Complementares

Especialidades	2009	2010	2011
Anestesiologia	5.360	4.948	6.068
Cardiologia	203	336	432
Cirurgia Vasculard	1.008	1.009	965
Cirurgia Torácica	101	182	137
Clínica da Dor	3.414	3.060	3.048
Clínica Médica	5.681	4.937	6.091
Fisiatria	2.648	2.415	1.680
Hemoterapia	121	126	211
Infecção Osteo-Articular	323	287	263
Psiquiatria	367	230	223
Reumatologia	3.179	3.282	3.151
Total	22.405	20.812	22.269

Fonte: Relatório de Gestão 2010, Portal e MV Sistemas

Tabela 65 - Indicadores de produção da UAMB

Indicador	2010	2011
Média de atendimentos realizados por sala	668	631 ^a
Percentual médio de faltas nas consultas ambulatoriais	23,67	20,13
Consultas ambulatoriais reagendadas	4.862	6.502
Média de consultas ambulatoriais reagendadas	405	542
Percentual médio de pacientes que não foi possível contato telefônico para informar o reagendamento	28,86	21,14
Percentual médio de pacientes encaminhados para Triagem sem documentação necessária	8,66	12,96

Fonte: Relatório de Gestão 2010, MV Sistemas e Indweb.

a. Em setembro iniciou o aumento de 13 para 30 salas.

Tabela 66 - Tempo médio de espera para atendimento (em minutos)

Classificação	2010	2011
Pacientes com prioridade	78'	64'
Risco vermelho	06'	04'
Risco amarelo	52'	10'

Fonte: MV Sistemas

Fórmula dos indicadores

1. Média de atendimentos realizados por salas no ambulatório: N° de pacientes atendidos no ambulatório por mês / Número de consultórios
2. Percentual médio de faltas nas consultas ambulatoriais: N° de pacientes faltosos / N° de consultas ambulatoriais (agendas + encaixes) * 100
3. Percentual de pacientes que não foi possível contato telefônico para informar o reagendamento: N° de pacientes que não foi possível contato telefônico para informar o reagendamento / Número de consultas reagendadas * 100
4. Tempo de Espera para Atendimento de Pacientes com Prioridade: \sum (Horário de atendimento - Horário de chegada dos pacientes) / Número de pacientes com prioridade no período
5. Tempo médio de espera para atendimento médico dos casos com classificação de risco vermelho: \sum Tempo de espera para atendimento por classificação de risco vermelho / N° de atendimentos por classificação de risco.

6. Tempo médio de espera para atendimento médico dos casos com classificação de risco amarelo: \sum Tempo de espera para atendimento por classificação de risco amarelo / N° de atendimentos por classificação de risco.

Análise Crítica

A redução de aproximadamente 40% dos atendimentos da sala de gesso, comparado ao ano de 2009, está diretamente relacionada à queda (8%) da produção do atendimento da ortopedia. Já, o aumento de 86% nos atendimentos multidisciplinares se justifica pela implantação dos centros de atendimento especializado em ortopedia (CAE).

Os dados evidenciam uma queda no total de consultas dos centros ortopédicos e cirúrgicos comparadas ao ano anterior. Neste contexto, podemos considerar como agravantes o afastamento para tratamento de saúde, licença para pós-graduação, aposentadoria e transferência de unidades de médicos ortopedistas, além da mudança para nova sede.

Evidencia-se um aumento de 7% na produção dos outros profissionais médicos não ortopedistas, comparado ao ano de 2010. Este aumento percentual está relacionado ao aumento no número de médicos, e conseqüentemente no número de agendas disponíveis para atendimento. Uma exceção se deu no mês de agosto, devido à mudança da sede. Alguns usuários não compareceram as consultas por desconhecerem que o atendimento era realizado no novo endereço. Vale ressaltar que os usuários cujas consultas ambulatoriais foram reagendadas, eram informados por contato telefônico a data do agendamento, assim como o endereço do novo prédio.

A mudança para o novo prédio também impactou no incremento de reagendamentos de consultas, assim como, as alterações dos dias de atendimento no ambulatório realizado por alguns profissionais.

Em 2011, houve redução na média de pacientes em que não foi possível realizar contato telefônico para informar a nova data da consulta. Ao relacionar estas informações com o aumento de reagendamentos e redução de absenteísmo às consultas ambulatoriais é notório o sucesso da efetividade de comunicação.

O aumento de aproximadamente 4% de usuários que chegavam para atendimento de primeira vez no serviço de triagem com algum tipo de pendência na documentação exigida estão relacionados à ausência de xerocópias, exames de imagem, documento de identificação sem foto, entre outras. Ainda não foi identificado o motivo destes problemas, uma vez que a relação da documentação exigida encontra-se descrita no impresso de encaminhamento do Instituto.

A redução do tempo médio de espera para os usuários caracterizados como prioridade ou em trânsito deve-se a abertura de novas salas de atendimento, entretanto ainda não atinge uma faixa considerada ideal. Verifica-se redução no tempo de espera por atendimento médico, dos pacientes classificados como risco vermelho e amarelo, quando comparado ao ano anterior. Julga-se que esta redução está relacionada à melhoria do processo de trabalho - identificação precoce do risco, comunicação rápida e atendimento médico agilizado. Entretanto, considerando que a classificação vermelha representa risco de morte, há necessidade de adequação deste tempo para a prevenção de agravos à saúde.

Medidas implantadas em 2011

- Divisão do atendimento em 02 (dois) turnos, o primeiro compreendido entre 7:30 e 11:30 e o segundo de 12:30 e 16:30.
- Limitação do atendimento de triagem a 70 senhas diárias.
- Implantação da triagem especializada da mão.

- Incremento no número de especialidades ortopédicas oferecidas para marcação de consultas utilizando o SisReg (Sistema de Regulação de vagas do município do Rio de Janeiro). No 4º trimestre, todas as subespecialidades foram contempladas.
- Definição de um local específico para agendamento de consultas de primeira vez, visando à redução da fila no momento da abertura das agendas de 2012.
- Implantação do Centro de Atenção Especializada (CAE) como uma nova modalidade de atendimento em todas as especialidades ortopédicas.
- Implantação de uma sala de hipodermia, destinada à administração de medicações prescritas por médicos do ambulatório.
- Implantação de um espaço para a brinquedoteca, com disponibilidade de brinquedos de fácil limpeza oferecidos às crianças com consultas marcadas no ambulatório.
- Utilização, nas salas de espera, de monitores de TV para chamada das senhas e acompanhamento de programas de emissoras de TV abertas.
- Elaboração da interface do módulo de atendimento a usuários com aparelho gessado e do módulo de rotina para remarcação de consultas nas situações de faltas ou atrasos dos profissionais.

Metas e ações para 2012

- Realização de reuniões mensais para divulgação de informações e solução de problemas diários, com o objetivo de envolver a equipe lotada na UAMB na gestão participativa.
- Revisão dos indicadores operacionais que se adequem aos novos processos de trabalho.
- Elaboração de material informativo para divulgação nas telas de LCD, contendo informações relevantes para o atendimento no INTO.

2.4.7.2.15.3. Unidade de Atendimento Domiciliar – UDOMI

É responsável pela assistência na modalidade de atenção domiciliar voltada a pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas apesar do atendimento aos pacientes em pré-operatório, iniciado em 2009, tem sido mantido. Nesse caso, realiza-se um levantamento de problemas de saúde que possam impedir ou atrasar a realização da cirurgia, ou ainda, interferir na recuperação do cliente no pós-operatório.

A Unidade exerce importante função na continuidade da assistência que é prestada ao paciente ortopédico após a alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar e do atendimento prestado. O atendimento é direcionado ao tipo de cirurgia realizada, de acordo com as necessidades individuais de cada paciente e de educação do familiar/cuidador.

Tabela 67 - Produção da Unidade de Atendimento Domiciliar

Produção	2009	2010	2011
Pacientes Atendidos	524(53 ^a)	689 (215 ^a)	777 (261 ^a)
Número de Visitas Domiciliares	5.279(54 ^a)	5.848 (380 ^a)	6.278 (450 ^a)
Média de Visitas Domiciliares por cliente	11,09	11,53	11,29
Tempo Médio de Acompanhamento/Paciente (dias)	39,4	36,63	39,8
Taxa de Reinternação (%)	5,71	7,61	4,65

a. Pacientes de pré-operatório.

Tabela 68 - Pacientes Reinternados e Taxa de Reinternação, por causa/motivo

Causa/Motivo	Pacientes Reinternados	Taxa de Reinternação (%)
Causas Clínicas	20	3,88%
Infecção Pós Operatória	9	1,74%
Osteomielite	3	0,58%
Outras	7	1,33%
Causas Ortopédicas	4	0,77%
Artrofibrose	1	0,19%
Fratura por Queda	1	0,19%
Luxação da articulação do Quadril	1	0,19%
Nova Fratura	1	0,19%

Tabela 69 - Óbitos e Taxa de mortalidade de pacientes assistidos

Mortalidade	2009	2010	2011
Número de Óbitos	8	13	12
Taxa de Mortalidade (%)	1,69%	2,74%	2,33%

Tabela 70 - Percentual de pacientes atendidos, por localização do domicílio

Localização do Domicílio	Pacientes Atendidos		
	2009	2010	2011
Município do RJ	72,27	69,01	67,58^a
Área Metropolitana I ^b	21,46	19,55	24,81
Área Metropolitana II	6,27	11,44	7,61
Estado do RJ	27,73	30,99	32,42

Nota: Distribuição geográfica baseada na praticada pelo Governo do ERJ.

a. 22,85% se referem à pacientes do TFD atendidos no Hotel Granada.

b. Excluindo o município do Rio.

Tabela 71 - Percentual de pacientes atendidos, por Centro de Especialidade Ortopédica

Centro	2009	2010	2011
Joelho	20,99	28,97	25,97
Quadril	25,65	23,33	19,77
Trauma do Idoso	16,75	11,17	17,05
Trauma	14,65	13,63	10,85
Fixador	2,83	3,72	6,40
Coluna	8,49	6,94	5,81
Outros	10,64	12,24	14,15
Total	100,00	100,00	100,00

Tabela 72 - Produção na Unidade de Atendimento Domiciliar, por Serviço Externo

Serviço	2009		2010		2011	
	Atendimentos	Profissionais	Atendimentos	Profissionais	Atendimentos	Profissionais
Enfermagem	4.099	12	4.549	23	4.965	22
Fisioterapia	3.827	7	3.965	7	4.077	7
Assistente Social	413	1	904	3	1.386	3
Terapeuta Ocupacional	94	1	508	1	625	1
Psicologia	605	0	605	2	900	2
Total	8.433	21	10.531	33	11.953	35

Tabela 73 - Produção da UDOMI, por serviço Interno - Equipe de Regulação

Serviço	Número de Atendimentos	Número de Profissionais ^a
Enfermagem	5.709	2
Assistente Social	358	1
Total	6.067	3

a. Observação: Profissionais por dia. Devido ao quantitativo de assistentes sociais, eventualmente somente profissionais de enfermagem permanecem em serviço interno.

Tabela 74 - Percentual de úlceras de decúbito na admissão e alta

Úlcera	2009		2010		2011	
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta
%	14,44	1,19	8,61	0,47	7,36	0,39

Nota: Utilizado Escala de Waterlow, como referência.

Tabela 75 - Percentual de cicatrização de feridas operatórias na alta da UDOMI.

Ferida Operatória	2009	2010	2011
Cicatrizada	99,76	95,29	99,62
Não Cicatrizada	0,24	4,71	0,38

Tabela 76 - Percentual de evolução do grau de dependência de pacientes

Grau de Dependência	2009		2010		2011	
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta
Não Deambulador	25,94	5,94	29,56	3,9	30,69	16,17
Deambulador Não Funcional	5,00	1,56	51,26	2,27	43,23	0,33
Deambulador Domiciliar	62,50	36,56	16,35	44,16	17,17	33,00
Deambulador Comunitário	6,56	55,94	2,83	49,67	8,91	50,50

Observação: Utilizado Escala de Hoffer, como referência.

Tabela 77 - Taxa de Absorção de pacientes pela Unidade

	2009	2010	2011
Tx de Absorção	8,12	8,30	9,20

Fórmula dos indicadores

1. Média de visitas domiciliares por cliente: N° de atendimentos realizados (visitas domiciliares) / N° de pacientes em acompanhamento (exceto pré-operatório);
2. Tempo Médio de Acompanhamento pelo Serviço: \sum (Data de alta – data de admissão dos pacientes acompanhados) / N° de pacientes acompanhados no período;
3. Taxa de Reinternação: (N° de pacientes reinternados / N° de pacientes atendidos no período) * 100.
4. Taxa de Mortalidade: (N° de óbitos / N° de pacientes atendidos no período) * 100;
5. Percentual de Pacientes Atendidos por Localização de Domicílio: (N° de pacientes atendidos numa determinada área / N° total de pacientes atendidos no período) * 100.
6. Percentual de úlceras de decúbito na admissão/alta: (N° de pacientes com úlcera de decúbito / Número total admissões/altas no período) * 100;
7. Percentual de cicatrização de feridas operatórias: (N° de pacientes com ferida cirúrgica (cicatrizada/não cicatrizada) na alta / Número total de pacientes de alta no período) * 100;
8. Percentual de Evolução do Grau de Dependência de pacientes: (N° de pacientes classificados em 04 categorias de grau de dependência, segundo escala de Hoffer / N° total de pacientes atendidos no período) * 100;
9. Taxa de Absorção de pacientes pela Unidade: (N° de pacientes atendidos pela unidade / N° de Cirurgias realizadas no período) * 100.

Análise Crítica

Apesar de continuar operando nos limites próximos à capacidade máxima, houve um aumento de 12,77% no número de pacientes atendidos em 2011 quando comparado ao ano anterior. Este resultado deve-se à manutenção da otimização de recursos disponíveis para o atendimento em pré-operatório (inclusão de rotas próximas à localização do domicílio de pacientes em atendimento de pós-operatório) e aumento de profissionais de enfermagem, assistentes sociais e fisioterapeutas.

Confirma-se a eficiência do serviço de visitas domiciliares com a observação do aumento de 7,35% das visitas em relação a 2010, apesar da operação próxima à capacidade total (não houve aumento da capacidade do serviço, e o número de rotas diárias permanece o mesmo). Com relação às taxas de reinternação e de mortalidade foi observada a diminuição desses índices de 7,61 e 3,11% para 4,65 e 2,33%, respectivamente. Fato que se explica pela intensificação das orientações aos familiares nos cuidados a serem prestados aos pacientes. Percebe-se ainda a redução da taxa de novas internações por motivos ortopédicos, de 1,4% em 2010 para 0,76% em 2011.

Em comparação a 2010, houve um aumento de 13,50% no total da produção por serviços em virtude da organização logística, onde profissionais de diferentes categorias realizam juntos as visitas domiciliares.

Analisando-se as categorias profissionais individualmente no atendimento externo, percebe-se aumento de 2,83% e 9,15% nos serviços de fisioterapia e de enfermagem, respectivamente. Atribuindo-se a responsabilidade do aumento maior aos demais serviços (Psicologia e Serviço Social). A diferença percentual entre os serviços de enfermagem e fisioterapia é atribuída ao maior do número de profissionais de enfermagem.

O aumento da equipe de enfermagem no ano anterior possibilitou a inserção de profissional na regulação do serviço diariamente, dando suporte às equipes que realizam o atendimento nos domicílios e a equipe hospitalar. Tal suporte refere-se à captação e avaliação de pacientes novos, avaliação de pacientes reinternados, e acompanhamento de consultas. Assim, ocorre a integração entre as equipes do atendimento hospitalar e do atendimento extra-hospitalar. Percebe-se que com a atuação da regulação foi possível a otimização do serviço, permitindo um crescimento do número de atendimentos.

Em relação à cicatrização de feridas cirúrgicas, houve melhora em relação ao ano anterior, de 0,47% para 0,39%. Cabe ressaltar que 0,39% referem-se a pacientes TFD que retornaram ao seu Estado de origem.

Com relação ao percentual de evolução do grau de dependência de pacientes, a redução de 93,83% para 83,50% em deambuladores domiciliares e comunitários na alta justifica-se pelo aumento de admissão de pacientes restritos ao leito por patologias pré-existentes (Parkinson, Alzheimer, Paralisia Cerebral e Sequela de AVC) e pacientes que no pós-operatório tinham restrição para a marcha devido à cirurgia realizada sem previsão de liberação desta.

O aumento do percentual da taxa de absorção do Trauma de 13,68% em 2010 para 28,92% em 2011, provavelmente está relacionado à interação da unidade hospitalar na Formação da Rede de Alta Complexidade em Ortopedia, através do Núcleo Interno de Regulação (NIR-INTO).

Medidas implantadas em 2011

- Participação da equipe de regulação da unidade nas reuniões de equipe da enfermagem da unidade hospitalar.
- Reprogramação de Rotas de Atendimento – a fim de possibilitar melhor distribuição de atendimentos e a prorrogação do contrato do Transporte sem um novo contrato com aumento do número de veículos disponíveis.

- Melhoria da ampliação de redes de referência, através do contato direto com outras unidades de saúde e serviço social da unidade.
- Atendimento ao cliente em pré-operatório - objetivando potencializar o trabalho no pós-operatório.
- Intensificação da orientação ao paciente e familiar/cuidador, prevenção de queda e de relacionamento entre Equipe/Paciente/Cuidador.
- Aprimoramento e qualificação de recursos humanos: cursos de formação, especialização e treinamentos.
- Conformidade do Serviço com as Normas Vigentes e Programa de Gestão de Qualidade do INTO.

Metas e Ações para 2012

Nova contratação dos serviços de transporte com a ampliação do número diário de carros, passando de 03 para 07, permitindo assim a ampliação do atendimento domiciliar.

2.4.7.2.15.4. Unidade de Admissão e Internação - UINTE

Responsável pelo atendimento administrativo do paciente desde a admissão até a alta hospitalar. A unidade tem como missão: promover, na perspectiva administrativa, um atendimento de qualidade aos pacientes internados no Instituto, por meio de valores como, humanização, comprometimento, ética e competência técnica.

Tabela 78 - Frequência das internações por origem dos pacientes

Origem	2009		2010		2011	
	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%
Eletivo	5.018	87,13	5.217	90,56	5.019	87,11
Transferências	398	6,91	327	5,68	338	5,87
CNRAC	343	5,96	217	3,77	294	5,10
Complicação Pós Operatória	-	-	-	-	110	1,91
Total	5.759	100,00	5.761	100,00	5.761	100,00

Fonte: MV 2000i, planilhas do setores de admissão e TFD

Tabela 79 - Quantitativo de internações por CAE

CAE	N	%
Coluna	197	3,42
Crânio Maxilo Facial	211	3,66
Fixador Externo	163	2,83
Infantil	478	8,30
Joelho	1.041	18,07
Mão	1.047	18,17
Microcirurgia	208	3,61
Ombro	468	8,12
Pé	469	8,14
Pelve e Acetábulo	50	0,87
Quadril	562	9,76
Trauma Adulto	480	8,33
Trauma Idoso	207	3,59
Tumor	133	2,31
Clínica Médica	47	0,82
Total	5.761	100,00

Fonte: Elaboração própria e MV Sistemas

Tabela 80 - Média de dias de permanência por CAE

CAE	2009	2010	2011
Coluna	14,04	17,79	24,74
Crânio Maxilo – Facial	4,37	3,50	3,7
Fixador Externo	5,73	6,0	7,65
Infantil	4,82	5,62	5,49
Joelho	7,14	7,30	6,89
Mão	3,46	3,15	2,86
Microcirurgia	6,64	5,83	5,56
Ombro	4,30	4,87	4,48
Pé	5,39	5,91	4,66
Pelve e Acetábulo	23,25	9,50	18,00
Quadril	12,22	12,28	15,34
Trauma Adulto	12,36	12,97	12,20
Trauma do Idoso	21,22	18,95	14,13
Tumor	5,29	6,21	5,11
Clínica Médica	14,17	13,94	17,43

Fonte: MV 2000i

Tabela 81 - Cirurgia suspensa por motivo de não internação

Internação suspensa	Percentual	Outros	Percentual	Total (%)
231	23,01	773	76,99	100,00

Fonte: MV 2000i

Tabela 82 - Internações suspensas por motivo

Motivo	Qtd.	% do atendimento	% suspensões
Não Comparecimento	193	3,34	31,90
Suspensão pelo CAE – Reagendado	153	2,65	25,29
Intercorrência Clínica	142	2,46	23,47
Outros	60	1,04	9,92
Falta de leito	57	0,99	9,42
Total	605	2,10	100,00

Fonte: Elaboração própria e MV 2000i

Fórmulas dos indicadores

1. Percentual de internação por CAE - Total de internações por CAE / Total de internações * 100
2. Média de permanência por CAE - Somatório do total de dias de internação/ Total de pacientes internados.
3. Percentual de cirurgias suspensas por motivo de não internação - Total de internações suspensas por motivo de não internação / total de cirurgias suspensas * 100.
4. Percentual de internação suspensa por motivo - Total de internações suspensas por motivo / total de internações suspensas * 100.

Análise Crítica

Em relação à entrada dos pacientes internados no INTO, observa-se um predomínio absoluto (87,11%) dos pacientes eletivos da fila, as demais portas de entrada do Instituto ainda apresentam percentuais reduzidos, tais como as transferências de outras unidades hospitalares (5,87%), os pacientes do projeto TFD/CNRAC (5,10%). Verificou-se que o total de complicações de pós-operatório apresentou grande crescimento nos meses de julho, setembro e novembro.

Vale ressaltar que o indicador de tempo médio de permanência no leito pode ser alterado por situações que fogem a normalidade tais como infecção por microrganismo multirresistente que eleva o tempo de permanência esperado para o paciente e consequentemente eleva a média do grupo. Para o próximo ano, pretende-se adotar outras medidas estatísticas (DP, Mediana) que permitirão um tratamento melhor dos dados e, consequentemente, uma análise mais fidedigna dos mesmos. Ainda assim, espera-se que os CAE's que realizam cirurgias mais complexas tais como Coluna, Quadril, Trauma Adulto, Trauma Idoso e Pelve e Acetábulo, apresentam um tempo de permanência maior que os demais, tendo em vista que são cirurgias de maior duração e necessitam de maior tempo necessário para o reestabelecimento da saúde e condições adequadas de alta no pós-operatório.

Os principais motivos de suspensão das internações foram à desistência ou não comparecimento do paciente (31,90%) seguido pela suspensão pelo CAE – reagendamento (25,29%), intercorrências clínicas (23,47%) e falta de leito hospitalar disponível para a internação (9,42%). É importante destacar que este percentual não tem impacto real nas cirurgias suspensas, pois os pacientes são orientados a retornar no dia seguinte ao setor de internação em jejum para que se efetue sua internação e encaminhamento ao centro cirúrgico.

Medidas implantadas em 2011

- Revisão de normas e rotinas do setor (em processo de conclusão);
- Localização dos funcionários de acordo com suas habilidades e potencialidades;
- Aperfeiçoamento do mecanismo de gerenciamento de leitos hospitalares e pacientes internados, a partir do monitoramento de indicadores de produtividade e qualidade;
- Aperfeiçoamento do mecanismo de recepção e acompanhamento dos pacientes do projeto de TFD/CNRAC internados, em atendimento ambulatorial e hospedados no Hotel Granada;
- Assumiram-se novas responsabilidades, como a tarefa de governança das unidades de internação;
- Atualização do livro da Vigilância Sanitária para monitoramento de todos os pacientes internados;
- Otimização da confecção do cartão SUS dos pacientes que a priori não apresentam, e alimentação do CADSUS, procedimentos fundamentais para que o Instituto possa apresentar seu faturamento ao Ministério da Saúde;
- Aperfeiçoamento da rotina e exigência no que diz respeito às assinaturas dos termos (termo de responsabilidade por pertences pessoais, termo de consentimento para internação, termo de consentimento para cirurgia e sítio cirúrgico correto).

Metas e ações para 2012

- Aperfeiçoar o processo de gerenciamento de leitos hospitalares e pacientes internados, um importante desafio para que se possa ampliar o quantitativo de internações nas novas instalações;
- Concluir a revisão das normas e rotinas aplicadas aos diferentes processos de trabalho do setor;
- Reduzir o tempo de espera dos pacientes pela liberação do leito;
- Aprimorar os indicadores de produtividade e relatórios do setor.

2.4.7.2.15.5. Unidade de Terapia Intensiva - UTEIN

Tem por objetivo oferecer suporte avançado de vida com monitoramento completo e vigilância 24 horas/dia.

Tabela 83 - Indicadores de qualidade da UTEIN

Indicadores de Qualidade	2009	2010	2011	Comparativo
Média de Idade (anos)	65	59,8	58,6	62,3
Média do escore SAPS III	25,4	25,3	29,9	43,7
Taxa de ocupação da UTI (%)	71,9	61,0	61,2	67,8
Média de Permanência da UTI (dias)	3,7	2,4	3,1	6,4
Índice de mortalidade observada / esperada	0,78	0,98	0,82	0,93
Taxa de mortalidade na UTI (%)	4	4,9	5,0	20,0
Taxa de mortalidade esperada (%)	5,1	4,99	6,1	21,5
Taxa de re-internação <24h / Pacientes egressos (%)	0	0,7	0,8	0,49
Taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM)	-	3,94	9,89	4,04
Taxa de infecções do trato urinário (ITU)	-	2,44	3,28	2,68
Taxa de infecção relacionada a cateter venoso central (CVC)	-	2,85	8,31	1,85

Fonte: Epimed - sistema de dados Epimed Monitor, compara as diversas unidades de terapia intensiva do país.

Tabela 84 - Perfil do paciente da UTEIN

Perfil do paciente	2009	2010	2011
Pacientes atendidos	1.247	1.329	1.078
Idosos (>60 anos)	620 (49,7%)	691 (51,9%)	593 (55,0%)
Octogenários ou mais (>80 anos)	120 (9,6%)	118 (8,8%)	96 (8,90%)

Fonte: Epimed e Portal MV.

Fórmulas dos indicadores

1. Média de idade: $\sum \text{Idade dos pacientes} / \text{Pacientes atendidos}$
2. Taxa de ocupação da UTI: $(\text{N}^\circ \text{ pacientes-dia} / \text{N}^\circ \text{ de leitos-dia}) * 100$
3. Média de permanência na UTI (dias): $\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia} / \text{N}^\circ \text{ de saídas (altas + óbitos)}$
4. Índice de mortalidade observada/esperada: $\text{Taxa de mortalidade observada na UTI} / \text{Taxa de mortalidade esperada}$
5. Taxa de mortalidade na UTI: $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos} / \text{N}^\circ \text{ de saídas}) * 100$
6. Taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM): $\text{N}^\circ \text{ eventos de PAVM} / 1.000 \text{ dias de ventilação mecânica}$
7. Taxa de infecções do trato urinário (ITU): $\text{N}^\circ \text{ eventos de ITU} / 1.000 \text{ cateteres-dia}$
8. Taxa de infecção relacionada a cateter venoso central (CVC): $\text{N}^\circ \text{ eventos de infecção relacionada à CVC} / 1000 \text{ cateteres-dia}$
9. Taxa de re-internação/Pacientes egressos: $(\text{N}^\circ \text{ pacientes re-internados que tiveram alta e voltaram em 24 horas} / \text{N}^\circ \text{ de saídas (altas + óbitos) da UTI}) * 100$
10. Idosos (>60 anos): $(\text{N}^\circ \text{ pacientes maiores de 60 anos} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes}) * 100$
11. Octogenários ou mais (>80 anos): $(\text{N}^\circ \text{ pacientes com idade igual ou superior a 80 anos} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes}) * 100$

Análise Crítica

Durante a mudança da unidade para a nova sede cinco pacientes foram transferidos em estado grave, com suporte de ambulâncias tipo UTI, sem qualquer intercorrência ou danos aos pacientes internados.

Ao longo do ano, 91% das internações foram cirúrgicas (maioria eletivas: 83%) enquanto em 9% delas, os pacientes apresentaram complicações clínicas nas enfermarias. A maioria das internações correspondeu o pós-operatório de cirurgias de joelho (38%) e do quadril (20%). Aproximadamente 63% dos pacientes foram do sexo feminino e 78% na faixa etária entre 45 e 80 anos de idade.

A unidade mantém baixa complexidade clínica, com pequenas taxas de medidas de suporte à internação - ventilação mecânica: 2,1%; suporte renal: 0,7% e aminas vasoativas: 2% - e escores de prognóstico igualmente baixos, SAPS 3 médio: 30.

Pouco menos de 70% dos pacientes apresentaram comorbidades, sendo a mais grave Insuficiência Renal Crônica (IRC) e as mais frequentes, Hipertensão Arterial, Diabetes e Doenças Reumáticas, com índice de comorbidade de Charlson baixo (média: 0,46) e com capacidade funcional prévia boa (65% independente, 25% necessitando de assistência e 10% restrito/acamado).

A análise dos indicadores de qualidade demonstra que as taxas de infecções na unidade estiveram acima da média ao comparar com outras UTIs que participam do banco de dados nacional do sistema Epimed. Um dos motivos se deve à melhoria na aderência e notificação das infecções no sistema pelos enfermeiros e médicos do setor.

A taxa de mortalidade é baixa quando comparada a média nacional, ao utilizar a correção de mortalidade esperada pelo escore de prognóstico SAPS 3, permanece o índice abaixo de 1. O tempo médio de permanência da unidade permanece baixo, tendo em vista que mais de 90% dos pacientes são cirúrgicos, internados em pós-operatório imediato.

Metas e ações para 2012

- Treinamento e capacitação da equipe técnica de enfermagem em monitorização hemodinâmica, mobilidade no leito, cuidados com dispositivos invasivos, cuidados com a via aérea e ventilação mecânica.
- Realização do curso PALS pelos intensivistas do CTI pediátrico e de atualização ACLS pelos intensivistas adultos.
- Realização de curso de capacitação em Ecografia voltada à Terapia Intensiva de toda a equipe.
- Contratação e treinamento de todas as rotinas de serviço de médicos e fisioterapeutas para atender a demanda na nova sede.

2.4.7.2.15.6. Unidade de Reabilitação - UREAB

A Unidade é responsável pelos atendimentos prestados nas enfermarias, a todos os pacientes internados, no ambulatório aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no INTO. Nas duas situações ocorrem interações frequentes com os diversos setores e unidades do hospital, indispensáveis à obtenção de resultados favoráveis aos programas de Reabilitação propostos. Compõem a Unidade de Reabilitação, Centro de Amputados, Ambulatório Neuro Muscular e Ambulatório de Reabilitação de Lesão no Plexo Braquial.

Tabela 85 - Atendimentos realizados pela UREAB

	2009	2010	2011
Ambulatório	27.007	24.194	36.394
Enfermaria	30.287	23.565	37.799

Fonte: MVPortal - Mapa de Produção.

Tabela 86 – Atendimentos no ambulatório de Neuro Muscular

Atendimentos	2009	2010	2011
Pacientes Atendidos	123	108	108
Número de Aplicações	354	322	304
Número de Frascos	177	161	152
Média de Aplicação por Paciente	2,8	2,9	2,8
Cadeiras entregues	16	12	0

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 87 - atendimentos no grupo de lesão do plexo braquial

Atendimentos	2009	2010	2011
Atendimentos - Terapia Ocupacional	951	1.210	1.234
Numero de pacientes em Programa	63	80	122

Fonte: MV2000

Tabela 88 - atendimentos aos amputados

Atendimentos	2009	2010	2011
Consultas Médicas	766	887	774 ^a
Entrega de Próteses	104	70	199
Confeção de Órteses	-	-	506

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 89 - Taxa de Absenteísmo dos pacientes

	2009	2010	2011
% Faltas dos pacientes	52,97%	30,70%	25,09%

Fonte: MV Portal

Fórmula do Indicador

1. Taxa de Absenteísmo dos Pacientes: $(\text{Faltosos} / (\text{Atendimentos agendados} + \text{Encaixe})) * 100$

Análise dos Resultados

A diminuição dos números de atendimentos ambulatoriais Neuro Muscular está relacionado à: infecção, internação por outras intercorrências e peso insuficiente para aplicação.

Medidas Implantadas no ano de 2011

- Fortalecimento do papel dos coordenadores das áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.
- Realização de reuniões mensais nas Áreas.
- Estudo da definição de possibilidades de atuação em atividades específicas para Agentes Administrativos
- Aumento do número de atendimentos relacionados à contratação na Fisioterapia/ Terapia Ocupacional

Metas e ações para 2012

- Aprimorar indicadores gerenciais
- Inaugurar serviço de Hidroterapia
- Introdução de novas tecnologias na assistência (avaliação e tratamento)
- Abrir Oficina de Atividade de Vida Diária
- Abrir ambulatório de Pré-Operatório
- Reativar Centro de Atendimento do Paciente com Lesão Raquimedular
- Aumentar eficiência da prestação de serviço das empresas contratadas para confecção de órteses e próteses pré-fabricadas no quesito tempo de entrega
- Reavaliar indicadores existentes;
- Trabalhar com supervisão da área de planejamento buscando formas eficientes de registro de informações.
- Compra de equipamentos em fase final;

- Capacitação de profissionais da Unidade.
- Estruturar programas de atendimentos (rotinas, protocolos e fluxos).
- Estruturar programas de atendimento tomando como base trabalho realizado pela equipe da UREAB nos CAE's.
- Aprimorar controle do agendamento para entrega em consultas médicas
- Estruturar programas de atendimento (protocolos, rotinas e fluxos), incluindo abordagem de bexigas neurogênicas.

2.4.7.2.15.7. Central de Material de Esterilização - CMATE

Responsável por realizar etapas do Processo de Esterilização, visando atender à demanda de material dos diversos setores do INTO e a demanda emergencial externa.

Tabela 90 - Indicadores de esterilização a vapor

Cirurgias realizadas	Número de ciclos	Caixas cirúrgicas	Pacotes cirúrgicos individuais	Pacotes individuais para as Unidades	Pacotes cirúrgicos – Unidades externas a
5.661	5.852	32.382	129.492	25.611	22.461

Fonte: Portal MV e planilhas próprias

a. Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – IASERJ, Hospital Central da Polícia Militar – HCPM e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF.

Tabela 91 - Indicadores de esterilização à peróxido de hidrogênio

Número de ciclos	Número de ciclos cancelados	% de ciclos cancelados	Caixas e pacotes cirúrgicos
2.905	318	10,95	26.530

Tabela 92 - Indicadores de qualidade da CMATE

Indicadores ^a	2009	2010	2011
Taxa de rasgadura de manta (embalagem) das caixas processadas	23,7	10,91	0,66
Taxa de caixa cirúrgica esterilizada incompleta	9,5	7,12	2,33
Taxa de caixas esterilizadas com sujidade	Não apurado	19,46	2,66
Taxa de caixas com umidade	Não apurado	17,08	5,00
Taxa de caixas com emulador não aprovado	Não apurado	3,79	-
Número de eventos de material distribuído não estéril	1	-	-

Fonte: Planilhas próprias

a. Para o cálculo das taxas foi utilizado como multiplicador 10.000 caixas processadas.

Fórmula dos Indicadores

1. Taxa rasgadura de manta (embalagem) das caixas processadas: (Nº de caixas apresentando manta rasgada / Nº de caixas processadas) x 10.000
2. Taxa de caixa cirúrgica esterilizada incompleta: (Nº de caixas esterilizadas incompletas / Nº de caixas processadas) x 10.000
3. Taxa de caixas esterilizadas com sujidade: (Nº de caixas com sujidade / Nº de caixas processadas) x 10.000
4. Taxa de caixas com umidade: (Nº de caixas molhadas / Nº de caixas processadas) x 10.000
5. Taxa de caixas com emulador não aprovado: (Nº de caixas com emulador não virado / Nº de caixas processadas) x 10.000

Análise dos resultados

Foram realizados 5.661 procedimentos cirúrgicos durante o ano de 2011 para os quais foram realizados 5.852 ciclos nos esterilizadores a vapor sendo processadas 32.382 caixas cirúrgicas e 129.492 pacotes individuais para atender a demanda cirúrgica, ao Banco de

Tecidos, e ainda 13 ações cirúrgicas do Projeto Suporte. Das caixas cirúrgicas processadas no vapor, 32 (0,1%) apresentaram não conformidades, as mais frequentes foram: containers molhados após autoclavagem, mantas de papel crepado rasgadas e sujidade no instrumental cirúrgico esterilizado.

Para atender as unidades de internação, laboratório de células e ambulatório, foram processados 25.611 pacotes individuais, assim como 22.461 esterilizações de pacotes cirúrgicos para unidades externas ao Instituto.

Segundo os registros estatísticos do setor, foram realizados no ano 2.905 ciclos por peróxido de hidrogênio para processamento de 26.530 caixas e pacotes cirúrgicos. Destes ciclos, 840 foram realizados no equipamento Sterrad 100S com 78 cancelamentos, 1.106 no Sterrad NX2 com 141 cancelamentos e 731 no Sterrad NX3 com 69 cancelamentos. Com a instalação do Sterrad NX, houve 228 ciclos com 30 cancelamentos.

O método de esterilização por peróxido de hidrogênio apresenta maior custo relacionado ao método a vapor. Porém uma das vantagens do método é permitir a esterilização de material termossensível e preservar instrumentais de corte mais delicados. Otimizar os ciclos nos esterilizadores à peróxido de hidrogênio é o objetivo contínuo da CMATE.

Medidas implantadas em 2011

- Estantes adequadas para o armazenamento de caixas cirúrgicas estéreis.
- Carros apropriados para o transporte de caixas cirúrgicas estéreis na Central e no Centro cirúrgico.
- Redução da rasgadura de mantas em virtude da realização de rotinas de revisão de caixas cirúrgicas e avaliação do arsenal, nos finais de semana e feriados.
- Aprimoramento da estatística de caixas esterilizadas nos autoclaves e Sterrad por especialidades.
- Atualização do cadastro das caixas cirúrgicas no sistema MV, o que poderá contribuir para marcação cirúrgica, com pedido de material cirúrgico via on-line.
- Realização de treinamentos com a equipe de trabalho.
- Participação da equipe em eventos externos e na qualidade de palestrante no evento de Esterilização realizado no Instituto Fernandes Figueira - IFF.

Metas e ações para 2012

- Incluir o lançamento de dados estatísticos de produção da CMATE no sistema MV, permitindo a visualização da produção pela coordenação hospitalar.
- Aprimorar os lançamentos dos dados quantitativos de caixas cirúrgicas no sistema MV viabilizando a implantação do mapa on-line.
- Lançamento do conteúdo das caixas cirúrgicas no sistema, ampliando a visibilidade do cirurgião na escolha da caixa a ser utilizada em cirurgia e dinamizar processos de auditoria.
- Tornar nulas as taxas de mantas rasgadas e de caixas com umidade – empregando a substituição de embalagens - e de caixas com sujidade - por meio de tratamento do instrumental no Centro Cirúrgico.
- Implementar instrumento de conferência eletrônica, com início do processo de conferência na SO, visando a redução de eventos relacionados a montagem de caixas incompletas.
- Dinamizar a entrega de caixas cirúrgicas com distribuição prévia do material, na noite anterior a realização do procedimento Cirúrgico.

- Dispor de técnico de manutenção de equipamentos de autoclaves 24h nas instalações do Instituto.
- Mensurar mensalmente as cirurgias suspensas por problemas oriundos da CMATE e criar indicador de eficiência.
- Promover a participação dos gestores, do setor, na Câmara Técnica do Ministério da Saúde.
- Aprimorar o programa de educação continuada.
- Promover participação dos servidores da Central em eventos científicos e cursos específicos.
- Realizar evento científico focado em boas práticas de esterilização e segurança do paciente do centro cirúrgico.

2.4.7.2.16. DIVISÃO DAS UNIDADES DE PRODUÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – DDIAG

2.4.7.2.16.1. Unidade de Arquivo Médico - UARQ

A UARQ atua como responsável pela guarda, conservação e preservação (custódia documental) de documentos considerados como de Arquivo Médico (prontuários e exames radiológicos). O acervo atual constitui-se de, aproximadamente, 285 mil prontuários, dois milhões de exames radiográficos, e 429 rolos de microfimes, contendo quase 39 mil prontuários médicos, SEPEX e Folhas de Triagem.

Tabela 93 - Demonstrativo das principais atividades da UARQ

Atividades	2009	2010	2011
Prontuários Arquivados	181.400	183.994	174.595
Prontuários Desarquivados	163.740	168.959	164.999
RX Arquivados	111.445	115.356	124.332
RX Desarquivados	96.907	95.174	101.935
Atividades diversas	144.259	150.408	165.257
Consumo de folhas	171.587	121.968	100.828
Prontuários retirados para UAMB e UARQ (%)	-	-	73,9%

Fonte: Elaboração própria e MV Portal

Fórmula do indicador

1. Prontuários retirados: Total de prontuários retirados / Total de agendas médicas *100

Análise Crítica

Na tabela dos demonstrativos das principais atividades da Unidade, é apresentado um comparativo dos três últimos anos, onde se percebe que houve um incremento de quase todos os procedimentos, sendo importante atentar pra diminuição das atividades relativas aos prontuários arquivados e desarquivados, haja vista a mudança para o novo prédio do Instituto. Além disso, verificou-se que o consumo de folhas diminuiu significativamente neste exercício.

Com relação ao indicador de produtividade, o percentual obtido se encontra em patamar superior à meta de Avaliação de Desempenho adotada por esta Unidade (70% das Agendas Médicas Retiradas). Contudo, retificamos que a pendência é fruto, entre outros fatores, de vários agendamentos para um mesmo paciente no dia da consulta e a eventual indisponibilidade do documento tendo em vista o mesmo estar de posse de outros setores que fazem interface com a UARQ.

Atividades Desenvolvidas em 2011

O Arquivo Médico com a mudança para o novo prédio está atuando num ambiente cujo espaço físico permite maior conforto e também a unificação do atendimento de prontuários e exames radiológicos, visto que no antigo prédio a Unidade ocupava dois andares. Vale ressaltar ainda que, no momento, o arquivo se encontra em fase de implantação do processo de digitalização de prontuários que se constituiu durante algum tempo uma das metas desta.

Desde o antigo INTO discutia-se sobre a viabilidade da atividade de confecção de cópias de prontuários solicitadas pelos pacientes ser transferida da ULAUD para esta Unidade, o que foi concretizado após a mudança.

Metas e ações para 2012

- Institucionalização do Arquivo Intermediário, mediante a implantação da Tabela de Temporalidade, ou terceirização da guarda da massa documental, visando o descongestionamento do espaço físico;
- Colaboração na continuidade do processo de digitalização de prontuários;
- Colaboração no processo de implantação do prontuário eletrônico;
- Revisão e atualização das rotinas de trabalho;
- Capacitação dos servidores.

2.4.7.2.16.2. Unidade de Laudo Médico - ULAUD

Responsável pelo atendimento dos requerimentos de laudo médico e preenchimento de formulário para laudo de vale social, solicitados pelos pacientes do INTO. O processo de solicitações de cópia de prontuário deixou de ser realizado pela ULAUD e voltou para a Unidade de Arquivo Médico - UARQ, cabendo a ULAUD receber as solicitações e entregar a cópia dos prontuários aos pacientes na recepção do laudo médico.

Tabela 94 - Solicitação e emissão de laudos médicos

Ano	Solicitados	Média/mês	Emitidos	Média/mês
2009	23.690	1.974,17	23.446	1.953,83
2010	21.406	1.783,83	21.224	1.768,67
2011	21.414	1.784,50	19.978	1.664,83

Fonte: Elaboração própria

Tabela 95 - Solicitações atendidas de cópias de prontuários

Ano	Total
2009	943
2010	739
2011	379

Fonte: Elaboração própria

Tabela 96 – Solicitações de Vale Social

Ano	Total
2009	1.106
2010	1.270
2011 ^a	1.380

a. Até agosto de 2011.

Fonte: Elaboração própria

Tabela 97 – Solicitação de Vale Social por tipo de passe livre

Tipo	Total Solicitado	Atendidos	Não Atendidos	(%) Atendidos	(%) Não atendidos
Estadual	721	544	177	75,45	24,55
Municipal	533	434	99	81,43	18,57
Outros	126	110	16	87,30	12,70

Fonte: Elaboração própria

Análises dos resultados

Em 2011, houve um aumento da diferença de laudos médicos solicitados e laudos médicos emitidos em comparação aos anos anteriores, devido à exclusão das solicitações de paciente que passaram somente pela Triagem, ou seja, ainda não realizaram a primeira consulta com um grupo especializado e neste caso, não possuem direito a laudo médico.

A média de solicitações de laudo médico no mês é diretamente proporcional e equivalente a 40% do número de consultas ortopédicas realizadas no ambulatório do INTO. Houve uma diminuição no número de consultas ortopédicas após a mudança de endereço para a nova sede, porém o número de solicitações de laudo médico manteve-se estável. A média de laudo médico solicitado e emitido foi de aproximadamente 1.784 e 1.664 laudos por mês, respectivamente.

Dentre os 19.978 laudos médicos emitidos em 2011, somente 9 requerimentos ainda não haviam sido atendidos dentro do prazo, pois os prontuários não foram disponibilizados, ou seja, um percentual de aproximadamente 0,04% do total de laudos médicos emitidos ou solicitados em 2011.

Os dados de produção das cópias de prontuários foram contabilizados somente até Agosto de 2011, devido à mudança de endereço para a nova sede do INTO. Na ocasião, o atendimento das solicitações foi interrompido por conta de questões logísticas e retornou em outubro já sob a responsabilidade da UARQ. Das 579 solicitações recebidas até agosto de 2011, 379 cópias de prontuários foram atendidas. Vale lembrar que algumas solicitações são realizadas, porém não resgatadas pelos pacientes, assim como muitos pacientes não retornam após a contagem de folhas.

Em 2011 houve um aumento de 8,66% nas solicitações de vale social, comparado a 2010.

Fórmula do indicador

1. Percentual de vales-sociais atendidos: $(N^{\circ} \text{ de vales-sociais atendidos} / N^{\circ} \text{ de vales-sociais solicitados}) * 100$

Medidas implantadas

Em março de 2011 as solicitações de preenchimento de formulário para laudo de vale social deixou de serem realizadas pela Ouvidoria e passaram a ser realizadas diretamente na recepção do laudo médico.

Com a mudança para a nova sede do INTO, o processo de solicitações de cópia de prontuário voltou para seu setor de origem, a UARQ, cabendo a ULAUD somente receber as solicitações e entregar a cópia dos prontuários aos pacientes na recepção do laudo médico. Vale ressaltar ainda que, com a mudança, o atendimento na recepção do laudo médico ficou mais organizado e confortável para os pacientes, inclusive com um sistema de senha eletrônica para o atendimento.

Entre as medidas implantadas no ano, o laudo médico teve seu período de validade aumentado de 60 para 90 dias e consequentemente o período para realização de um novo pedido de laudo médico de 45 para 75 dias.

Metas e ações para 2012

- Aperfeiçoar a ferramenta de confirmação de veracidade (código de segurança) do laudo médico, atualmente disponível no site do INTO.
- Criação de relatório quantitativo de atendimentos telefônicos realizados na recepção do laudo médico.
- Otimizar o atendimento ao público, tentando manter reduzido o tempo de entrega dos laudos médicos.

2.4.7.2.16.3. Unidade de Rouparia – UROUP

Tem como responsabilidade o fornecimento de roupa em quantidade e qualidade aos diversos setores do hospital. A unidade funciona 24 horas por dia, e tem a operação de parte de suas atividades executada por empresa terceirizada.

Tabela 98 - Peso das roupas processadas por leito

Ano	Peso (Kg)
2009	428.831
2010	469.188
2011	489.867

Fonte: Elaboração própria

Tabela 99 - Kits elaborados pela UROUP

Kits	2010	2011
Cirúrgicos	7.562	8.984
Pacientes	39.020	38.128
Acompanhantes	22.294	11.631

Fonte: Elaboração própria

Tabela 100 - Índice de Relavagem

Peso (Kg)	Relavagem (Kg)	Taxa (%)
490.112	3.913	0,80%

Fonte: Elaboração própria

Fórmula do indicador

1. Índice de relavagem: (Peso (kg) de roupas para relavagem / Peso (kg) de roupas lavadas) * 100

Análise Crítica

A elaboração de kits é um atendimento padrão da UROUP que foi implantado para atender com mais qualidade os clientes e setores da unidade, trazendo exatidão e padrão ao material fornecido.

Em comparação a 2010 houve um aumento de kits cirúrgicos de 18,80% e uma redução dos kits para pacientes e acompanhantes de 2,28% e 47,82% respectivamente.

A redução do fornecimento de kit para acompanhantes não significa que o mesmo não foi atendido, tendo em vista que em horários fora da rotina, para atender emergencialmente, as peças são entregues aos acompanhantes em mãos, fora do kit.

Considera-se relavagem a devolução em consequência da reprovação da qualidade da lavagem da roupa recebida pela empresa de lavanderia contratada. A taxa de relavagem aceitável está estimada em 3%, e durante o ano de 2011 não ultrapassamos 1%.

2.4.7.2.16.4. Unidade Transfusional - UTRAN

Desenvolve trabalho de Hemovigilância e consultoria em hematologia para os pacientes internados. Também é responsável pela realização dos exames grupo sanguíneo e fator Rh solicitados ao laboratório de análises clínicas, por solicitar fatores de coagulação ao Hemorio e disponibilizar junto à farmácia do hospital, quando há pacientes com coagulopatias internados. Tem ainda um programa de captação atuante, que realiza captação de doadores de sangue para o Hemorio. A equipe é composta por equipe multidisciplinar formada por médicos hematologistas/hemoterapeutas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, técnicos de patologia clínica, laboratorista, funcionários administrativos e assistentes sociais.

Tabela 101 - Transfusões Realizadas

Transfusões	2009	2010	2011
Hemácias alogênicas	1.816	1.754	1.955
Concentrado de plaquetas	78	27	15
Plasma fresco congelado	166	138	97
Crioprecipitado	52	15	8
Total	2.112	1.934	2.075

Fonte: Sistema MV.

Tabela 102 - Demais Indicadores da UTRAN

Classificação		2009	2010	2011
Produtividade	Exames imunoematológicos			
	Tipagens sanguíneas ambulatoriais	3.148	2.539	6.597
	Tipagens sanguíneas receptor de transfusão	4.099	4.093	4.106
	Pesquisa de anticorpos irregulares	4.099	3.474	10.148
	Retipagens de bolsas (hemácias)	5.935	3.188	2.023
	Provas cruzadas	5.931	5.388	5.722
	Coombs Direto	1	0	0
	Captação de doadores de sangue			
	Número de atendimentos no setor de internação	567	1.398	927
Qualidade	Nº. Total de transfusões com reações	6 (0,28%)	19 (0,96%)	28 (1,35%)
	Reação alérgica	1	6	5
	Reação Febril não-hemolítica	5	5	18
	Reação Febril hemolítica imunológica	0	2	0
	Reação Hemolítica não-imunológica	0	0	0
	Contaminação bacteriana	0	1	0
	Sobrecarga Cardíaca	0	2	3
	Hipertensão arterial	0	0	0
	TRALI	1	0	0
	Outras reações	-	3	2
	Nº de Transfusões por leito	14,70	13,62	14,40

Fonte: Sistema MV e planilhas próprias da UTRAN.

Tabela 103 - Movimentação de hemocomponentes

Hemocomponentes	2009	2010	2011
Entradas	2.164	2.239	2.277
Saídas	24	0	3
Devoluções	103	56	27
Perdas	98	43	92

Fonte: Sistema MV

Tabela 104 - Solicitação e utilização de reservas cirúrgicas

Indicadores	Total
Taxa de uso de RC	14,03
Número de cirurgias	2.602
Solicitação por serviço	4.375
Usados no Centro Cirurgico	614
Usados no Pré-operatório	424
Usados no Pós-operatório	994
Hemocomponentes utilizados	3.778
Devolvidos do Centro Cirurgico	-

Fonte: Sistema MV

Tabela 105 - Doações do Hemorio

Dados	Total
Concentrados de hemácias fornecidos pelo Hemorio	1.882
Doadores encaminhados em nome do INTO	1.656
Total de bolsas coletadas dos doadores	1.144

Fonte: Hemorio

Fórmula dos indicadores

1. Taxa de uso RC: $(\text{HC utilizados} / \text{solicitações de reserva}) * 100$
2. N° de Transfusões por leito $(\text{N° de transfusões} / \text{N° de leitos do hospital})$

Análise Crítica

Com relação às hemotransfusões realizadas, houve um discreto aumento em relação ao ano de 2010. O número de exames realizados para o ambulatório (tipagem sanguínea, fator Rh e pesquisa de anticorpos irregulares) cresceu quase três vezes em relação ao ano anterior. Isso reflete tanto a repetição de exames, devido à solicitação de classificação sanguínea nos momentos de renovação dos exames pré-operatórios dos pacientes, quanto a estratégia da UTRAN de realizar a pesquisa de anticorpos irregulares nestes pacientes para tentar identificar precocemente os que necessitam de estudo no Hemorio e, dessa forma, evitar a falta de sangue para esses pacientes na cirurgia.

Com relação à perda de hemocomponentes, em 2011 verificou-se mais do que o dobro do ano anterior, mas menos que em 2009. No entanto, observamos uma perda maior de concentrado de hemácias que pode ser justificada, em parte, pelo fato do Hemorio ter enviado muitos concentrados de hemácias próximos do término da validade, principalmente dos Grupos Sanguíneos AB e B, que são pouco utilizados. Também houve perdas de bolsas “O” negativo pelo fato do hemocentro enviar bolsas vencendo no mesmo dia, apesar da solicitação ter sido para o dia seguinte. Tivemos ainda 5 CH perdidos por hemólise devido a conservação inadequada no Centro Cirúrgico.

O número de reações transfusionais tem aumentado desde 2010 devido ao melhor treinamento da equipe de enfermagem na identificação das reações. O fato mais marcante, que indica melhora na qualidade é a ausência de reações graves.

O número de cirurgias suspensas por falta de sangue foi alto (87), porém menor que anos anteriores. A UTRAN está realizando um trabalho para tentar aperfeiçoar as reservas cirúrgicas.

A captação de doadores teve desempenho inferior ao do ano anterior. As tragédias no RJ no ano de 2011 seria um fator externo ao serviço que contribuiu para esse resultado. Também houve um impacto direto da mudança para o novo prédio, pois durante o período de transição houve dificuldades no contato telefônico com as famílias, que é a estratégia de

melhor resultado além de não ter sido possível utilizar a van do banco de tecidos para levar os doadores ao Hemorio, durante alguns meses, tampouco realizar a abordagem nas enfermarias.

Atividades Desenvolvidas em 2011

Devido às dificuldades encontradas na UTRAN em 2011, nosso objetivo principal foi manter o setor funcionando adequadamente, tendo como preocupação principal a segurança dos pacientes atendidos.

Foram realizadas ainda as seguintes atividades:

- Colaboração no processo de mudança para a nova sede sem grandes transtornos.
- Reformulação do ambulatório de hemoterapia.
- Reavaliação e organização do horário dos técnicos de laboratório.
- Definição de funções específicas para os funcionários.
- Reformulação da análise das reações transfusionais.
- Treinamento para os técnicos de laboratório com especialistas de fora do INTO.
- Realização de auditoria interna.
- Retomada do controle de qualidade externo na área técnica.

Metas e ações para 2012

- Investir na qualidade do serviço e trabalhar para minimizar a falta de hemocomponentes para as cirurgias;
- Implantar a coleta de sangue de doadores;
- Fracionar o sangue de doador coletado;
- Realizar imunematologia de doadores e sorologia do sangue de doador coletado;
- Ampliar os procedimentos de imunematologia especiais, aumentando a autonomia com relação ao Hemocentro do RJ;
- Capacitação dos funcionários;
- Retomar as atividades de captação de doadores externos, através de contatos com empresas e universidades;
- Realizar coletas externas em parceria com o Hemorio;
- Intensificar o processo de captação de doadores de sangue por contato telefônico e abordagem direta nas enfermarias;
- Implantar programa de doação autóloga, com ênfase na doação autóloga para pacientes dos grupos joelho, quadril e coluna;
- Implantar os ambulatórios de subespecialidades em Hematologia/hemoterapia;
- Retomar o programa de controle de qualidade interno;
- Melhorar a segurança do programa informatizado;
- Reduzir a perda de hemocomponentes através de melhorias na gestão de estoque;
- Instituir novos indicadores internos de gerenciamento da unidade;
- Avaliar qualitativamente o programa de recuperação de sangue per-operatório.

2.4.7.2.16.5. Unidade de Imagenologia - UIMAG

Tem como objetivo a prestação de serviços de Diagnóstico por Imagem, nas modalidades de Radiologia Geral, Artrografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ecocardiografia e Doppler Vascular.

Tabela 106 - Produtividade da UIMAG por tipo de exame

Tipo de Exame	2009	2010	2011	Variação 2009 %	Variação 2010 %	Variação 2011 %
Radiologia simples	38.366	38.802	41.466	+0,5	+1,10	+6,87
Ultrassonografia	1.562	1.399	1.380	-1,0	-10,4	-1,36
T. Computadorizada	2.956	1.458	285	+0,5	-50,6	-80,45
Pneumoartrografia	97	65	4	-4,0	-32,9	-93,35
Ecocardiografia	845	914	876	-9,0	+8,10	-4,16
Doppler Vascular	678	716	770	+0,5	+5,6	+7,54

Fonte: MV2000i

Tabela 107 - Indicadores de consumo de filmes

Filmes	2009	2010	2011	Variação 09/ 10 %	Variação 10/11 %
Total de gastos	87.403	82.013	101.101	-6,1	23,27
Utilizados	83.693	74.828	94.053	-10,1	25,69
Inutilizados	7.067	7.178	7.048	+1,5	- 1,81
Índice de perda	8,33%	10,60%	6,97%	---	---

Fonte: MV2000i

Tabela 108 - Índice de concordância de laudos de tomografia computadorizada

2009	2010	2011
10,1%	8,9%	8.6%

Tabela 109 - Índice de concordância dos radiologistas da UIMAG com os laudos de ressonância magnética

2009	2010	2011
100%	100%	100%

Tabela 110 - Índice de casos de extravasamento de contraste

2009	2010	2011
11,0%	4,0%	0% ^a

a. Em 2011, durante o período em que o tomógrafo esteve operante (cerca de 1/3 do ano), não foram registrados casos de extravasamento de contraste.

Fórmula de Indicadores:

1. Índice de perda de filmes: N° de filmes inutilizados / N° de filmes gastos * 100
2. Índice de concordância de laudos de exames de tomografia computadorizada: N° de exames realizados / N° de laudos modificados * 100
3. Índice de concordância dos radiologistas com os laudos dos exames de ressonância magnética: N° de exames realizados / N° laudos aprovados * 100
4. Índice de extravasamento de contraste em exames de tomografia computadorizada: N° de exames realizados / N° de casos de extravasamento * 100

Análise Crítica

Houve aumento no índice total de filmes gastos, que podemos atribuir ao funcionamento em duas sedes, durante aproximadamente 02 meses. Ocorreu também uma discreta, porém significativa, diminuição dos filmes inutilizados, devido ao maior controle por parte do responsável pelas aplicações das técnicas radiológicas e uma maior conscientização dos profissionais envolvidos no processo.

Análise dos Resultados por Modalidade

- Ultrassonografia: Houve uma diminuição no número de exames de ultrassonografia realizados, em parte pelo término da agenda;

- Tomografia Computadorizada: Significativa diminuição no número de exames de tomografia computadorizada realizados, devido aos problemas intermitentes que culminou com a interrupção total do atendimento;
- Pneumoartrografia/ Artrografia-TC: Significativa diminuição no número de exames, pois os mesmos são complementados com a tomografia computadorizada;
- Ressonância Magnética: O convênio com o Centro de Medicina Nuclear da Guanabara permite a realização de 175 exames/mês;

Medidas implantadas

- Realização de testes de integridade dos Equipamentos de Proteção Individual – EPIs, utilizados nas dependências da UIMAG e do centro-cirúrgico;
- Manutenção da realização de Palestras de Proteção Radiológica aos novos servidores, à equipe de enfermagem e aos residentes;
- Maior controle da retirada de insumos (filmes inutilizados, químicos e frascos de almotolia) em parceria com a Gerência de Resíduos;
- Estabelecimento de rotina para laudar os exames dos pacientes que estiveram internados, visando evitar perda de receitas financeiras pelo INTO.
- Treinamento da equipe de enfermagem para os exames contrastados;
- Palestras para a equipe de técnicos da radiologia, na área de incidências radiológicas, informática e proteção radiológica.

Metas e ações para 2012

- Capacitação da mão de obra, inclusive dos novos contratados, com destaque para a tomografia computadorizada, ressonância magnética e densitometria óssea;
- Acompanhar a adequação das salas dos equipamentos de RNM e tomografia;
- Incrementar os laudos dos exames radiológicos para atender a demanda do faturamento em 100%;
- Acompanhar o processo de digitalização das imagens, que permitirá a diminuição de gastos e de extravio dos exames, bem como a repetição dos mesmos;
- Início do Programa de Garantia de Qualidade;
- Elaboração do Laudo de Radioproteção, pela LCR/ UERJ, fator imprescindível para a concessão de licença de funcionamento da radiologia junto ao Centro de Vigilância Sanitária.
- Aquisição de equipamento de densitometria óssea.

2.4.7.2.16.6. Unidade de Patologia Clínica – UPATO

A Unidade de Patologia Clínica atua, fundamentalmente, na fiscalização dos serviços prestados pela Empresa Labclim contratada pelo Instituto. A empresa é responsável pela coleta de sangue, análise e liberação dos resultados solicitados pelo corpo clínico do INTO. Os exames contratados são parasitologia, imunologia, hematologia, bioquímica, urinálise e bacteriologia. O laboratório funciona 24 horas incluindo sábado, domingo e feriado.

A Unidade atua ainda no apoio e suporte técnico para o Banco de Tecidos e Pesquisa Clínica do Instituto.

Tabela 111 - Produção do laboratório terceirizado – Labclim

	2010 (set.à out.) ^a	2011
Pacientes	10.319	29.016
Exames Realizados	62.734	173.175
Faturamento (R\$)	238.769,84	812.127,13

Fonte: Sistema MV e fatura de conferência e nota fiscal emitida do prestador de serviço - Labclim

a. Serviço iniciado em setembro de 2010

Tabela 112 - Indicadores de desempenho da Labclim, Out/10 à Set/11

Indicador	Resultado (%)
Taxa de coletas de novas amostras	0,34
Desempenho de ensaio de proficiência	90,20
Exames de urgência liberados no tempo	97,07
Exames de rotina liberados no tempo	97,35

Fonte: Sistema SGWEB; Ar Lab-Labclim e Elaboração Própria.

Fórmula dos indicadores

1. Taxa de coletas de novas amostras: N° de coletas de novas amostras / Total de coletas * 100
2. Desempenho de ensaio de proficiência: N° de exames que atenderam o padrão / Total de exames enviados (Controllab) * 100
3. Exames de urgência liberados no tempo: N° de exames de urgentes liberados no tempo / Total de exames urgentes liberados * 100
4. Exames de rotina liberados no tempo: N° de exames de rotina liberados no tempo / Total de exames de rotina liberados * 100

Análise Crítica

Com base nos dados referentes ao ano de 2011, a produção de exames laboratoriais realizados na UPATO foi de 173.175. Em relação ao ano de 2010, houve uma redução de 21% no total de exames realizados.

Esta queda de números de exames ocorreu devido aos treinamentos realizados com os servidores administrativos, plano de ação e treinamento para monitorar o quantitativo de emissão de exames duplicados.

A taxa de novas amostras no período de outubro de 2010 a setembro de 2011 foi de 0.34% (<5%), atingindo a meta almejada. Tal resultado é fruto de orientações que são passadas para minimizar as incidências de novas amostras, visando à melhoria dos processos. Quanto aos “exames de urgência liberados no tempo” e “exames de rotina liberados no tempo” tiveram como meta institucional >95% para estes dois indicadores. A resposta do tempo obteve êxito total ultrapassando a meta instituída.

Com relação ao desempenho de ensaios de proficiência, o resultado da avaliação externa foi um índice de aprovação de 90.2%, considerado adequado e superando a meta que foi estipulada para >80%.

Atividades desenvolvidas em 2011

- Fiscalização total da execução do contrato de prestação de serviço de terceirização do Laboratório;
- Acompanhamento das requisições de exames, para garantir a entrega dos laudos;
- Monitoramento do controle de qualidade analítico dos equipamentos, Bacteriologia e dos resultados das rodadas do Ensaio de Proficiência;

- Elaboração de planilha de acompanhamento diário e lista de verificação para a avaliação do serviço prestado, etc.

Atividades em andamento

- Capacitação dos servidores técnicos da UPATO para processo da nova unidade a ser criada para o banco de tecido e projeto do anaeróbio
- Projeto - Identificação de microrganismos anaeróbios que possam estar presentes nos espécimes clínicos obtidos em cirurgias ortopédicas para diagnóstico e tratamento de pacientes com suspeita de infecção pós artroplastia de ombro.
- Treinamento com os profissionais do Laboratório para o melhor uso do sistema de informática, biossegurança, coleta de dados visando aperfeiçoar nossos indicadores.

Metas e ações para 2012

- Melhorar o processo de interface/ integração deste instituto com a empresa terceirizada;
- Implantação do laboratório de pesquisa bacteriologia;
- Inserção das Metas Internacionais de Segurança aplicada na prática diária no setor administrativo como cultura da instituição;
- Avaliar o controle de qualidade analítica em cada nível de controle utilizado (não mais por média de resultados);
- Sugerir melhorias e acompanhar o monitoramento dos analitos reprovados e que necessitam de acompanhamento mais cuidadoso;
- Avaliar, através de cálculo preconizado por literatura de referência, os analitos que não estão incluídos, por diversos motivos, no Ensaio de Proficiência;
- Melhoria dos processos internos referente à assistência juntamente com a qualidade e gerencia de risco.

2.4.7.2.16.7. Unidade de Anatomia Patológica - UANAT

A Unidade de Anatomia Patológica é responsável pela realização de exames cito e histopatológicos com finalidade de diagnóstico, atendendo ainda a demanda do Banco de Tecidos e o CTCel no processamento de material para pesquisas.

Tabela 113 - Exames realizados pela UANAT por grupos

Grupo	2009		2010		2011	
	Exames	%	Exames	%	Exames	%
Banco de tecidos ^a	38	4,7	108	12	85	11,1
Cirurgia plástica	-	-	-	-	-	-
Clínica médica	2	0,2	-	-	-	-
Coluna ^a	75	9,3	50	5,6	61	8
Cranio-maxilo-facial	43	5,4	26	2,9	29	3,8
Deformidade torácica	1	0,1	-	-	-	-
Extra	1	0,1	4	0,4	-	-
Fixador externo	4	0,5	3	0,3	6	0,8
Infantil	24	3	18	2	25	3,2
Joelho	39	4,9	35	3,9	52	6,8
Mão ^a	122	15,2	132	14,7	135	17,6
Medicina desportiva	-	-	-	-	-	-
Microcirurgia	43	5,4	57	6,3	48	6,30
Ombro	20	2,5	18	2	14	1,8
Pé	40	5	70	7,8	53	7
Projeto suporte	-	-	-	-	-	-
Quadril	41	5,1	32	3,6	9	1,2
Trauma	26	3,3	43	4,8	35	4,6
Tumor ^a	284	35,4	304	33,8	212	27,8
Total	803	100%	900	100%	764	100%

a. Principais grupos que forneceram amostras para a UANAT.

Tabela 114 - Exames realizados pela UANAT por tipo de amostras

Tipo de Amostras	Nº de exames
Peça cirúrgica não óssea ^a	283
Peça cirúrgica óssea	193
Biopsia óssea	173
Biopsia não óssea ^a	40
Revisão de lâmina ^b	26
Amputação	39
Citologia ^c	9
Outros ^d	1
Total	764

^a Não necessita passar por processo de descalcificação.

^b Lâminas histológicas (acompanhadas ou não de blocos de parafina) não pertencentes ao INTO que precisam ser avaliadas pela UANAT para que o médico assistente possa definir conduta terapêutica.

^c Material representado por aspirados ou líquidos.

^d Material impróprio para estudo histopatológico.

Tabela 115 - Média anual do tempo de emissão de laudos anatomopatológicos por categorias das amostras

Tipo de Amostras	Média Anual	Meta 2012
Peça cirúrgica não óssea	12	15
Peça cirúrgica óssea	18,5	20
Biopsia óssea	16,5	15
Biopsia não óssea	17,5	10
Revisão de lâmina	10	10
Amputação	29,3	30
Citologia	15,3	15
Outros	11	10
Média Final	15,90	15,62

Fórmula do indicador

1. Tempo médio de emissão dos laudos: $[\sum (\text{Data de liberação do exame} - \text{Data de entrada do exame na UANAT})] / \text{N}^\circ \text{ de laudos no período.}$

Análise Crítica

A produtividade do ano de 2011 sofreu uma pequena redução (queda de 15,1% em relação a 2010 no total de exames realizados) devido ao período de transição do antigo para o atual prédio, o que acarretou num decréscimo global do número de cirurgias realizadas pela Instituição.

A média do tempo de liberação dos laudos anatomopatológicos deve ser considerada excelente tratando-se de materiais de complexo trato. No entanto, este indicador ainda não conseguiu atingir a meta estabelecida pela nossa unidade por ter sofrido influência de fatores tais como: aparelho de processamento tecidual automático inoperante, processamento tecidual manual com retardo da liberação das lâminas para análise (2 dias) e número reduzido de médicos anatomopatologistas e técnicos.

No fim do ano ainda constava uma pendência de 15 casos não concluídos. Isto se deve ao fato de que determinados tipos de ossos demoram mais para serem descalcificados e, também, pela complexidade dos casos estudados, além do não envio pelo médico requisitante dos exames de imagem e/ou informações clínicas do paciente (gerando o retardo da correlação anátomo-clínica-radiológica pelo médico patologista) e número reduzido de médicos anatomopatologistas na UANAT.

Em julho de 2011 recebemos um novo técnico de anatomia patológica e em novembro, duas novas médicas patologistas que colaborarão para a diminuição constante do tempo de liberação de laudos no próximo exercício.

Atividades desenvolvidas em 2011

- Participação nas reuniões semanais do grupo do Tumor.
- Realização de estudo complementar pela Imuno-histoquímica através de acordo verbal firmado com a chefia da Divisão de Patologia do INCA a partir de agosto de 2009, possibilitando que o paciente tenha seu caso todo resolvido na Instituição.
- Treinamento anual em biossegurança para os profissionais do laboratório, melhorando assim a qualidade e a segurança do trabalho.

Metas e ações para 2012


- Convênios com outros laboratórios de Anatomia Patológica da rede pública para realização de processamento técnico de nossas amostras de pequeno volume e também para correlação de casos anatomopatológicos ligados à patologia óssea.

- Informatização da unidade através de software específico para laboratório de Anatomia Patológica.

2.4.7.2.16.8. Unidade de Farmácia – UFARM

Tem como missão promover o uso racional dos medicamentos, selecionando, adquirindo, armazenando, distribuindo, pesquisando e gerenciando produtos farmacêuticos. Além disso, a UFARM está expandindo sua área de ensino e pesquisa, com o objetivo de propiciar um vasto campo de aprimoramento profissional. Também presta atendimento aos pacientes e oferece assistência farmacêutica nas enfermarias, realizando análises das prescrições pelo farmacêutico da área de dispensação e do serviço de Suporte Farmacêutico promovendo um acompanhamento mais criterioso das interveniências ocasionadas pós-análise das prescrições médicas.

Tabela 116 - Processos desenvolvidos pela UFARM

Descrição	Produtos e Serviços
Assistência Farmacêutica Ambulatorial - Prestação de assistência farmacêutica integrada ao paciente ambulatorial e à equipe de saúde, disponibilizando os medicamentos em condições adequadas conforme protocolos de utilização e controles especiais, visando assegurar o uso racional de medicamentos.	1. Receitas dispensadas 2. Seguimento farmacoterapêutico para pacientes de alguns programas 3. Informação sobre medicamentos /procedimentos
Assistência Farmacêutica à Internação - Prestação de assistência farmacêutica integrada ao paciente e à equipe de saúde das unidades de internação e centro cirúrgico, disponibilizando os medicamentos prescritos para pacientes em condições adequadas, no tempo e na hora, conforme protocolos de utilização.	4. Dispensação orientada de medicamentos 5. Prescrições atendidas por dose individualizada 6. Dispensação de Kits cirúrgicos de medicamentos
Gerenciamento - Prover a estrutura organizacional para viabilizar as ações da UFARM, como também desenvolver ambiente favorável para práticas de gestão da qualidade.	7. Solicitações atendidas 8. Parecer técnico de medicamentos e insumos farmacêuticos nos processos de aquisição
	
Logística - Efetuar a programação de compra de medicamentos conforme demanda e parecer técnico; receber, armazenar, controlar e distribuir de forma adequada, garantindo qualidade e rastreabilidade dos produtos.	9. Notificação de Eventos Adversos 10. Medicamentos fracionados em doses unitárias 11. Recepção e contribuição no desenvolvimento acadêmico de alunos do curso de Residência em Farmácia Hospitalar
Farmacovigilância - Monitorar o uso de medicamentos, detectar e prevenir eventos adversos (erro de medicação, reação adversa e queixa técnica), notificando a Gerência de Risco do INTO, aos fornecedores e a ANVISA.	12. Estágios curriculares para graduandos em Farmácia
Farmacotécnica Hospitalar - Efetuar o fracionamento em dose unitária de especialidades farmacêuticas (sólidos e alguns líquidos orais).	13. Participação na capacitação e desenvolvimento para equipes multidisciplinares
Educação continuada - Capacitar e desenvolver a força de trabalho, bem como dar apoio aos residentes de Farmácia hospitalar e estagiários que visitam a UFARM.	14. Trabalhos científicos apresentados em Congressos, e eventos da área de Farmácia Hospitalar e Clínica.

Assistência Farmacêutica

Tabela 117 - Pacientes em Reconciliação Medicamentosa (RM)

	2009	2010	2011
Nº de pacientes efetivamente acompanhados pelo processo de RM	-	363 ^a	105
Nº de intervenções realizadas por farmacêuticos ^b	-	91	102
Nº de intervenções aceitas pelo corpo médico	-	73	81
Nº de pacientes que deixaram o medicamento sob guarda da UFARM	519	535	412
Nº de pacientes com impossibilidade de guarda do medicamento	81	131	126

a. Dados coletados a partir de junho.

b. Exemplos de intervenções junto ao corpo médico: sugestões de mudanças de posologia, dosagem ou do próprio medicamento.

c. Medicamentos com impossibilidade de guarda pela UFARM: soluções orais, colírios, anticoncepcionais, antirretrovirais, manipulados com sílica.

Tabela 118 - Pacientes atendidos em consultas farmacêuticas segundo programa

Programa	2009	2010	2011
Osteoporose grave	2.080	627	2.495
Profilaxia de trombose venosa	792	811	563
Pré-internação	-	-	91 ^a

Fonte: MV Sistemas

a. Início do atendimento em setembro.

Tabela 119 - Dispensação de medicamentos

	2009	2010	2011
Pacientes internados	5.759	5.761	5.761
Medicamentos dispensados	2.581.881	2.250.314	1.903.136
Gasto com medicamentos (R\$)	2.714.968,37	2.905.392,28	3.415.635,94

Fonte: MV Sistemas

Análise Crítica

Segundo o *Institute of Health Care Improvement*, a Reconciliação Medicamentosa consiste no processo de prevenção de erros de medicação ao paciente durante momentos de transição hospitalar.

Ao longo do ano, as ações de RM, implantadas desde o ano de 2010 com a inserção de 05 profissionais farmacêuticos no processo possibilitou identificar pontos estratégicos de ação para ampliação desta atividade permitindo que o profissional farmacêutico seja colaborador para um processo farmacoterapêutico dos usuários ainda mais seguro.

Verifica-se a normalização do quantitativo de pacientes atendidos em consultas farmacêuticas ao observar os atendimentos realizados no programa de osteoporose grave frente ao ano anterior. Tal incremento (398%) reflete a normalização do abastecimento dos medicamentos deste programa que compõem o tratamento da osteoporose, enfrentado no ano anterior.

A UFARM participa do programa de profilaxia a trombose profunda, realizando a dispensação de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) na alta hospitalar dos pacientes com maior risco do desenvolvimento desta patologia, como os dos Centros de Atenção Especializada do Joelho, Coluna e Quadril. A equipe de farmacêuticos promove ainda ações de educação aos pacientes e familiares, monitoramento de possíveis reações adversas em decorrência do uso deste medicamento, bem como, contribui para o uso seguro e racional desta terapêutica. A redução do número de pacientes atendidos reflete a diminuição do número de internações, nos CAE's citados, em decorrência do período de transição e mudança física da unidade hospitalar para a nova sede.

O programa de atenção farmacêutica na pré-internação visa contribuir na melhoria do atendimento ao paciente que inicia seu tratamento no INTO e que tenha doenças pré-existentes - usuários de medicamentos para patologias como hipertensão, diabetes, e os polifarmácia - ou seja, um grupo que normalmente tem um maior risco para as intervenções cirúrgicas. A inserção do profissional farmacêutico no acompanhamento deste grupo no período da pré-internação visa conhecer o histórico medicamentoso deste paciente, trabalhando com atividade de orientação e educação do usuário.

Os gastos com medicamentos são proporcionais a sua dispensação que por sua vez dependem da produção cirúrgica e complexidade do tratamento dos pacientes da unidade hospitalar, além de refletir os aumentos anuais de preço.

Farmacotécnica Hospitalar

Tabela 120 - Fracionamento de sólidos e líquidos orais

	2009	2010	2011
Comprimidos fracionados	202.968	213.904	259.132
Soluções orais (frascos)	2.602	3.016	2.756

Fonte: Livro da Área de fracionamento

Análise Crítica

A fim de se evitar grandes perdas, a quantidade de itens fracionados (sólidos e líquidos orais) é proporcional ao total de medicamentos dispensados, uma vez que, depois de fracionado, a validade do item decai 75%.

Educação Continuada

Tabela 121 - Produtos gerados pela educação continuada

Produtos	2010	2011
Treinamentos realizados no ano	18	42
Residentes atuantes no serviço	05	07
Estagiários treinados no serviço	10	05
Trabalhos apresentados em Congressos	06	06
Publicação de artigo em revista nacional	01	01 ^a

Fonte: Elaboração própria

a. Trabalho aprovado para publicação em Revista Científica.

Análise Crítica

O aumento dos produtos gerados comprova a ampliação da geração de conhecimento no âmbito farmacêutico, desenvolvendo pesquisas para a promoção da saúde do paciente e formando continuamente a equipe multidisciplinar de saúde.

Logística de Medicamentos

Tabela 122 - Valor de compra de medicamentos por suprimento de fundos e itens, segundo critério de padronização.

Medicamentos	2009		2010		2011	
	Itens	Valor (R\$)	Itens	Valor (R\$)	Itens	Valor (R\$)
Padronizados	3	111,50	17	2594,37	22	4.374,69
Não padronizados	26	1.723,55	33	5158,42	36	4.500,22
Total	29	1.835,05	50	7.752,79	58	8.874,91

Fonte: MV Sistemas

Tabela 123 - Valor gasto com medicamentos vencidos e índice de perda

	2009	2010	2011	Meta
Gasto com medicamentos vencidos (R\$)	40.644,01	33.565,31	62.095,32	-
Número de itens vencidos	165	195	169	
Índice de perda	1,50%	1,14%	1,81%	2%

Fonte: MV Sistemas

Tabela 124 - Avaliação do inventário anual de medicamentos

Curva	Itens contados	Itens com diferença	% Itens com diferença	Meta
A	34	-	-	0%
B	26	-	-	5%
C	347	-	-	10%

Fórmula dos indicadores

1. Índice de perda: $(\text{Valor de medicamentos vencidos} / \text{Valor gasto com consumo de medicamento}) * 100$
2. % Itens com diferença: $100 - (\text{Número de itens dentro do padrão da curva analisada} / \text{Número de itens contados da curva analisada} * 100)$

Análise Crítica

Em virtude de diversos problemas administrativos decorridos ao longo do ano intercorrência nos processos de aquisição anual, descumprimento de prazo de entrega dos medicamentos após emissão de empenho por parte dos fornecedores; irregularidade no SICAF dos mesmos – houve necessidade de compra por suprimentos de fundo, de itens essenciais e emergenciais para o tratamento dos pacientes, justificando o aumento dos valores gastos através desta modalidade de compra.

O índice de perdas com medicamentos vencidos manteve-se dentro meta estipulada. Tal êxito deve-se a modalidade de pregão utilizada no instituto - por registro de preços - assim como, a procedimentos de trocas realizados com instituições parceiras.

O inventário anual de medicamentos não apresentou diferenças nos itens avaliados.

Metas e ações para 2012

- Automação dos processos de distribuição e dispensação de medicamentos através da implantação de dispensários eletrônicos nas unidades de cuidado e internação dos pacientes e de um armário eletrônico com tecnologia de carrossel vertical que integrado ao sistema operacional de gestão hospitalar (sistema MV). A inovação tecnológica em questão tem como principais propostas reduzir custos com as devoluções e perdas inseridas no processo de distribuição de medicamentos e elevar a segurança no processo farmacoterapêutico dos pacientes.
- Ampliação da atenção farmacêutica em pacientes ambulatoriais da pré-internação dos Centros de Atenção Especializada no INTO.
- Consolidação da Atenção farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico pelo farmacêutico deste grupo aos pacientes da Clínica da Dor.
- Consolidação do serviço de Suporte Farmacêutico aos pacientes internados e implantação do Processo de Avaliação e Validação de Prescrições diretamente no sistema MV integrada às tecnologias de automação. Ambos os serviços permitem a atuação do profissional farmacêutico junto à equipe multidisciplinar de cuidado ao paciente e contribui para o uso seguro e racional de medicamentos na instituição.
- Rastreabilidade total dos medicamentos utilizados na instituição com a implantação do mecanismo de código de barras.

- Aprimoramento das ações em educação continuada.

2.4.7.3. COORDENAÇÃO EXECUTIVA – COEX

2.4.7.3.1. ÁREA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES – ARPLA

Tem como objetivo assessorar a direção do INTO na análise de cenários para a definição de estratégias, por meio de um processo contínuo de ações integradas. É responsável ainda pelo acompanhamento da produção da unidade hospitalar, subsidiando a Administração na definição de metas e pelo monitoramento das ações pactuadas com o MS.

Análise Crítica

A ARPLA não possui indicadores e se caracteriza como área de apoio e desenvolvimento de trabalhos essencialmente qualitativos, por meio de elaboração de relatórios e análise de informações das áreas assistenciais, administrativas e da Direção Geral do INTO.

Atividades realizadas em 2011

- Implantação do Sistema ConstruInto (BSC): Em 2010 iniciou-se a implantação do sistema para monitoramento e controle dos indicadores do projeto ConstruInto. Este sistema permitirá o monitoramento e controle integrado dos 21 Objetivos Estratégicos da Instituição definidos durante o ano de 2009. Durante o ano de 2011 a equipe da ARPLA foi responsável pelo acompanhamento do projeto e realização de reuniões desenvolvidas com os setores do INTO para revisão dos indicadores e das metas, e definição dos profissionais que terão acesso ao sistema.
- Parceria com o Programa Mais Saúde – Direito de Todos: No primeiro semestre de 2011 foram efetuados os lançamentos das metas institucionais conforme determinado pelo Ministério da Saúde. No segundo semestre o Programa foi extinto pelo mesmo Ministério.
- Elaboração do Relatório de Gestão (exercício 2010) com vistas à prestação de contas ao Tribunal de Contas da União.
- Elaboração do PPA 2012-2015: Participação de reunião da SAS realizada no mês de maio, para orientação da elaboração da fase qualitativa e quantitativa do Plano Plurianual. Análise da produção assistencial para subsidiar a construção da proposta de orçamento para a instituição. Realização de reuniões semanais com a COEX, DIEST, DIFIN e DIVTI para levantamento das despesas de custeio e capital, para a elaboração da proposta orçamentária das atividades em execução. Mapeamento das novas atividades enviadas pelas coordenações.
- Monitoramento das Ações delineadas no Plano Plurianual 2008-2011, da qualidade da atenção e dos resultados obtidos. O monitoramento é realizado pelo lançamento mensal das metas de atendimento assistencial (1220.8759) e implantação da nova sede do INTO (1220.1k09) referentes às ações previstas no Plano Plurianual no PlamSUS (Sistema de Planejamento, Orçamento e Monitoramento das Ações do SUS).
- Assessoria quanto à avaliação das ações pelos profissionais e gerentes de áreas: A área auxilia na avaliação das informações que são relevantes para a tomada de decisão gerencial; valida o conteúdo e o formato da informação; consolida os dados e os disponibiliza para os gerentes e profissionais utilizarem como ferramenta de tomada de decisão em suas áreas.
- Assessoria na construção de indicadores: apoio na construção de indicadores, realizando frequentemente reuniões junto às áreas assistenciais e administrativas.

- Apoio na elaboração de estudos e relatórios: Auxilia na elaboração de estudos e relatórios institucionais e disponibilização das informações solicitadas acompanhada de análise sintética.
- Elaboração de banco de dados de Acidentes de Trabalho, solicitado pela ARSAO, conforme ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) utilizando o EPI-INFO.
- Participações e colaborações: Na comissão avaliadora das ideias cadastradas no Banco de Ideias, implementado no Instituto no exercício em questão; Nas reuniões do Grupo de Transição envolvido no processo de mudança para a nova Sede do Instituto; Na comissão de Farmácia e Terapêutica; Nos colegiados Assistencial e Administrativo.
- Assessoramento estatístico a profissionais e estudantes das diversas áreas do INTO na elaboração de trabalhos científicos e outros que precisam de análise estatística mais apurada e elaboração de relatórios mensais com informações da produção realizada pelo Instituto. No ano em questão houve ainda: Assessoria na pesquisa de osteoporose (OSTEOPREV) em andamento; Assessoria nas pesquisas de satisfação (ambulatorial e internação) do paciente coordenadas pela Ouvidoria; Participação da equipe em cursos de capacitação.

Metas para 2012

- Realização de treinamentos com as diversas áreas para a ambientação com o novo Sistema Constrúto.
- Assessorar a realização da oficina de planejamento assistencial.
- Monitorar os objetivos estratégicos pactuados junto à direção e sinalizar aos mesmos em casos de não cumprimento de metas.
- Acompanhamento da ação 1220.8759 pactuada junto ao MS.
- Realizar apresentações da produção institucional no colegiado assistencial.
- Reavaliar metas junto às áreas do Instituto.
- Reavaliar estrutura do relatório de gestão.

2.4.7.3.2. CENTRAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO

A Central de Atendimento Telefônico, que funciona desde o mês de janeiro de 2011, é composta por: telefonia, central de marcação de consultas e central de informações ao paciente. Gerencia todos os atendimentos, tanto ativos como receptivos.

Tabela 125 - Atendimentos realizados pela Central de Atendimento Telefônico

Ano	Média de atendimentos mês	Total
2011	2.595 ^a	28.549

a. Não foi considerado para o cálculo o mês de janeiro.

Fórmula do indicador

1. Média de atendimentos mês: Total de atendimentos / N° de meses no período

Análise Crítica

Em dezembro houve um aumento do nº de atendimentos em virtude do início da marcação das consultas ambulatoriais para o ano de 2012. Neste período os operadores trabalharam ativamente para avisar os pacientes sobre as datas de suas consultas. Houve também aumento das ligações recebidas dos pacientes para agendamento de suas consultas.

Medidas implantadas

- Criação do plantão de atendimento noturno, das 19:00hs às 7:00hs, que contribuiu para a melhoria da qualidade do atendimento ao cliente interno e externo.
- Unificação com o setor de Telefonia, que possibilitou a integração dos serviços e melhor aproveitamento de tempo e pessoal.

2.4.7.3.3. DIVISÃO DE SUPRIMENTOS - DISUP

Tem como objetivo planejar as aquisições de materiais de consumo e medicamentos, instruir através das Leis de Licitação n.º. 8.666/93 e demais legislações pertinentes, os processos licitatórios para a aquisição de materiais de implante ortopédico, consumo hospitalar, medicamentos, ativos permanentes, contratação de serviços de terceiros, assim como, qualificar os materiais de consumo médico-hospitalar, elaborar pesquisa de preços, pelas áreas ARPEC - Área de Pesquisa e Compras, ARDIP - Área de Divulgação e Planejamento e ARPAQ - Área de Padronização e Qualificação, respectivamente. Auxilia a ARPL - Área de Pregões e Licitação da Unidade, gerencia o SERAL - Serviço de Almoarifado e ARIMP - Área de Implantes Ortopédicos, bem como a qualidade do atendimento aos clientes do INTO, proporcionando atendimento nas áreas de utilidades, como o SEPAT - Serviço de Patrimônio e APROT - Área de Arquivo e Protocolo - serviços gerais.

Em 2011, o planejamento de aquisição de insumos hospitalares e medicamentos continuam sob a responsabilidade da DISUP/ARDIP, uma vez que este processo de aquisição é o seu principal foco de negócio e encontra-se bem estruturado dentro do INTO, exceto implantes, que é realizado pela Área de Implantes Ortopédicos - ARIMP.

O planejamento de aquisições subsidia-se pelo consumo médio mensal dos materiais, utilizando ferramentas modernas de processos na cadeia de suprimentos, discutido com todas as áreas fins para devida correção de acordo com novos projetos ou mudanças de protocolos de conduta. O cálculo em 2011 foi feito baseado em 01 compra anual. Foram considerados os estoques existentes e mais três meses de estoque mínimo de segurança, onde foi levada em consideração também a inauguração do Novo INTO, sendo duplicado o quantitativo de compras. Ressaltando que o processo de compras é baseado na sistemática de registro de preços e a média de aquisição demora em torno de seis meses, desde o pedido à efetiva entrega.

Desde o ano de 2009, o Colegiado Administrativo do INTO foi reestruturado focando nas chefias de divisões da COEX, e conseqüentemente a DISUP criou seu próprio colegiado junto a suas áreas e serviços subordinados e periodicamente realizam-se reuniões com todos os intervenientes no processo de compra para discutir as melhores práticas para aquisição de insumos. As decisões são sempre tomadas em consenso com todos os setores pertinentes.

Apresentamos na tabela a seguir, o número de processos realizados de compra de material de consumo e de material permanente e de contratação de serviços realizados em 2011 e respectivos valores estimados e homologados, segundo a modalidade de aquisição.

Tabela 126 - Processos de Aquisição e de Contratação de Serviços por Modalidade de Aquisição (valores em Reais) – INTO e SUPORTE

Modalidade de Aquisição	Realizados	Valor Estimado	Valor Homologado
Inexigibilidade	9	-	R\$ 3.043.124,20
Dispensa de Licitação	6	-	R\$ 2.131.386,58
Pregão	207	R\$ 731.654.869,53	R\$ 456.098.300,55
TOTAL	222	R\$ 731.654.869,53	R\$ 461.272.811,33

Tabela 127 - Processos de Aquisição e de Contratação de Serviços por Modalidade de Aquisição (valores em Reais) - INTO

Modalidade de Aquisição	Realizados	Valor Estimado	Valor Homologado
Inexigibilidade	9	-	R\$ 3.043.124,20
Dispensa de Licitação	6	-	R\$ 2.131.386,58
Pregão	198	R\$ 555.817.599,53	R\$ 374.954.301,49
TOTAL	213	R\$ 555.817.599,53	R\$ 380.128.812,27

Tabela 128 - Processos de Aquisição e de Contratação de Serviços por Modalidade de Aquisição (valores em Reais) – SUPORTE

Modalidade de Aquisição	Realizados	Valor Estimado	Valor Homologado
Pregão	9	R\$ 175.837.270,00	R\$ 81.143.999,06
TOTAL	9	R\$ 175.837.270,00	R\$ 81.143.999,06

Fonte: DISUP/ARDIP

Além de discriminar os processos realizados por modalidade de aquisição, também é mostrado os valores homologados na sistemática ou não de registro de preços, conforme tabela a seguir:

Tabela 129 - Valores Homologados na Modalidade Pregão (em reais)

Exercício	Sem SRP	Com SRP
2009	R\$ 8.592.092,94	R\$ 351.172.160,27
2010	R\$ 10.706.554,89	R\$ 523.736.027,18
2011	R\$ 64.755.339,60	R\$ 391.342.960,95

Fonte: DISUP/ARDIP

Tabela 130 - Participação das Dispensas de Licitação Inciso IV no Total Empenhado nos Exercícios

Exercício	Nº de Processos Realizados	Valor Total Empenhado	Valor Total Empenhado no Exercício	%
2009	1	401,01	123.905.108,73	0,0003
2010	1	61.318,01	125.247.213,90	0,05
2011	0	-	-	-

Fonte: DISUP/ARDIP/AORFI/DIFIN

Fórmula dos indicadores

1. Percentual de Dispensa de Licitação, Inciso IV: Valor empenhado das dispensas de licitação Inciso IV/valor total empenhado (anual) x 100.

Análise Crítica

Como resultados, o Instituto tem conseguido aumentar a participação das licitações na modalidade pregão, e quase todas no Sistema de Registro de Preços – SRP, reduzindo a quantidade de processos licitatórios, e diminuindo consideravelmente as despesas com dispensa de licitação embasada no Inciso IV, e por conseguinte, a redução de falta de materiais nos procedimentos do INTO.

Suprimentos de Fundos - Cartão Corporativo do Governo Federal (CPGF)

Para atender despesas de pequenos vultos com aquisição de material de consumo e serviços de terceiros. As despesas com passagens não são autorizadas, pois a Unidade mantém contrato com companhias áreas.

Procedimentos

Processo Administrativo tem por finalidade anexar todos os documentos relativos ao Cartão Corporativo. Relacionamos abaixo os documentos necessários à execução do serviço:

- Ofício encaminhado ao Banco do Brasil informando o orçamento estimado para atender despesas dentro do exercício;
- Formulário de Centro de Custo (Banco do Brasil), setor de lotação dos supridos;
- Formulário de cadastro dos portadores (Banco do Brasil), para autorização dos ramos de atividades;
- Formulário de Proposta de Concessão de Suprimento de Fundos: Pedido de autorização dos valores nas despesas na 33.90.30 (material de consumo), 33.90.39 (serviço de terceiro) e 33.90.14 (diária pessoal civil);
- Solicitar proposta de concessão de suprimentos de fundos para a autorização de emissão de empenhos;
- Solicitar a liquidação dos empenhos para atender despesas para material de consumo e serviço.

Processo de prestação de conta, individual, para anexo dos documentos referente ao suprido:

Empenhos (emitidos em nome de cada suprido), notas fiscais, planilhas, fatura, memorando de solicitação de pedidos de compra ou pedido, etc.

Para que os pedidos sejam atendidos é necessário que eles sejam autorizados pela Direção.

As despesas são controladas através de formulário, que consta a data da compra ou serviço, número da nota fiscal, razão social da empresa, classificação da despesa (conforme plano de conta da união) e valor das despesas e planilha de controle consolidando a despesa por conta contábil.

Pelo sistema SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira se efetua a emissão de empenhos, liquidação de empenhos SF – Suprimentos de Fundos, cancelamento de SF e cancelamento de empenho e a reclassificação das despesas através de NS – Nota de Lançamento de Sistema.

Pelo Auto Atendimento do Banco do Brasil faz-se os lançamentos e consultas como: impressão da fatura, inserir e cancelar saldos e consultas diversas.

Pelo SIASG – Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais para fazer o detalhamento das despesas adquiridas e pagas através do Cartão de Pagamento do Governo Federal.

Prestação de Contas

A prestação de conta tem um prazo máximo de 90 dias, a partir da data da emissão do empenho.

Arquivamento

Antes do arquivamento dos processos (Administrativos e Prestação de Contas), são necessários que eles sejam analisados, numerados e acostados os volumes.

Informamos que esta UG – Unidade Gestora não está autorizada a realizar saque com cartão de Crédito.

2.4.7.3.3.1. Serviço de Patrimônio – SEPAT

Ao Serviço de Patrimônio compete o gerenciamento físico e contábil dos bens patrimoniais do INTO desde a sua incorporação até a supressão dos respectivos bens por processo de alienação, bom como dos bens móveis destinados ao Projeto Suporte, da

incorporação até a cessão às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, conforme consta da Portaria n°. 401/GM de 16 de março de 2005.

O SERAL promove o registro patrimonial dos bens móveis, mantendo-os atualizados, inclusive com sua localização. Emite e controla os Termos de Responsabilidade – nos quais constam os registros dos responsáveis pelos bens nos diversos setores. Elabora o Relatório Mensal de Bens Móveis (RMB), no qual são registradas, mensalmente, todas as movimentações contábeis na conta “material permanente” de seus respectivos grupos. Elabora inventários periódicos. Processa a baixa dos bens móveis classificados como “inservíveis” de acordo com a documentação competente e em conformidade com a legislação em vigor. Possui o controle efetivo de materiais com necessidade de manutenção, impactando positivamente no controle patrimonial, bem como no atendimento imediato aos diversos setores solicitantes.

Fórmula do Indicador

1. Percentual de solicitação atendida: $(N^{\circ} \text{ de solicitações atendidas} / N^{\circ} \text{ de solicitações recebidas}) * 100$

Análise Crítica

No exercício de 2011 foram adquiridos 6.284 materiais permanentes.

Anualmente é nomeada uma Comissão de Inventário de Patrimônio para realizar mapeamento dos Bens existentes. Sendo que o resultado final é de 100% de acuracidade. No ano de 2011 o serviço recebeu 732 solicitações, das quais 658 foram atendidas, ou seja, 89,89%. Foram adquiridos vários tipos de móveis e equipamentos para suprir às necessidades pertinentes à ocupação do novo prédio.

2.4.7.3.3.2. Serviço De Almoxarifado – SERAL

O serviço de almoxarifado é responsável pelas operações de previsão, aquisição, transporte, recebimento e armazenamento de todo material de consumo necessário ao funcionamento da unidade. Subordinada ao SERAL e devido as suas características específicas a Área de Almoxarifado de Implantes é responsável pelas mesmas operações, porém aplicadas aos materiais de implantes.

Para o acompanhamento gerencial das atribuições, 03 indicadores são utilizados como parâmetro para a tomada de decisão.

1. Índice de monitoramento de abastecimento dos setores

Avalia o abastecimento por meio das solicitações de material de consumo. O abastecimento prioritário ocorre nas unidades assistenciais, de modo que todos os serviços recebam, regularmente, os insumos necessários ao seu pleno funcionamento.

2. Índice de monitoramento do inventário de materiais

Identifica possíveis diferenças entre os estoques físicos e contábeis. Quanto menor for, as diferenças encontradas durante o processo de contagem e recontagem dos materiais, maior a credibilidade do Serviço.

3. Índice de monitoramento do inventário de implantes

Identifica possíveis diferenças entre os estoques físicos e contábeis de implantes, material que centraliza alto valor financeiro.

Tabela 131 - Índice de monitoramento de abastecimento dos setores

Espécies	2009			2010			2011			Meta
	Solicitado	Atendido	%	Solicitado	Atendido	%	Solicitado	Atendido	%	
Material Administrativo	459.066	384.535	84%	375.406	307.012	82%	270.897	210.348	78%	80%
Material Hospitalar	2.211.802	1.953.600	88%	2.640.080	2.152.350	82%	2.442.446	2.165.204	89%	80%
Reabilitação	1.203	710	59%	1.444	586	41%	837	681	81%	80%
Serviço Social	9.598	6.614	69%	12.063	6.557	54%	9.769	5.957	61%	80%

Tabela 132 - Índice de monitoramento do inventário anual

Ano	Meta	Índice Anual (%)
2009		98,5
2010	95%	96,5
2011		98,5

Para avaliar o índice de monitoramento do inventário de implantes, os produtos foram listados dentro da lógica da curva ABC conforme descrito a seguir:

Tabela 133 - Avaliação da Curva ABC

CURVA ABC	Não poderá haver diferença entre o estoque real e o contábil
Produtos da Curva A	Não poderá haver diferença entre o estoque real e o contábil 100% de acerto
Produtos da Curva B	A diferença não poderá ser superior a 1% 99% de acerto
Produtos da Curva C	A diferença não poderá ser superior a 2% 98% de acerto

Tabela 134 - Índice de monitoramento do inventário em conformidade de Implantes

Curva ABC	Meta	Índice Anual (%)		
		2009	2010	2011
Curva A	100%	100,00	100,00	100,00
Curva B	99%	99,73	99,10	99,06
Curva C	98%	98,00	98,00	98,18

Fórmula dos indicadores

1. Índice de monitoramento de abastecimento dos setores: $(N^{\circ} \text{ itens atendidos por espécie} / N^{\circ} \text{ de itens solicitados por espécie}) * 100$
2. Índice de monitoramento do inventário de materiais: $(N^{\circ} \text{ de itens dentro do padrão} / N^{\circ} \text{ de itens contados}) * 100$
3. Índice de monitoramento do inventário de implantes: $(N^{\circ} \text{ de itens dentro do padrão da curva} / N^{\circ} \text{ de itens contados da curva}) * 100$

Análise Crítica

Novos relatórios foram implantados com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento do estoque e ajustar pontos de reposição de suprimento. O indicador “Índice de monitoramento de abastecimento dos setores” adotado até 2010 sofreu alterações, e a partir de 2011 passou a avaliar as solicitações de material por espécie de produtos e não por grade de solicitação, permitindo identificá-los no relatório de atendimento e avaliar os itens que não

foram atendidos. Outra inovação foi o controle de saída de material de curativo por paciente, para acompanhamento do consumo individual. Os relatórios propiciam agilidade na administração e controle de estoque de materiais, a saber: verificação do estoque mínimo, médio e máximo, do ponto de reposição, do prazo de validade e movimentação. Este controle é integrado ao módulo de Gestão Orçamentária e Financeira e ao módulo de Compras e Licitações, utiliza o conceito de Centros de Custo e atualiza automaticamente a cada apropriação, com base no preço de cada item de estoque. Esta tecnologia de monitoramento permite: a administração de mais de um almoxarifado; o gerenciamento integrado dos estoques nos diversos almoxarifados; a codificação por tipo de material, código de classe, de grupo, subgrupo e item; o processamento das requisições de material com baixa automática no estoque e a restrição de requisições de determinados tipos de materiais, conforme perfil do requisitante.

Além destes controles há a possibilidade de controle de materiais para consumo imediato e de localização física do recurso em estoque, informação do ponto de ressuprimento (mínimo, médio, máximo) de estoque que desencadeia o processo de aquisição. Outras possibilidades são: verificação da fase em que se encontra o processo de aquisição de material, por meio da integração com o processo compras e licitações; registro do recebimento parcial ou total dos materiais relativos a uma requisição de compra, efetuando o atendimento daquelas com materiais pendentes; consulta do movimento analítico por material; registro da liquidação do empenho e a contabilização das entradas, saídas, devoluções e transferências de material, no módulo de gestão orçamentária e financeira. Também são emitidos relatórios: de localização física dos materiais, nos almoxarifados, para conferência do estoque; demonstrativos dos materiais sem movimentação por um determinado período, ou com prazo de validade vencido; demonstrativo do volume de consumo mensal, estoque existente e materiais a receber.

Medidas Implantadas

Adequação do Almoxarifado as novas instalações do INTO, com ganhos na logística interna de armazenamento facilitando a armazenagem, a localização e a dispensação dos materiais.

Metas e ações para 2012.

- Melhorar os valores dos indicadores;
- Implantação de sistema de dispensação de insumos através de armários automatizados.

2.4.7.3.4. DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS – DIRHU

Esta divisão centraliza o atendimento de Recursos Humanos e direciona os solicitantes para nossas áreas internas, bem como, faz a entrega e protocolo de todo expediente de Recursos Humanos. Com o aumento do quantitativo da força de trabalho, houve o crescimento imediato do número de atendimentos prestados e das demandas internas.

Devido à chegada do quantitativo de 72 novos servidores, foi dado continuidade ao programa de Acolhimento dos novos servidores com apresentação da estrutura organizacional e das novas instalações assim como a distribuição da Cartilha de Recepção de Funcionários.

2.4.7.3.4.1. ÁREA DE CADASTRO - ARCAD

A ARCAD planeja, coordena, orienta e supervisiona todas as ações pertinentes à vida cadastral da força de trabalho do INTO; controla toda movimentação de pessoal, como: admissões, cessões, aposentadorias, remoções, exonerações, vacâncias, licenças, férias, etc., utilizando diversos sistemas de controle, tais como: SIAPE, SIAPEcad, SIAPenet, SGRH, SISAC, SIARH, INDWEB, FORWEB e planilhas próprias.

Tabela 135 - Procedimentos realizados pela ARCAD

Procedimentos	2009	2010	2011
Programação de férias (servidores MS)	1.600	2.156	2.968
Emissão de crachás 1ª via – novo Into- servidores	160	507	2.436
Progressão/promoção funcional	1.649	778	2.142
Atualização dos Dados na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)	-	-	2.120
Emissão de crachás – novo Into - pacientes/ acompanhantes	143	1.158	1.394
Informações cadastrais	478	1.000	574
Cadastramento de e-mail	168	1.012	487
Confecção de carteiras funcionais	-	537	482
Lançamentos de ocorrências de viagem	327	55	461
Atualização de funcionários no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES	213	211	457
Recadastramento de aposentados	261	238	264
Atualização do cadastro de dependentes	13	151	264
Atualização de titulares e dependentes no plano de saúde suplementar	529	487	205
GEAP – Autorização de pré-inscrição	126	249	201
Concessão do adicional de Insalubridade	80	730	180
Contagem de tempo de serviço	101	123	157
GEAP – Cancelamento de plano	119	218	136
Programação de férias (CDT)	-	-	134
Alteração de endereço	54	63	115
Implantação de auxílio pré-escolar	67	223	112
Declaração de Vínculo	-	-	109
Implantação de auxílio natalidade	47	58	96
Declaração de Carga Horária	-	-	96
Matéria de publicação de Acidentes de Trabalho	56	101	94
Homologação de estágio probatório	-	153	77
Admissões de servidores efetivos	261	903	72
Alteração de estado civil	-	-	61
Admissões de contrato (CDT) (NERJ E INTO)	-	-	58
SISAC – Desligamento servidores	7	39	33
Declaração para Concurso	-	-	32
Averbação de tempo insalubre	51	51	31
Remoções – entrada	7	9	26
Exoneração	7	37	26
Concessão de aposentadoria voluntária	20	11	22
Recadastramento de pensionistas	17	19	21
Redução de carga horária	3	9	19
Rescisões de contrato (CDT) (NERJ E INTO)	12	-	18
SISAC – Admissão CDT	8	-	17
Concessão de aposentadoria por invalidez	1	3	14
Remoções – saída	11	11	12
Concessão do adicional de Raio-X	6	8	12
SISAC – aposentadoria	29	7	12
Implantação de abono de permanência	19	12	11
Vacância	-	7	11
Declaração onde conste não responder a processo administrativo	-	-	7
GEAP – Alteração de plano	35	9	7
SISAC – Desligamento CDT	3	1	7
Reversão de situação funcional por falecimento	2	4	5

Continua...

... continuação

Procedimentos	2009	2010	2011
Cessão (concedidas)	4	5	5
Certidão de Tempo de Serviço	-	-	5
Designação de dependentes para fins de pensão	5	4	5
Licença Prêmio	40	12	4
CAPESESP – Autorização de pré-inscrição	25	11	4
SISAC - concessão de pensão	1	8	4
Retorno de Cedidos	-	-	3
Afastamento do país	4	5	3
Concessão de pensão	1	8	3
CAPESESP – Cancelamento de plano	-	-	3
Lançamento Sistema de Avaliação de Registro de Atos de Admissão e concessões – SISAC servidores	133	944	3
Licença Adotante	-	-	2
Isenção de Imposto de Renda	-	-	2
Licença para acompanhar cônjuge	-	1	1
Licença para trato de interesse particular	5	3	1
Revisão de aposentadoria	3	1	-
Revisão de pensão	1	-	-
Atualização de fundamento legal de abono de permanência	-	-	-
Extensão de carga horária (todos negados)	5	-	-
Términos de contrato (CDT) (NERJ E INTO)	41	52	-
Concessão de horário especial	-	1	-
SISAC – alteração de fundamento de aposentadoria	2	-	-

Gráfico 11 - Turn-over

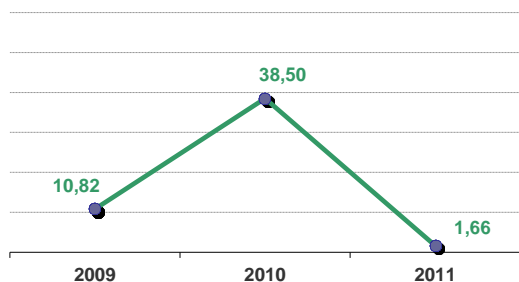


Gráfico 12 - Absenteísmo na área de enfermagem

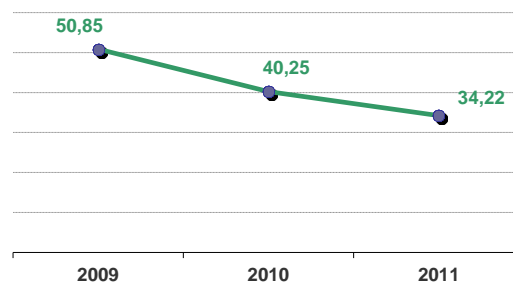


Gráfico 13 - Movimentação de pessoal - Admissão

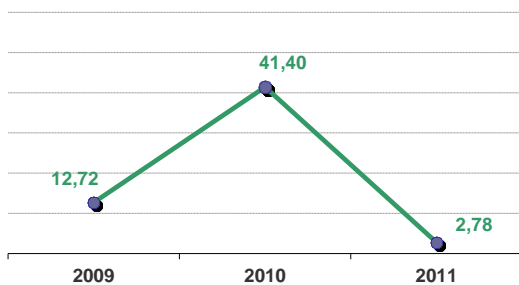


Gráfico 14 - Movimentação de pessoal - Exoneração

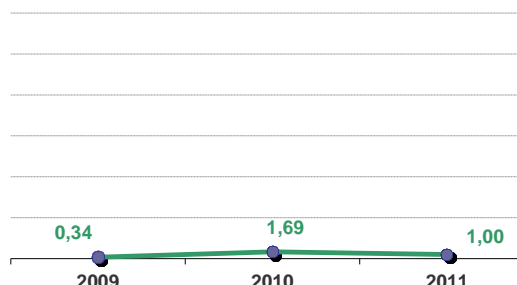
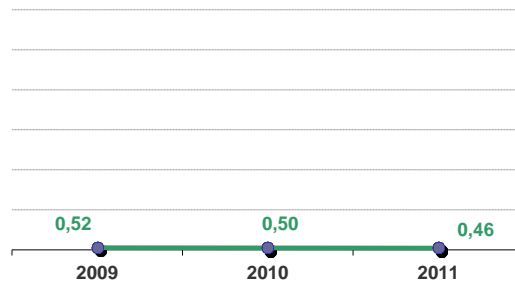


Gráfico 15 - Movimentação de pessoal – Remoção



Fórmula dos indicadores

1. Turn Over: $(N^{\circ} \text{ de admissão} - \text{Saídas (demissão} + \text{exoneração} + \text{remoção} + \text{aposentadoria)}) / N^{\circ} \text{ de servidores do INTO} * 100$
2. Absenteísmo dos Servidores da Enfermagem: $(N^{\circ} \text{ de faltas sem justificativa dos servidores da enfermagem} / \text{Servidores da enfermagem do INTO}) * 100$
3. Admissão: $(N^{\circ} \text{ de funcionários admitidos} / N^{\circ} \text{ de servidores do INTO}) * 100$
4. Exoneração: $(N^{\circ} \text{ de funcionários exonerados} / N^{\circ} \text{ de servidores do INTO}) * 100$
5. Remoção: $(N^{\circ} \text{ de funcionários removidos} / N^{\circ} \text{ de servidores do INTO}) * 100$

Medidas implantadas em 2011

- Revisão dos assentamentos funcionais e arquivamento de todos os documentos pendentes, rotina que após a mudança para a nova sede está sendo realizada pela área de arquivo;
- Organização dos arquivos

Metas estabelecidas para 2012

- Reduzir o número de planilhas atualmente utilizados, com a implantação de novos sistemas, visando a otimização dos índices de controle.
- Alterar algumas rotinas com a finalidade de eliminar o volume de impressão de formulários.

2.4.7.3.4.2. ÁREA DE PAGAMENTO - ARPAG

Atua na Divisão de Recursos Humanos e é responsável por executar, segundo os preceitos legais, atividades relativas ao preparo do pagamento de vencimentos, remunerações e vantagens dos servidores ativos, inativos, pensionistas, médicos residentes, contratos temporários, estagiários e DAS, inclusive de quadro extra, assim como é responsável pela implantação de novos servidores e inclusão de funções gratificadas. Também supervisiona os recolhimentos previstos em lei, faz o controle das consignações obrigatórias e facultativas e a organização e manutenção de registros financeiros individuais.

Destaca-se toda a movimentação em torno da mudança para a nova sede. Foi necessário rever todas as rotinas com a finalidade de reduzir o volume de papel produzido e arquivado facilitando a mudança e adequando ao novo espaço de trabalho que foi ocupado. Os documentos que não eram mais necessários foram descartados, obedecendo aos preceitos legais.

Tabela 136 - Percentual de Solicitações à ARPAG

Tipo de Solicitação	%
Alteração de Conta Corrente	29,93
Auxílio Transporte	25,37
Ressarcimento de Plano de Saúde	15,2
Adicional Noturno	7,4
Auxílio Alimentação	3,5
Declaração para aquisição de imóvel	3,19
APH	2,75
Declaração de Desconto para o PSS	2,18
Outros	10,48

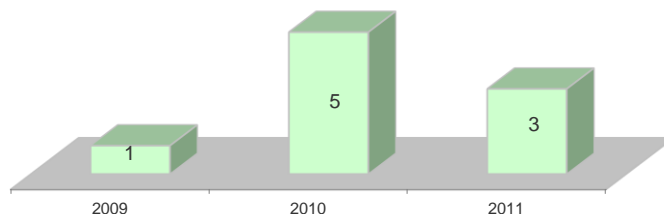
Tabela 137 - Movimentação das principais rubricas

Procedimento	Ano			Variação % (2010-11)
	2009	2010	2011	
Pagamentos de Contratos Temporários	162.228,53	295.430,66	1.830.223,69	519,51
Pagamento de APH	-	629.999,28	3.684.953,06	484,91
Pagamento de Ressarcimento de Assistência Médica	1.300,00	1.303.114,48	3.077.672,36	136,18
Pagamento de adicional noturno	404.993,86	576.967,39	1.000.741,55	73,45
Pagamentos de Insalubridade	1.059.528,36	1.910.279,20	3.047.355,29	59,52
Pagamento de auxílio-natalidade	22.329,80	30.470,48	44.577,89	46,30
Descontos de Reposição ao Erário	25.540,03	10.793,70	14.493,25	34,28
Pagamentos de Residentes	708.000,51	753.675,90	925.446,50	22,79
Despesa de abono de permanência	333.580,94	404.432,49	494.370,76	22,24
Pagamentos de Inativos	10.312.270,55	12.062.611,35	14.628.869,14	21,27
Pagamento Pré-escolar	203.462,90	380.755,75	448.243,75	17,72
Pagamento de auxílio-transporte	1.413.114,17	3.293.199,26	3.844.234,54	16,73
Pagamento de auxílio alimentação	1.651.900,13	6.866.248,10	7.618.631,04	10,96
Pagamentos Gratificação de raios-X	221.009,23	254.632,99	275.148,08	8,06
Pagamentos FG	5.571,75	5.978,64	6.153,02	2,92
Pagamentos DAS	476.475,71	458.080,22	464.817,20	1,47
Pagamentos Função Comissionada Técnica	596.411,01	627.890,51	629.952,51	0,33
Descontos de faltas e atrasos não justificados	75.519,75	124.948,47	100.662,70	-19,44
Pagamento de Auxílio Funeral	3.429,39	24.273,76	12.034,88	-50,42

Tabela 138 - Custo médio (em Reais) por Servidor

Mês	2010	2011	Variação %
Janeiro	2.595,3	3.056,1	17,75
Fevereiro	2.574,4	3.115,6	21,02
Março	2.639,2	3.103,9	17,61
Abril	2.384,9	3.116,2	30,66
Mai	2.414,6	3.056,6	26,59
Junho	3.568,5	4.474,9	25,40
Julho	2.932,7	5.231,0	78,37
Agosto	3.452,3	3.642,9	5,52
Setembro	3.459,4	3.773,6	9,08
Outubro	3.509,6	3.574,2	1,84
Novembro	6.305,9	7.062,5	12,00
Dezembro	4.254,9	3.876,6	-8,89

Gráfico 16 - Reposições ao erário



Fórmula dos indicadores

1. Custo médio por servidores: $\text{Gastos com pagamentos de servidores} / \text{N}^\circ \text{ de servidores}$
Não são consideradas as parcelas variáveis, tais como adicionais noturnos e de plantão hospitalar.

Análise Crítica

A maioria das variações é justificada pelo grande aumento do número de servidores ativos em nossa Instituição. De aproximadamente 1.000 servidores em 2009 a Instituição possui em seu quadro um valor próximo de 2.500 em 2011. Isto explica a variação no auxílio transporte, descontos de faltas, pagamentos de pré-escolar, auxílio natalidade, insalubridade e adicional noturno, além disso, foi paga a última parcela do reajuste concedido em 2008, o que proporcionou ganhos em torno de 50% na remuneração dos servidores no último triênio.

No caso dos pagamentos de contratos temporários não houve reajuste de remuneração, mas sim, um aumento do número de servidores contratados temporariamente em virtude da crescente demanda por pessoal após a inauguração da nova sede. Ao final de 2011 foram contabilizados 87 servidores temporários.

O Adicional de Plantão Hospitalar não era pago em 2009 foi iniciado em setembro de 2010, apenas em 2011, o benefício foi pago durante os doze meses. Implantado em dezembro de 2009, ressarcimento de assistência médica tinha pouco mais de 10 beneficiários. Em 2010 já eram 700 e em 2011 aproximadamente 1000.

O aumento no custo médio por servidores ao longo de 2011 se devem os aumentos concedidos pelo governo. Na folha de pagamento de Junho/11 foram pagos retroativos do aumento da GDPST referentes à Janeiro do mesmo ano. Vale ressaltar que nos meses de Junho e Novembro são pagas as parcelas da gratificação natalina.

As reposições ocorrem, em regra, quando o servidor recebe valores indevidamente. A redução significativa nesta ocorrência, mesmo com o incremento de pessoal, é resultado de grandes esforços por uma área de pagamento mais eficiente.

2.4.7.3.4.3. ÁREA DE DESENVOLVIMENTO - ARDES

É uma área voltada para capacitação do servidor, aprimoramento e inovação dos processos de trabalho e assimilação de novas linguagens e tecnologias. Além do desenvolvimento dos servidores visando à melhoria dos serviços prestados, atua também em projetos para melhoria da qualidade de vida e do ambiente de trabalho.

Tabela 139 - Verba orçamentária do Programa Anual de Capacitação

Produto	2009	2010	2011
Verba Orçamentária Recebida	R\$ 342.602,00	R\$ 370.584,00	R\$ 500.001,00
Verba Orçamentária Utilizada	R\$ 340.405,09	R\$ 335.444,00	R\$ 160.146,60

Obs.: Não inclui os valores de passagens e diárias.

Tabela 140 – Indicadores de Capacitação dos Servidores

Produto	2009	2010	2011
Horas de treinamento	1.385	5.696	8.456
Média de horas por participante	63	20	27
Nº de Contemplados	182	284	36

Tabela 141 - Dados gerais da pesquisa de satisfação realizada pela ARDES

Ano	Força de trabalho (todos os vínculos)	Formulários respondidos	%
2011	3.040	389	12,79%

Programa anual de capacitação – PAC

O PAC possui grande relevância em função de promover o desenvolvimento, qualificação e o aperfeiçoamento da força de trabalho do INTO, contribuindo também, para a ampliação da capacidade de utilização de técnicas de planejamento, orçamento e gestão, desenvolvendo habilidades com vistas à melhoria da gestão pública e ao alcance dos objetivos voltados para a eficiente, eficaz e efetiva atuação no atendimento à missão da Instituição Pública. Informações complementares do Programa constam no item 18.2.

Programa de estágio

O INTO atualmente possui convênio com a Secretaria Estadual de Educação para estágio de nível médio e com a Universidade Estácio de Sá para estágio de nível superior.

Treinamentos

1. **Ambientação** - realizada com o apoio dos profissionais participantes do Grupo de Transição, voltada para os profissionais atuantes no ambulatório e reabilitação (primeiras áreas a atuarem no Novo INTO) abordando os novos procedimentos de atenção aos pacientes seguida de visita guiada pelas instalações da Unidade.
2. **Acompanhamento de curso** – Inscrição e acompanhamento de profissionais do INTO no curso “*Comunicação de Notícias Difíceis*” que faz parte do projeto “*Atenção ao Vínculo e Qualificação da Comunicação em Situações Difíceis do Tratamento Oncológico*”, viabilizado pelo Ministério da Saúde com recursos das contribuições sociais do Hospital Albert Einstein. A iniciativa tem o apoio da Política Nacional de Humanização, é uma parceria entre o INCA e o Einstein e envolve a participação de equipes profissionais da rede hospitalar de oncologia do SUS. Um total de 22 profissionais do INTO foram capacitados no projeto e há propostas para que o conhecimento e experiência adquiridos neste curso sejam multiplicados na Instituição.

Avaliação de desempenho profissional

O processo de implantação do 1º ciclo foi realizado com sucesso, houve empenho e comprometimento de todos os envolvidos. Como estratégia de divulgação das novas regras de avaliação e visando o apoio às equipes de trabalho, foram realizadas pela ARDES 49 apresentações inclusive para os Colegiados de Gestão (Diretor, Assistencial e Administrativo).

Acolhimento dos novos profissionais

A área realizou um acolhimento para os profissionais de nutrição, limpeza e segurança antes do início das atividades no INTO. O evento abordou temas como o organograma da instituição e as principais informações sobre recursos humanos. Para os novos servidores assuntos como: pagamento, cadastro, estágio probatório, avaliação de desempenho e saúde ocupacional, práticas de gestão do cuidado; trabalho com os Centros de Atendimento Especializados e certificações de qualidade.

Análise Crítica

É necessário registrar que o INTO encaminhou todos os processos de capacitação com a verba do PAC 2011 para a Consultoria Jurídica da União (CJU) do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, devido a demora na análise e tramitação dos processos, incorreu, por diversas vezes, na perda do prazo para inscrição do servidor no curso, falta de normatização na análise dos processos pelos pareceristas; como consequência, tivemos processos idênticos, como diferentes análises. Em função dessa dificuldade na aprovação dos processos, o INTO deixou de realizar cursos exigidos pelo processo de Acreditação Hospitalar, podendo acarretar na dificuldade em alcançar a recertificação.

2.4.7.3.4.4. ÁREA DE SAÚDE OCUPACIONAL - ARSAO

Tem como finalidade promover e preservar a saúde de todos os trabalhadores do Into, tendo por base as informações colhidas nos Exames de Saúde, admissionais e periódicos, e mediante a articulação entre as atividades específicas de Perícia em Saúde, Vigilância em Saúde e Trabalho e Promoção e Atenção à Saúde de forma contínua e integrada, norteadas pelas legislações vigentes. Constam como suas principais atividades: Perícia em Saúde, Vigilância em Saúde e Trabalho, e Promoção à Saúde.

PERÍCIA EM SAÚDE

Segundo o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, a perícia em Saúde integra um conjunto de iniciativas que compõem a **Política de Atenção à Saúde do Servidor**, cujo objetivo é promover saúde.

Tabela 142 - Produção da perícia em saúde

Produção da perícia	2011
Atestados médicos recebidos para licença de curta duração, incluídos no sistema da saúde ocupacional (contem o CID ou o motivo do afastamento)	358
Atendimentos periciais para homologação de atestados para licença de curta duração (não possui o CID ou o motivo do afastamento)	318
Atendimentos periciais (excluindo curta duração)	1.054
Atendimentos periciais de contratados temporários (excluindo curta duração)	11
Atendimentos periciais de servidoras e contratadas temporárias - licença gestante	106
Número de Atendimentos de servidores do INTO na Unidade SIASS do Rio de Janeiro	68

Análise Crítica

Dos 676 atestados médicos entregues na ARSAO, 53% possuíam a informação do motivo do afastamento. Estes, após avaliação dos médicos peritos, tiveram seus dados lançados diretamente no Sistema de Saúde Ocupacional e no sistema operacional do SIASS.

Os médicos da área realizaram 318 avaliações periciais de licenças de curta duração para cumprir o Decreto nº 7003/2009, uma vez que nos atestados (47%) não constavam os motivos dos afastamentos dos servidores.

No ano de 2011 foram atendidas 86 gestantes na ARSAO que requereram a licença gestante.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E TRABALHO

A equipe da ARSAO composta por assistentes sociais, enfermeiros do trabalho, médicos e psicóloga discutiu e elaborou o Projeto para implantação do Programa de Vigilância em Saúde e Trabalho, que tem como objetivo a avaliação das condições e processos de trabalho, segurança dos trabalhadores e prevenção de acidentes. Este projeto foi encaminhado à DIRHU e aprovado pela Direção Geral.

Tabela 143 - Exames de saúde realizados pela ARSAO

Atendimentos de exames de saúde	2011
Admissionais (investidura em cargo público e contratados temporários)	137
Admissionais residentes e estagiários	21
Término de contrato temporário	16
Periódicos de saúde	103
Total	277

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 17 - Adesão aos exames periódicos dos servidores expostos à radiação ionizante

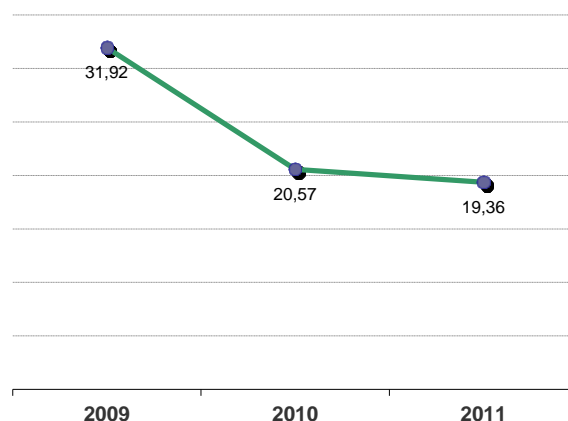


Tabela 144 - Alterações clínicas e laboratoriais encontradas nos exames periódicos

Alteração clínica e laboratorial	2011
Anti-HBS - Não Reator	53
Sobrepeso - Obesidade	24
Hipertensão	07
Diabetes	05
Glicose	03
Outros	04
Total	96

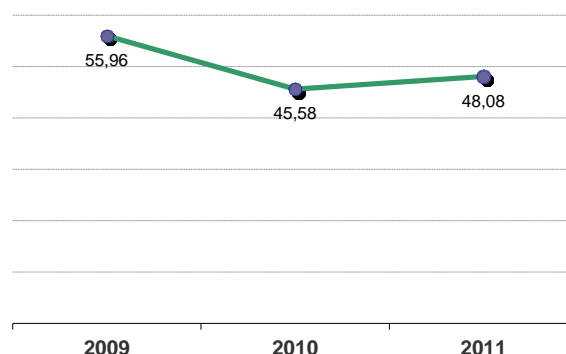
a. Triglicerídeos, Tireoide, Hemograma (série branca) e Colesterol.

Tabela 145 - Avaliação ambiental da ARSAO

Avaliação	2011
Laudos técnicos dos ambientes de trabalho	03
Elaboração de Pareceres de Insalubridade INTO respondidos nos Questionários de Avaliação de Riscos Ocupacionais	48
Elaboração de Pareceres de Insalubridade Contrato Temporário/INTO respondidos nos Questionários de Avaliação de Riscos Ocupacionais	31
Elaboração de Pareceres de Gratificação de RX/Contrato INTO respondidos nos Questionários de Avaliação de Riscos Ocupacionais	08
Elaboração de Pareceres de Insalubridade respondidos nos Questionários de Avaliação de Riscos Ocupacionais e encaminhado Laudo Técnico	06
Resposta à solicitação do Ministério Público Federal quanto à concessão da Gratificação de RX aos servidores do Centro Cirúrgico	03
Elaboração de Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP)	01

Tabela 146 - Percentual de acidente de trabalho por tipo

Acidentes de Trabalho	2009		2010		2011	
	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%
Típico	26	23,9	54	36,7	46	29,5
Trajetos	22	20,2	26	17,7	35	22,4
Material biológico perfuro-cortante	61	56,0	67	45,6	75	48,1
Total	109	100	147	100	156	100

Gráfico 18 - Acidente de trabalho com material biológico

Fórmula dos indicadores

1. Adesão aos exames periódicos: $(\text{Exames realizados} / \text{Servidores convocados}) * 100$
2. Percentual de acidentes de trabalho por tipo: $(\text{N}^\circ \text{ de acidentes por tipo} / \text{N}^\circ \text{ de acidentes}) * 100$

Análise Crítica

Apesar da convocação dos servidores expostos à radiação ionizante, compareceram somente 19,4% do total de servidores convocados. Comparado com o ano de 2010, que 20,6% compareceram ao exame periódico, houve uma redução de 1,21% da adesão. Dos exames realizados foram identificadas 96 alterações clínicas, os servidores que apresentaram Anti HBs não reativos em seus exames (55,2%) foram orientados e encaminhados para imunização com a vacina anti-hepatite B na rede pública.

Devido à mudança para a nova sede do INTO houve redução dos laudos emitidos em 2011.

O aumento do percentual de acidentes de trabalho registrados a partir de 2010 pode estar relacionada à maior divulgação junto à força de trabalho quanto à necessidade de

registrar e acompanhar os acidentes ocorridos. Do total de acidentes de trabalho, 48,1% são de alto risco por contaminação com material biológico e 20,5% geraram afastamentos das atividades laborativas, sendo todos devido aos acidentes típico e de trajeto. A implantação da nova rotina de acidentes e a integração dos diversos setores envolvidos neste processo tais como a AINFH, AENFE, UPATO, UFARM, ARMIN tem nos permitido um melhor controle e acompanhamento dos acidentes ocorridos.

Semana de Prevenção de Acidentes

O evento, realizado em agosto, abordou o tema sobre as Principais Causas de Acidentes de Trabalho e a Acidentes com Material Biológico. Durante a semana foram exibidos vídeos educativos na entrada principal do INTO, foram expostos os Equipamentos de Proteção Individual, para sensibilizar a força de trabalho quanto à importância e obrigatoriedade da utilização dos mesmos, foram realizadas visitas em diversos setores do hospital e foi divulgado “o fluxo de acidentes com material biológico”. A ADESAL realizou atividades nos setores administrativos demonstrando a postura mais adequada para se evitar lesões corporais quando se executam tarefas de rotina, como lavar louça, fazer compras, carregar peso, dentre outras. A AENFE, por meio da educação continuada, ofereceu treinamento em BLS voltado para as categorias não assistenciais. Durante o evento foram treinados 532 colaboradores.

Campanha de Vacinação Anti-influenza – H1N1

A 10ª Campanha, voltada para a força de trabalho com idade maior ou igual a 60 anos, e área assistencial foi realizada em abril e maio e teve como objetivo chamar mais atenção dos trabalhadores sobre a importância da prevenção de doenças infectocontagiosas, passíveis de controle por meio da imunização. Durante este período, dedicamos os dias 23, 24 e 25 de abril para vacinar os profissionais de saúde do plantão noturno lotados nas enfermarias, CMATE, CTI, UTRAN, ARNUT e ASEPA (vigilantes), dentre outros.

Tabela 147 - Campanha de vacinação Anti-Influenza

2009		2010		2011	
Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
514	26,2	164	5,7	1.063	32,5

Fórmula do indicador

1. Percentual de vacinação da força de trabalho: $(\text{N}^\circ \text{ de trabalhadores vacinados} / \text{N}^\circ \text{ de trabalhadores do INTO}) * 100$

Análise Crítica

Este ano a procura foi considerada significativa, foram vacinados 1.063 trabalhadores - 32,5% da força de trabalho, correspondendo a 91,64% das 1.160 doses de vacinas disponibilizadas. Resultado acima do esperado comparado aos anos anteriores.

O aumento da cobertura vacinal se deve ao fato da campanha de vacinação ter sido concomitante ao da Campanha Nacional.

Acompanhamento da saúde do servidor/funcionário

Equipe formada por médico do trabalho, perito, enfermeiro do trabalho, psicólogo, assistente social, e assessorada pelo médico psiquiatra da ARMEN, que estudaram e discutiram casos de funcionários e/ou servidores acolhidos na ARSAO.

PROMOÇÃO À SAÚDE

A proposta deste programa é implementar as ações de promoção e atenção à saúde do trabalhador no INTO

Intofolia: saúde e alegria

O Bloco do Osso (antigo bloco de carnaval do Into) desenvolveu uma campanha de prevenção para as doenças sexualmente transmissíveis, em especial a HIV/AIDS e o uso abusivo de álcool e drogas. Foram realizadas ações educativas voltadas para a força de trabalho e também exposição de fotos e materiais que relembrou a época da ocorrência do bloco, além da distribuição de preservativos e materiais educativos.

Grupo vida saudável

O grupo realizou apenas 10 encontros ao longo do ano devido às interrupções necessárias de mudança para a nova sede. Foram beneficiados trabalhadores do INTO com diagnósticos de hipertensão arterial e dislipidemia ou aqueles que já se encontram nestes grupos. Como forma de contemplar o número de participantes, respeitando sua dinâmica de trabalho e tempo disponível, foram formados 2 grupos em dias distintos.

Acolhimento de trabalhadoras gestantes

Com objetivo de acompanhar as gestantes e colaborar para uma melhor qualidade do processo de trabalho. O programa foi divulgado na intranet e e-mail institucional. No acolhimento é realizada uma entrevista com a assistente social, enfermeiro e psicólogo, a fim de identificar se as condições de vida atuais da trabalhadora são propícias para uma gestação segura e sadia, além de orientações com relação a benefícios, direitos e dicas para atividades físicas e cuidados com o bebê. Foram acolhidas 19 gestantes.

Outras atividades desenvolvidas

Embora os servidores tenham o direito de receber subsídio governamental para cobertura dos planos de saúde suplementar, a ARSAO ainda presta atendimento de baixa complexidade e a Coordenação da Unidade Hospitalar, os casos de urgência e emergência.

Tabela 148 - Atendimento de baixa complexidade realizado pela ARSAO

Ano	2009	2010	2011
Atendimentos	409	600	576

Análise Crítica

Dos 576 funcionários que compareceram a ARSAO para realizar atendimento de baixa complexidade, 142 foram dispensados e encaminhados para atendimento ambulatorial em unidade pública e/ou privada e/ou fornecida a declaração de comparecimento ou atestado médico, 37 foram encaminhados para atendimento na sala de curativo/curta permanência na antiga sede e na área de acolhimento no novo INTO, 55 foram orientados e encaminhados para atendimento especializado na rede pública e/ou privada. O principal motivo de atendimento de baixa complexidade foi o controle de pressão arterial (32,8%) dos funcionários.

Em outubro de 2010, iniciou-se o atendimento por nutricionistas aos funcionários na ARSAO, porém foi suspenso no mês de julho de 2011, por conta do processo de mudança para a nova sede. A partir disto, o atendimento passou a ser realizado no ambulatório da ARNUT nas novas dependências da instituição.

Medidas implantadas

- Controle de Comunicantes de caso índice de tuberculose no ambiente de trabalho.
- Monitoramento dos funcionários em atividades de risco para a hepatite B, quando da defesa imunológica (Anti-Hbs) dos servidores com resposta insuficiente, a partir dos resultados dos marcadores de hepatites, solicitados no exame admissional e nos casos de acidentes biológicos.
- Levantamento dos dados disponíveis nas cópias das carteiras de vacinação e nos resultados dos exames de hepatites (anti-Hbs e anti-HCV) que constam nos assentamentos médicos sobre a situação vacinal dos servidores do INTO.
- Inspeção nos ambientes de trabalho.
- Identificação de alergia a luvas cirúrgicas detectadas em funcionários do Centro Cirúrgico com avaliação médica das lesões e convocação para acompanhamento, visando promover a substituição de luvas.
- Detecção de Alterações nos exames médicos e laboratoriais obrigatórios (exposição à radiação ionizante) com proposta de acompanhamento.
- Capacitação dos profissionais nas ações de Promoção, Vigilância e Perícia à Saúde;
- Realização de treinamentos periódicos em serviço realizado pela equipe da ARSAO, com a finalidade de divulgar o fluxo de acidentes com material biológico desde o acolhimento feito pela nossa equipe de vigilância, incluindo a coleta de exames, entrega de resultados e atendimento pelo médico plantonista, bem como o seguimento realizado pelo médico do trabalho.

Metas e ações para 2012

- Promover em conjunto com a ARDES, o Curso Básico de Radioproteção que deverá ser realizado por médicos radiologistas da instituição. Seu certificado será válido como pré-requisito para concessão do adicional de irradiação ionizante.
- Realizar ações educativas voltadas para funcionárias gestantes, com acompanhamento pela equipe multidisciplinar em grupo de acolhimento, visando uma gravidez saudável e evitando exposição aos riscos no ambiente de trabalho.
- Preparar uma cartilha sobre os direitos da servidora gestante e a realização de contatos com instituições de saúde para disponibilizar materiais sobre saúde da mulher e da criança com ênfase na gestação e no 1º ano do bebê.
- Implantar um projeto piloto para adoção de hábitos saudáveis, incentivar a adoção de comportamentos saudáveis na vida diária do trabalhador, com atividades que incentivem a perda de peso corpóreo/emagrecimento e/ou a sua manutenção.
- Capacitar os servidores da ARSAO para uso dos Sistema do SIASS para Perícias em Saúde e Exames Periódicos.
- Realizar a 2ª Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho.
- Avaliar e emitir laudos dos ambientes de trabalho da nova sede do Instituto.
- Implantar o Programa de Combate ao Tabagismo conforme preconizado pelo Ministério da Saúde capacitando 02 Assistentes Sociais, 01 Enfermeiro do Trabalho e 02 Auxiliares de Enfermagem.
- Realizar a busca ativa dos trabalhadores com hipertensão arterial, que foram atendidos pela ARSAO, e convidá-los a participar do Grupo Vida Saudável.

2.4.7.3.4.5. ÁREA DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE LABORAL - ADESAL

Tem como objetivo o desenvolvimento de ações, com observações a respeito do processo de trabalho, visando à promoção e a prevenção aos agravos relacionados da atividade de trabalho.

Tabela 149 - Atividades desenvolvidas pela ADESAL

Serviços realizados	2010	2011
Cinesioterapia descompensatória do trabalho	8.999	8.118
Correção motora postural	550	273
Atendimento no ambulatório do trabalhador	1.026	1.017
Espaço saúde (academia)	5.950	2.146
Eventos voltados para a saúde do trabalhador	2	1
Dinâmica CDT temáticas	2	3
Programa de preparação para aposentadoria (apresentação e reunião)	-	2
Notícias (entrevistas por áudio e reportagem escrita)	-	11

Fonte: Elaboração própria

Cinesioterapia descompensatória do trabalho - CDT

A CDT é uma atividade de intervenção utilizada pelos profissionais dessa área com cunho preventivo e curativo para os processos patológicos relacionados ao trabalho.

Correção motora postural - CMP

Realizado uma vez por semana por fisioterapeutas, com grupo de no máximo 10 participantes consiste na sensibilização para consciência da postura corporal através da integração organizada dos músculos em cadeias musculares, com exercícios conscientes, íntegros e controlados.

Ambulatório do trabalhador - AT

É a vigilância por meio do acompanhamento do atendimento aos funcionários, relacionando sua sintomatologia com as atividades de trabalho, com o objetivo de minimizar as doenças relacionadas ao trabalho.

Espaço saúde – Academia

Tem como objetivo melhorar o condicionamento físico, prevenir e controlar dislipidemias, diabetes e hipertensão, combater o sedentarismo, o tabagismo, melhorar a autoestima e motivar os profissionais (uma vez que os alunos são funcionários da instituição), reduzir o estresse e melhorar a qualidade de vida baseada em atividades, de musculação, ergometria e alongamento, sob supervisão do educador físico.

Análise Crítica

A redução das atividades de CDT's de aproximadamente 10% em relação a 2010 se deve ao processo de transferência para a nova sede do INTO e a revisão de todo o processo de trabalho.

A mudança para o novo prédio também impactou nas diversas atividades realizadas pela ADESAL. Comparado ao ano anterior houve uma diminuição de quase 50%, mas comparado ao ano de 2009 houve um aumento de 11% no número de atendimentos de Correção Motora Postural. A participação dos funcionários no espaço saúde também apresentou uma queda de 64%. Após um aumento em 2010 de 62% de funcionários atendidos no ambulatório do trabalhador, em 2011 houve uma redução de 1% justificada pela interrupção nos atendimentos devido à transferência do Instituto.

Medidas implantadas

- Criação de Formulário eletrônico do Questionário de Avaliação de Dor da CDT, utilizado como recurso para obter informações do trabalhador.
- Sistema unificado da agenda do ambulatório, online.
- Sistematização da Assistência de Enfermagem ao trabalhador no momento da CDT, com o uso de dinâmicas de grupo relacionadas a diagnósticos de enfermagem, com enfoque no cuidado emocional e mental.
- Participação da Assistente Social no momento da CDT com objetivo de informar acerca dos direitos e benefícios sociais ofertados por instituições diversas que sejam úteis ao bem estar do funcionário e/ou sua família;
- Participação no evento Semana de Prevenção de Acidente promovido em parceria com a ARSAO.
- Elaboração, pela assistente social, do projeto de Preparação para Aposentadoria.
- Recadastramento dos usuários do Espaço Saúde, atualização do sistema de atestados médicos com validade máxima de um ano (conforme regulamentação), padronização dos dados pessoais e levantamento de aspectos sócio econômicos.
- Aquisição de novos aparelhos, voador e pulley, recebimento de doação do aparelho multi-exercitador e uma bicicleta ergométrica da Área de Pesquisa Clínica e 11 bicicletas ergométricas da UREAB.

Metas e ações para 2012

- Realizar palestras de CDT e Correção Motora Postural aos trabalhadores
- Implantar no Ambulatório do Trabalhador ações com terapias alternativas;
- Executar o PPA (projeto de preparação para aposentadoria);
- Implantar o Projeto Grupo Corrida INTO para participação em eventos externos.

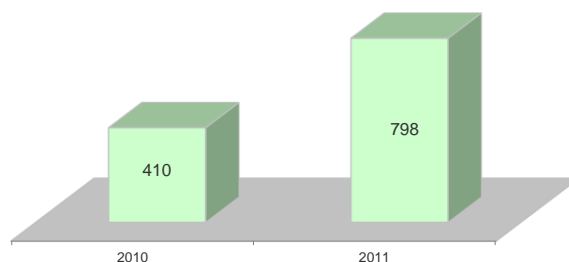
2.4.7.3.4.6. ÁREA DE LEGISLAÇÃO E PESQUISA - ARLEP

Responsável por executar atividades relativas à legislação normativa de Recursos Humanos, emitindo pareceres, quando solicitada e acompanhar processos referentes à acumulação de cargos. Informa aos servidores as atualizações e notícias de importância, orienta as comissões que compõem os processos Administrativos Disciplinares e Sindicâncias que tem como órgão regulador/fiscalizador a Controladoria Geral da União. Por fim, é de sua responsabilidade, a confecção e publicações de portarias e despachos relativos à pessoal, no Boletim de Serviços Eletrônicos do Ministério da Saúde, assim como publicações no Diário Oficial da União (Seções 1, 2 e 3) pertinentes a servidores públicos e contratos realizados.

Tabela 150 - Dados de produção da ARLEP

Procedimentos	2011
Matérias Diversas Publicadas no Diário Oficial da União	238
Matérias Diversas Publicadas no Boletim de Serviço	787
Atendimentos Diversos Realizados	500
Acumulação de cargos – Auditoria do MPOG	50
Acumulação de Cargos – Relatório do CNES	18
Acumulação de Cargos (Sugerida constituição de CPAD)	22
Cumprimento de Decisões Judiciais	20
Instrução do processo de Mandado de Segurança (Ofícios Judiciais Cadastrados no SICAJ/SIAPE)	20
Lançamento de processos de PAD's e Sindicâncias no sistema da CGU	24
PADs instaurados	22
Sindicâncias instauradas (Punitivas e Investigativas)	01

Gráfico 19 - Processo de acumulação de cargos



Análise Crítica

Em 2011 houve uma redução de 21% de matérias publicadas no DO e BS. Os valores referentes ao acúmulo de cargos citados na tabela são processos em que a análise foi concluída, ou seja, que estavam em auditoria (MPOG e CNES) e totalizaram 68 processos. Em 2011 houve um aumento de 94,63% dos processos de acumulação de cargos - processos instruídos – comparado ao ano anterior (410 processos).

Medidas implantadas pelo setor no ano de 2011

Implementação no processo administrativo de todas as prerrogativas para que o servidor se adeque a normatização quanto sua situação funcional. Quando o mesmo não regulariza sua situação funcional no prazo estabelecido pela lei 8.112/90, sugerimos a autoridade instauradora que apure os fatos. Em relação ano anterior, houve um aumento de 55%.

Metas e ações para 2012

- Recadastramento de todos os servidores, inclusive atualização dos vínculos.
- Retomar os processos sobrestados e instruir todos os processos dos servidores que acumulam cargos.

2.4.7.3.5. DIVISÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO – DIVTI

A Divisão de Tecnologia da Informação tem como metas, propor políticas e diretrizes em assuntos relativos à área de tecnologia da informação do INTO, dar suporte de informática aos processos de melhoria da qualidade das informações geradas pelo Instituto e aos seus usuários, atendendo suas solicitações. Analisar e propor normas para o desenvolvimento, a implantação, a implementação e a manutenção de sistemas, mantendo-os sempre atualizados. Administrar os recursos e os dados computacionais. Participar em ações relativas à área, monitoramento e operação dos equipamentos de informática instalados no INTO, monitoramento e operação da rede de comunicação de dados e serviços associados e execução de rotinas de salvamento de dados (backup/restore). Estar alinhada com base nos objetivos das atividades-fim da organização.

A Divisão de Tecnologia da Informação, atualmente é a responsável pelo gerenciamento de toda a rede de servidores, central de telefonia, computadores, impressoras, leitores de códigos de barras, rádios transmissores, palmtops, scanners, telefones, fax, etc. do INTO, assim como, da implantação e implementação da nova infraestrutura no NOVO INTO, atendendo as suas inovações tecnológicas. Além disto, o gerenciamento dos sistemas aplicativos (sistema MV de gestão hospitalar) e outros softwares cujo sistema MV não atende.

Participação permanentemente no Colegiado Administrativo, e como convidado nos Colegiados Assistencial e Diretor, onde são identificadas as necessidades dos usuários e

providenciadas as devidas correções dos sistemas, uma vez que nestes são discutidos vários processos com todos os envolvidos. Em 2011 foi criado o Grupo de Transição, no qual a DIVTI teve participação ativa durante a mudança para a nova sede.

Metas para 2012

- Implantação em um único software o atendimento de TI (suporte, desenvolvimento e infraestrutura), com a devida transparência para o usuário, através de acordo de níveis de serviços, utilizando as metodologias COBIT e ITIL, solicitação que vem sendo requerida pelo TCU – Tribunal de Contas da União.
- Criação de um grupo de trabalho ou contratação de empresa especializada para a elaboração do Projeto de Governança em TI, que já se encontra alinhado ao planejamento estratégico do INTO.
- Investimento em capacitação tanto do servidor junto aos órgãos do Ministério de Saúde, quanto de mão de obra terceirizada nas contratações de serviços, que deverão estar explicitados na elaboração dos projetos básicos de TI, para que os mesmos possam sempre estar alinhados às mudanças de procedimentos dos órgãos federais e estarem atualizados com inovações tecnológicas.
- Melhorar a produtividade das equipes de TI através da utilização de novas tecnologias, aplicação de índice de produtividade, mudanças na estrutura organizacional da divisão, motivação da equipe e treinamento.

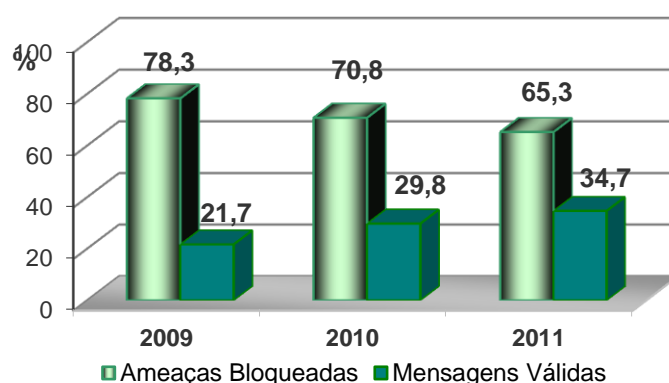
2.4.7.3.5.1. ÁREA DE REDES E INFRAESTRUTURA - ARINF

Área responsável por planejar, implementar, homologar e manter toda a infraestrutura de TI do INTO.

Tabela 151 - Usuários cadastrados na rede do INTO

Produção	2009	2010	2011
Usuários Cadastrados	1.438	2.017	2.930
Usuários / Micro	3,58	3,36	4,00

Gráfico 20 - Percentual de ameaças bloqueadas e mensagens válidas por ano



Análise Crítica

O número de usuários cadastrados na rede cresceu no ano de 2011 com a chegada dos novos funcionários (servidores) do ministério e novos colaboradores, com variação negativa. Essa variação representou uma pequena alta na relação usuário/micro, Porém, houve melhora nos processos de trabalho e um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis. Vale

ressaltar que a maturidade dos sistemas de informação em diversas áreas do Instituto fez com que nos últimos anos houvesse um melhor aproveitamento dos equipamentos distribuídos.

O Appliance para Segurança de e-mail foi trocado por outro com capacidade maior, para continuar a atender as necessidades do INTO, cuja medida impactou em nossos resultados e de outras áreas, com seus exclusivos filtros preventivos e seus apurados filtros reativos para eliminar o SPAM. Após a implantação do equipamento, foi comprovado através dos relatórios emitidos pela Solução, que o volume de mensagens inválidas era realmente elevado. Durante o ano de 2009, houve um comportamento interessante do volume de mensagens inválidas, chegando a 78%. Durante o ano de 2010, verificou-se novamente queda no volume de mensagens inválidas, chegando a 70,8%. No ano de 2011, esse percentual caiu para 65,3% e a quantidade de mensagens válidas aumentou para 34,7%.

2.4.7.3.5.2. ÁREA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS - ADESI

Área responsável pelo desenvolvimento, manutenção, implantação e treinamento de todos os sistemas informatizados do INTO, esta área também presta atendimentos de suporte, em 2º nível, aos sistemas em utilização dentro do Instituto.

Em 2011 o Instituto passou por grandes mudanças, tanto a mudança da sede física, quanto à revisão dos processos internos, e adaptação ao novo ambiente e forma de atendimento. A ADESI teve participação ativa no apoio à implantação desses novos processos na instituição.

A ADESI continua aprimorando, desenvolvendo e implantando novos sistemas com a finalidade de obter um maior controle sobre os processos do instituto.

Tabela 152 - Acesso aos principais módulos do Sistema Web

Módulo	Número de acessos	
	2010	2011
SGWeb	17.347	20.575
Mobile	12.031	5.881
ForWeb	11.321	11.250
ARWeb	6.486	7.515
GTWeb	3.548	4.823
MV Portal	3.305	2.529
IndWeb	1.374	334
MV BSC	1.096	426
MV Painei	-	470
MV 2000	916	-
INTER	444	-
Acred	40	-
INTOWIKI	31	-
SGPWEB		196
CRISE		1.958
SERMED	52	669
Total	57.991	56.626

Tabela 153 - Acesso aos principais relatórios do Sistema SGWeb

Descrição dos relatórios	Número de acessos	
	2010	2011
Material por atendimento	6.779	7.689
Acompanhamento	6.280	1.813
Processos	4.180	3.097
Consulta Estágio Probatório	-	2.509
Estoque virtual 24 horas	3014	1.036
Lista todas RMS	2.848	2.443
Planilha de compras	2.190	3.853
Relatório de estoque	1.540	1.247
Marcas aprovadas	1.282	3.168
Pedidos não homologados	1.228	-
Estoque por tamanho	1.212	1.161
Outros	27.324	31.823
Total	57.877	59.839

Tabela 154 - Indicadores de acesso aos módulos do Sistema de Gestão

Indicadores	2010	2011
Acessos	450.538	467.355
Telas acessadas	1.656.903	1.959.467
Média de telas abertas por acesso	3,68	4,19

Tabela 155 - Prescrições médicas e de enfermagem

Prescrição	2009	2010	2011
Médica	66.872	70.086	73.051
Enfermagem	39.284	41.754	43.201

Sistemas e Módulos Implantados ou em implantação

Controle de Senhas (QualProx), Patrimônio, Controle de acessos (P2000), Integração com CNRAC, PAC/RIS, Controle de Pregão, BSC, Nutrição, Banco de Ideias, Notificação de Eventos, Controle de Hospedagem no Hotel (TFD), Plano Anual de Capacitação, DOCWEB, Comissão de Prontuário.

Dentre a contínua evolução, aprimoramento e desenvolvimento dos Sistemas, destacam-se as seguintes inovações:

QUALPROX - Controle de Senhas: Com a mudança da sede física para um novo espaço três vezes maior, surgiu a necessidade de uma nova organização do processo de chamada dos pacientes para os atendimentos médicos nos consultórios. Foi adquirido um sistema chamado Qualprox, que permitiu a reorganização do setor de ambulatório. O paciente recebe uma senha única ao entrar no INTO, e com esta mesma senha ele é atendido em diversos setores durante o dia. A chamada é feita através de painéis eletrônicos distribuídos em pontos estratégicos nas esperas dos setores. Estes painéis, além de efetuarem a chamada da senha, permitem a exibição de conteúdo educativo e/ou de TV aberta para maior conforto do paciente. A ADESI foi responsável pela implantação e treinamento de todos os usuários que utilizam esse sistema. Para facilitar ainda mais a vida do usuário, foi feita uma integração entre esse sistema e o módulo do ambulatório, permitindo ao médico a fácil localização e chamada do próximo paciente, com apenas um clique.

P2000 – Controle de Acessos: Este sistema permite o controle das catracas, cancelas e diversas portas da nova sede. O acesso é controlado por perfil. Cada usuário possui um crachá de proximidade que, dependendo do seu perfil, permite o seu acesso a locais pré-

estabelecidos. A ADESI foi responsável por integrar este sistema com o atual sistema de Recursos Humanos, permitindo que toda configuração feita para o funcionário no sistema de RH seja automaticamente replicada para o sistema P2000. Esta integração foi bastante complexa, visto que o banco de dados do P2000 é SQL Server e o do RH é Oracle.

DOCWEB – Documento Web: Foi criada uma nova funcionalidade que permite que os documentos que são gerados no GERDOC, que é o nosso sistema de Controle de Trâmite de Documentos, sejam visualizados direto no browser, permitindo que no relatório de acompanhamento de processos os usuários possam visualizar todo o processo eletronicamente. Dispensando assim a movimentação física do processo para consultas.

Gerador de Formulários Web – GFORWEB: O sistema GFORWEB, utilizado para geração de formulários eletrônicos, teve a inclusão de 62 novos formulários, dentre esses se destacam: Banco de Ideias, Notificação de Eventos Inesperados, Controle de Hospedagem no Hotel (TFD), Plano Anual de Capacitação e Comissão de Prontuário.

Gerenciamento de Relatórios – SGWEB: O sistema SGWEB, utilizado para geração de relatórios gerenciais ligados principalmente à administração, teve a inclusão de 110 novos relatórios.

Análise Crítica

O acesso ao Módulo MV BSC passou a ser feito através do MV Painel a partir do segundo semestre de 2011.

Os sistemas que não foram acessados em 2011 foram descontinuados; os que tiveram acesso somente em 2011 são novos.

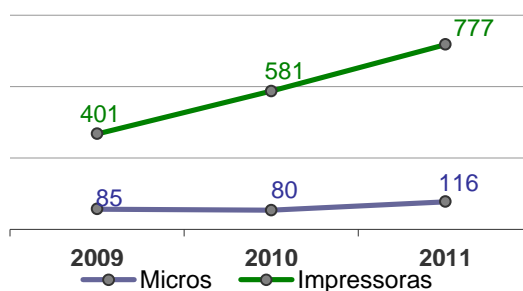
2.4.7.3.5.3. ÁREA DE SUPORTE TÉCNICO - ARSUT

Especializada no Suporte Técnico em equipamentos de informática esta área presta atendimentos, via acesso remoto, telefônico ou no local solicitado. Tem como objetivo, fornecer um ponto único de contato aos usuários internos do INTO, visando informar a melhor maneira de usar os equipamentos de TI, bem como resolver todos os incidentes e problemas que os usuários possam ter no seu dia-a-dia no uso da informática.

Tabela 156 - Média de atendimentos realizados por dia pela ARSUT

Indicador	2009	2010	2011
Atendimento telefônico	65	40	82
Atendimento nos setores	89	52	121

Gráfico 21 - Distribuição de micros e impressoras



Fórmula dos indicadores

1. Média de Atendimentos Telefônicos: N° de atendimentos telefônicos / N° de dias
2. Média de Atendimentos nos Setores: N° de atendimentos nos setores / N° de dias

Medidas implantadas

Realização de manutenção preventiva de computadores e periféricos, que tem como objetivo detectar os problemas antes do usuário solicitar. Tal medida evita que o usuário fique impossibilitado de trabalho por questões técnicas. Visa também resolver os problemas que possam vir a ocorrer, como a substituição de periféricos gastos, defeituosos ou danificados e ainda remover arquivos e programas que prejudicam o desempenho e a agilidade de um computador.

Análise Crítica

Em 2011, houve um aumento considerável dos atendimentos locais, motivado pela mudança para a nova sede.

Com relação ao gráfico “*Micros Distribuídos*”, o aumento em 2011 deve-se pela aquisição de novos micros para atender a demanda oriunda da ampliação do quadro de servidores e a reestruturação do parque.

Dentre os serviços prestados em 2011 destacamos a mudança para a nova sede, que impactou em nossos resultados.

2.4.7.3.5.4. ÁREA DE TELEFONIA - ARTEL

Especializada no suporte técnico de manutenção de telefonia, além de ser o contato principal entre o INTO e a operadora que nos presta o serviço, a ALGAR TELECOM. Também foi incluída a empresa EMBRATEL em 2011, passando a ser a fornecedora do link de telefonia, com a implantação de rede em fibra ótica.

Esta área presta atendimentos de manutenção, remotamente ou no local solicitado. Sua função principal é manter todos os aparelhos telefônicos e rede de telefonia em perfeito estado de funcionamento para os usuários internos do INTO, e para os usuários externos (pacientes, fornecedores, etc.) um serviço prestado com qualidade e eficiência.

Ressaltamos que a partir da mudança para o NOVO INTO, passamos a utilizar tecnologia de voz totalmente IP.

Tabela 157 - Média de atendimentos realizados por dia pela ARTEL

Atendimentos	2010	2011
Remotos	3	22
Nos Setores	1	6

Fórmula dos indicadores

1. Média de Reparos Remotos: Número de atendimentos telefônicos / N° de dias
2. Média de Atendimentos nos Setores: N° de atendimentos nos setores/ N° de dias

Tabela 158 - Distribuição de aparelhos telefônicos

Tipo do aparelho	2011
Fixo	803
Móvel	50
Total	853

2.4.7.3.6. DIVISÃO DE INFRAESTRUTURA- DIEST

Possui a responsabilidade de planejar, organizar, coordenar e controlar a execução de serviços de obra civil e instalações, bem como as atividades relativas a manutenções e reparos prediais e de equipamentos médico-hospitalares. A divisão contempla ainda outros setores

como o Serviço de Atividades Auxiliares – SEATA, compreendendo a Limpeza, Segurança e Transporte, além da Gerência de Resíduos – GRESS, em razão da ligação direta com os Serviços de Limpeza.

Dentre as áreas controladas pela DIEST, estão a Área de Manutenção Predial – ARMAP subordinada ao Serviço de Engenharia - SENGE e a Área de Engenharia Clínica – ARENC, que acompanham os contratos continuados.

2.4.7.3.6.1. ÁREA DE ENGENHARIA CLÍNICA – ARENC

Responsável por todo o ciclo de vida dos equipamentos médico-hospitalares da Unidade, participando do processo de aquisição, recebimento, testes de aceitação, treinamento, manutenção, alienação e todos os assuntos referentes aos equipamentos biomédicos, assim como do suprimento de gases medicinais e manutenção da respectiva rede de gases medicinais.

Equipamentos Biomédicos

Empresa: JOBMED Serviços Técnicos Ltda.

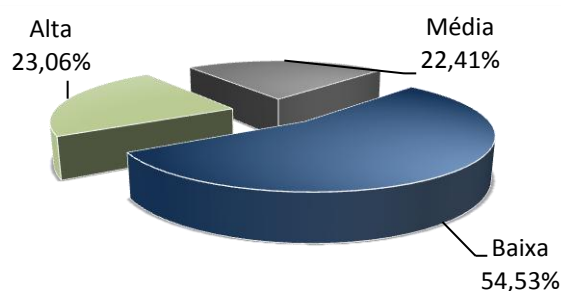
Objeto do contrato: Prestação de serviços de manutenção preventiva e corretiva, assessoria, consultoria técnica e gerenciamento na área de equipamentos médicos compreendendo o controle informatizado.

Tabela 159 - Valor contratual – Empresa JOBMED Serviços Técnicos Ltda.

Ano	Custo (R\$)		Custo total (R\$)	Manutenções		Número de equipamentos	% Não Utilizado do Contrato
	Fixo	Variável		Preventivas	Corretivas		
2009	635.596,85	64.758,01	700.354,86	5.480	630	503	4,27
2010	790.612,13	69.831,11	860.443,24	5.945	683	527	2,95
2011	866.680,41	66.912,53	933.592,94	4.995	755	464	3,02

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 22 - Classificação de equipamentos de responsabilidade da JOBMED por nível de criticidade



Análise Crítica

Conforme contrato firmado, o valor anual destinado a reposição de peças (custo variável) foi de R\$ 96.000,00 e 69,70% do total previsto (R\$ 66.912,53) foi efetivamente aplicado no ano de 2011.

Dos 464 equipamentos biomédicos, 107 (23,06%) possuem alto nível de criticidade.

De acordo com o cronograma elaborado, dentre os 5.573 episódios de manutenção preventiva, foram realizados no decorrer do ano 4.995 (89,63%) eventos, assim como o check list por equipamento, visando a manutenção dos equipamentos em condições de bom funcionamento, contribuindo com o aumento da vida útil dos mesmos, e proporcionando segurança para operadores e usuários. Para a realização dos serviços, é necessário que os

equipamentos estejam liberados, fora de uso ou que não estejam inoperantes (manutenção corretiva) no momento da realização dos serviços.

Gerenciamento de contratos

É de responsabilidade da equipe técnica residente da JOBMED o gerenciamento do Parque de Equipamentos e o acompanhamento dos serviços prestados por empresas terceirizadas com contrato vigente com o INTO.

Fórmula dos indicadores

1. Índice de Resolutividade Alcançado (IR): Ordens de serviço concluídas / Ordens de serviço abertas e/ou pendentes
2. Índice de Disponibilidade do Parque de Equipamentos (ID): N° de equipamentos inoperantes / Total de equipamentos disponíveis no parque
3. Tempo Médio de Manutenção Corretiva (MTTR): \sum Tempo para a realização dos reparos / N° de reparos
4. Tempo Médio de Bom Funcionamento do Parque (MTBF): \sum Tempo de bom funcionamento / N° de equipamentos que sofreram eventos de manutenção corretiva
5. Percentual de Manutenção Preventiva Realizada x Programada (PCMP): N° de equipamentos que sofreram eventos de manutenção preventiva / Total de manutenções preventivas programadas

Tabela 160 - Indicadores de Desempenho Médio Anual das empresas prestadoras de serviço, 2011.

Prestadora	IR (%)	ID (%)	MTTR (dias)	MTBF (dias)	PCMP (%)	Número de equipamentos
Berkeley	75,19%	97,47%	7,08 dias	23,33 dias	89,27%	108
Hardmed	100%	100%	1 dia	30 dias	100%	1
H. Strattner	88,33%	91,66%	5,8 dias	27,9 dias	62,50%	2
Johnson & Johnson	100%	100%	1 dia	30 dias	100%	1
Seminter	91,67%	100%	1 dia	29,5 dias	80,95%	7
Shimadzu do Brasil ^a	100%	100%	1 dia	30 dias	100%	2
Shimadzu do Brasil ^b	100%	100%	1 dia	30 dias	100%	1
Toshiba	100%	100%	1 dia	30 dias	100%	1
TX	100%	92,59%	2,5 dias	28,67 dias	87,03%	9

Fonte: Elaboração própria

a. Responsável pela manutenção preventiva e corretiva dos aparelhos de Raios-X transportáveis.

b. Responsável pela manutenção preventiva e corretiva do aparelho de Raios-X fixo.

Gráfico 23 - Classificação por nível de criticidade de equipamentos de empresas sob a supervisão e acompanhamento da JOBMED

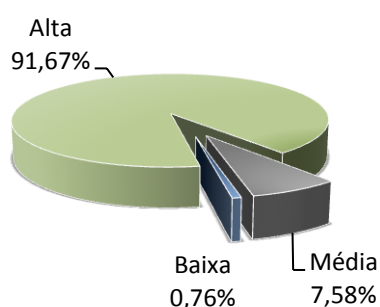
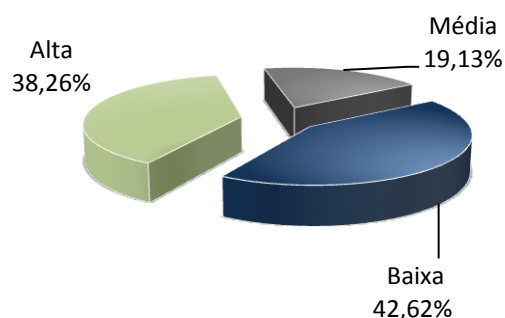


Gráfico 24 - Classificação por nível de criticidade do parque de equipamentos biomédicos do INTO



A equipe técnica residente da JOBMED acompanhou no decorrer de 2011 todos os episódios de manutenção preventiva e corretiva dos 132 equipamentos realizados pelas empresas terceirizadas perfazendo o total de 1.612 eventos. Desses, 225 referentes a episódios de manutenções corretivas realizadas e 1.387 referentes a episódios de manutenção preventivas executados pelas empresas. Os equipamentos de alta criticidade das empresas terceirizadas sob a supervisão e acompanhamento da Jobmed representam 91,67% (121 equipamentos).

Gases Medicinais

O INTO mantém contrato com a empresa IBG Indústria de Gases Medicinais Ltda para fornecimento parcelado de gases medicinais.

Existe ainda um contrato com a empresa TX Comércio de Produtos Médicos Ltda para a manutenção preventiva e corretiva da rede de gases medicinais. O contrato prevê também uma verba variável para reposição de peças ou partes.

Gráfico 25 - Percentual faturado e aplicado em peças de reposição da rede de gases medicinais

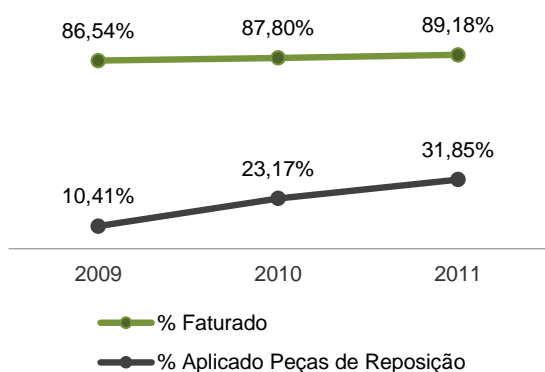


Gráfico 26 - Eventos de manutenção preventiva e corretiva da rede de gases medicinais

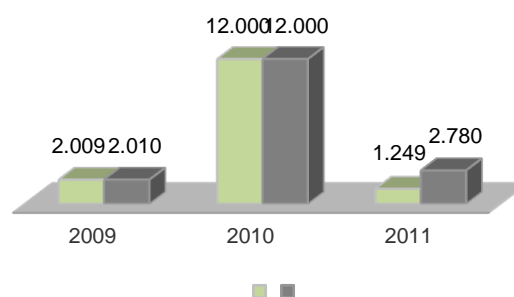


Tabela 161 - Consumo de Gases Medicinais e Gasto com Suprimento dos Gases

Gases	Unidade	Consumo		
		2009	2010	2011
Oxigênio Líquido	m ³	62.707	56.654	67.362,40
Oxigênio Gasoso		201	40	820
Oxigênio Gasoso PPU		38	154	141
Nitrogênio Líquido		10.800	5.544	969
Nitrogênio Gasoso	Kg	1.518	1.642	1.345
Óxido Nitroso		3.483	3.024	3.108
Dióxido de Carbono		90	64	452
		Gasto com suprimento de Gases (em R\$)		
Total		162.635,61	159.779,00	118.027,83

Fonte: Elaboração própria

Análise Crítica

De acordo com o contrato firmado com a empresa TX, o valor anual destinado para reposição de peças é de R\$ 12.000,00. O valor efetivamente aplicado em 2011 foi de R\$ 3.821,84 (31,85%) do total previsto, enquanto que o percentual faturado neste mesmo ano foi de 89,18%. Vale ressaltar que o valor faturado varia em virtude da necessidade de utilização de peças de reposição (custo variável).

Foram realizados 13 eventos de manutenção preventiva mensalmente, totalizando 156 eventos no ano de 2011, número mantido desde o ano de 2009. Os equipamentos disponibilizados nas respectivas centrais foram considerados individualmente para efeitos de manutenção e não a central como um todo. A partir do ano de 2009 foram implantadas ações programadas de revisão com possível necessidade de substituição de componentes de todos os pontos instalados.

Com relação ao consumo dos gases, nota-se que no ano de 2011 houve aumento do consumo de oxigênio líquido, oxigênio gasoso e dióxido de carbono são justificados pela necessidade de executar a primeira carga na rede da Unidade e testes nos seus respectivos componentes. A redução do consumo de oxigênio gasoso no ano de 2010 deve-se a não utilização da rede de back up do tanque criogênico, em virtude da continuidade do fornecedor.

O gás para cilindro de PPU foi quantificado de forma individualizada a partir de setembro de 2009 em função de exigência contratual. O valor de 38 m³ corresponde apenas ao consumo entre setembro e dezembro de 2009.

A redução no consumo de nitrogênio líquido foi impactada pela diminuição de uso do supracitado gás no Banco de Tecidos. Queda observada no consumo do óxido nitroso em 2010 está diretamente associada a aspectos técnicos inerentes aos procedimentos cirúrgicos da Unidade.

No que se refere aos gastos com gases medicinais, a variação verificada está diretamente ligada a fatores como número de procedimentos cirúrgicos realizados, tipo de procedimentos cirúrgicos, demanda de internações com uso de oxigenoterapia bem como as variações de valores definidos nas licitações realizadas pela Unidade.

2.4.7.3.6.2. SERVIÇO DE ENGENHARIA – SENGE

2.4.7.3.6.2.1. Área de Manutenção Predial - ARMAP

Tabela 162 - Valor Contratual, Valor Executado, Peças e Ordens de Serviço – Manutenção Predial

Ano	Valor contratual (R\$)	Valor Executado	Peças	OS Preventiva	OS Corretiva	Qtd EMOP	Valor EMOP (R\$)
2009	1.482.921,33	1.450.295,68	122.949,27	7.113	4.330	115	484.984,21
2010		1.281.727,05	123.029,30	10.759	5.512	131	347.985,65
2011		1.056.256,70	89.373,44	7.982	4.986	95	196.782,88

Fonte: Elaboração própria

Tabela 163 - Relação Valor Executado e Área Construída (R\$ / m²)

Ano	Valor
2009	91,37
2010	80,75
2011	66,55

Fonte: Elaboração própria

Análise Crítica

O serviço de Manutenção Predial é executado pela empresa Rufollo - Empresa de Serviços Técnicos e Construções Ltda. O contrato anual, desde out/2006, é de R\$ 1.482.921,33, sendo que R\$ 123.867,36 são disponibilizados para compra de material para manutenção e R\$ 509.886,12 para a execução de serviços utilizando Tabela EMOP (serviços extras executados em período fora dos dias úteis por equipe diferenciada), ambos os valores são custos variáveis dentro da Planilha de formação de custos.

O antigo prédio do Instituto era constituído de vários blocos interligados entre si. Prédios com vários anos de construção e funções iniciais diferentes das executadas em um

Hospital, com tubulações, esquadrias e rebocos antigos, que devido ao tempo de uso apresentavam problemas drásticos associados ainda ao desgaste natural.

Em abril, um valor maior dos serviços de EMOP foi utilizado visto a necessidade de troca de todas as esquadrias do vestiário no 2º andar, reformas com conserto de reboco e pintura geral, além do reparo do portão de acesso da Rua Washington Luis, serviços estes que demandaram reparos emergenciais. Além dos serviços rotineiros e de ordem natural como, problemas com encanamentos embutidos nas paredes (tubulação antiga de ferro fundido tipo barbará, com tempo de vida útil já ultrapassado), que obrigou a troca por tubulação de PVC. Tal serviço torna-se complexo uma vez que, demanda demolição, retirada de tubulação, instalação de uma nova, emboço, acabamento e pintura - quando localizada em tetos são adicionados, rebaixamento com placas de gesso, descupinização, desentupimentos diversos de esgoto, serviços diversos de impermeabilização, serviços de mecânica no grupo gerador, além de serviços diversos nos telhados e madeiramentos.

Verificou-se uma queda nos serviços a partir do mês de Outubro visto que se iniciou a transferência do INTO para a sua nova sede, que culminou no mês de Dezembro apenas com o custo de mão de obra, não sendo necessária a verba para peças e serviços de EMOP, devido a retirada de equipamentos e mobiliários necessários para a nova Sede.

Ordens de Serviços Executados

Tabela 164 - Ordens de Serviço por especialidade

Especialidade	2009		2010		2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Elétrica	1.441	33,28	1.572	28,52	1.561	31,31
Estofador	148	3,42	309	5,61	113	2,27
Gasista	321	7,41	351	6,37	214	4,29
Hidráulica	1.080	24,94	1.393	25,27	1.255	25,17
Marceneiro	700	16,17	819	14,86	623	12,49
Pedreiro	130	3,00	210	3,81	134	2,69
Pintor	197	4,55	276	5,01	238	4,77
Serralheiro	170	3,93	430	7,80	684	13,72
Diversos ^a	143	3,30	152	2,76	164	3,29

Fonte: Elaboração própria

a. Serviços executados principalmente por servente sem a necessidade do acompanhamento do profissional especialista.

Tabela 165 - Solicitações da DIEST

ANO	2009	2010	2011
OSs Abertas	143	614	351
OSs Fechadas	116	532	303
Índice de Produtividade (%)	81,12	86,64	86,32

Fonte: Elaboração própria

Fórmula do indicador

1. Índice de produtividade: $(\text{N}^\circ \text{ de OS's fechadas} / \text{N}^\circ \text{ de OS's Abertas}) * 100$

Análise Crítica

Devido à necessidade de reparos necessários ao uso e segurança do Instituto e aos seus usuários, houve um aumento dos serviços de serralheria e serviços diversos. A variação do quantitativo entre as especialidades se deve em decorrência de diversos fatores, como,

tempo/complexidade que os serviços proporcionam valor para a sua execução e a disponibilidade do setor. Em virtude da mudança para a nova sede foi verificada redução dos serviços, uma vez que o objetivo era apenas manter as instalações operacionais até a mudança, almejando a melhoria contínua dos serviços proporcionando conforto, segurança e bem estar aos funcionários e usuários.

Extintores

Tabela 166 – Distribuição de Extintores

	2010	2011
Total de extintores	240	241

Fonte: Elaboração própria

Análise Crítica

Outro serviço contratado e acompanhado pela DIEST é a recarga e a manutenção dos extintores, bem como de todo o Sistema de Prevenção de Incêndio. Os extintores existentes na unidade são recarregados anualmente e, quando necessário, passam por manutenções específicas detectadas por testes durante o processo de recarga. Em 2011 foram recarregados 241 extintores.

Refrigeração

Tabela 167 - Valor Contratual, Valor Executado, Custo com reposição de peças, Número de peças e Número de OS – Contrato de Manutenção da Rede de Refrigeração.

Ano	Valor Contratual (R\$)		Valor Executado (R\$)		Peças (R\$)	OS Preventiva	OS Corretiva
	Jan - Jun	Jun - Dez	Jan - Jun	Jun - Dez			
2009	674.153,16		627.650,45		66.542,38	4.599	150
2010	713.800,80		609.254,45		89.737,52	4.535	238
2011	Jan - Jun	Jun - Dez	Jan - Jun	Jun - Dez	63.276,36	2.116	124
	313.279,24	556.061,11	297.979,76	483.024,28			

Fonte: Elaboração própria

Análise Crítica

Em 2011 houve nova licitação para os serviços de refrigeração e ventilação mecânica. A licitante vencedora foi a Navele Empreendimentos e Serviços, empresa detentora do último contrato. O valor global do novo contrato iniciado em 09/06/11 (referente a 12 meses – processo nº 17/2011) foi de R\$ 991.000,00, dos quais R\$ 144.000,00 são destinados apenas à compra de materiais, caracterizando uma verba variável.

Embora tenha ocorrido nova licitação e novo contrato, o parque de equipamentos e a natureza do contrato permaneceram a mesma, bem como a empresa prestadora dos serviços. Justificado pelos novos dissídios coletivos e aumento da verba de peças houve modificação dos custos fixos e variáveis em relação ao contrato anterior, com pequeno aumento. A partir de outubro de 2011 verificou-se uma diminuição das manutenções preventivas e corretivas devido à redução das atividades na antiga sede, mas com grande parte da nova sede em operação.

Caldeira e Boiler

Serviço executado pela empresa STIM – Sociedade Técnica de Instalação e Manutenção Ltda. O valor anual do contrato a partir do dia 25/09/2010 foi de

R\$ 148.950,00/ano sendo que R\$ 18.000,00/ano foram disponibilizados para compra de material (verba variável).

Tabela 168 - Valor Contratual, Valor Executado, Custo com reposição de peças, Número de peças e Número de OS – Caldeiras e Boiler

Ano	Valor Contratual (R\$)	Valor Executado (R\$)	Peças (R\$)	OS Preventiva	OS Corretiva
2009	144.000,00	129.975,56	5.604,32	Cronograma	11
2010	145.237,50	83.156,08	942,00	33	5
2011	148.950,00	126.806,48	324,00	Cronograma	1

Fonte: Elaboração própria

Análise Crítica

Neste ano houve um termo aditivo do contrato, não sendo alterado o valor que começou a vigorar a partir de 25/09/11 com valor mensal de R\$ 12.412,50 e valor anual de R\$ 148.950,00.

O elevado custo variável, observado em 2009, foi consequência do alto número de OS's Corretivas. Em 2010 ocorreu uma redução significativa dessas OS's que permaneceu em queda no ano de 2011, devido a mudança para nova sede.

A diferença do valor contratual e executado justifica-se pelo fato do valor de peças ser item calculado como custo variável. Os meses de setembro a dezembro estão em aberto, pois a empresa não enviou as notas para pagamento das mesmas. Do valor de R\$ 126.806,48 deve ser subtraído o valor dos meses citados.

As manutenções preventivas são realizadas periodicamente, seguindo cronograma pré-estabelecido através de verificações e preenchimentos de um check-list diário, semanal e anual.

Elevadores

Tabela 169 - Valor Contratual, Valor Executado, Custo com reposição de peças, Número de peças e Número de OS e Relação Valor Anual do Contrato

Ano	Valor Contratual (R\$)		Valor Executado (R\$)		Peças (R\$)	OS Preventiva	OS Corretiva
2009	95.316,00		95.316,00		11.512,00	144	205
2010 ^a	Jan - Ago	Set - Dez	Jan - Ago	Set - Dez	11.912,00	112	207
	63.544,00	40.400,00	63.544,00	36.767,00			
2011	136.843,32		125.519,29		20.590,13	144	237

Fonte: Elaboração própria

a. Em 2010 houve mudança de contrato. Informações do valor contratual e valor executado são referentes ao novo contrato.

Análise Crítica

Em 2011 houve prorrogação do contrato para o serviço de manutenção de elevadores com a empresa Elevadores ELBO LTDA. Por necessidade de serviço, houve também, um aditivo para a inclusão de um plantonista aos sábados, atendendo a demanda do centro cirúrgico.

Manutenção e Certificação de Capelas de Fluxo Laminar

Tabela 170 - Valor Contratual, Valor Executado, Custo com reposição de peças, Número de peças e Número de OS e Relação Valor Anual do Contrato–2011

Ano	Valor Contratual (R\$)	Valor Executado (R\$)	Peças (R\$)	OS Preventiva	OS Corretiva
2011	39.910,59	11.441,00	5.140,00	10	2

Fonte: Elaboração própria

Análise Crítica

A empresa Innovamed iniciou em 2011 os serviços de manutenção preventiva e corretiva das capelas de fluxo laminar, incluindo certificação (validação), com reposição de peças. O contrato de 12 meses sem possibilidade de prorrogação prevê manutenções e certificações quadrimestrais.

Devido a mudança para a nova sede algumas medidas foram implantadas visando equilibrar às demandas. Uma das medidas foi à divisão do setor em dois grupos, um ficava à disposição na antiga sede atendendo às demandas de manutenção enquanto o segundo grupo estava no novo prédio realizando uma espécie de “Check List” de pendências para repassar à empresa contratada para construção da nova sede.

Metas e ações para 2012

O ano de 2012 será um ano de adaptações, pois devido a nova estrutura, com instalações maiores e mais modernas, demanda acompanhamento e fiscalização de um quantitativo maior de contratos e pessoal. Para facilitar o acesso aos serviços prestados pelo setor, será implantando um sistema virtual para que os pedidos de manutenção sejam realizados de forma rápida e prática.

2.4.7.3.6.3. SERVIÇO DE ATIVIDADES AUXILIARES - SEATA

É responsável pelos setores de Transporte, Recepção, Segurança e Limpeza do instituto. O levantamento de indicadores foi iniciado no ano de 2011, com a colaboração da Área de Planejamento.

2.4.7.3.6.3.1 ÁREA DE TRANSPORTES - ATRAN

Responsável pelo transporte externo de pacientes e funcionários a serviço do Instituto, sua frota conta com 04 ambulâncias e 06 carros de passeio.

O transporte de pacientes é realizado em 04 (quatro) situações: transferência de pacientes para outra unidade hospitalar, encaminhamento de pacientes para a realização de exames em outra unidade hospitalar, alta e transporte autorizado para primeira revisão cirúrgica. Além disto, a ambulância presta serviços como: Transporte de Materiais para Diversos Setores e Sangue para o setor de hemoterapia, nos casos de urgência.

O transporte de funcionários é realizado em situações de: transporte da equipe de Unidade de Atendimento Domiciliar, Diretoria e Outros funcionários a serviço do Instituto.

Tabela 171 - Transporte realizado pelas Ambulâncias

Ano	Uma maca		Duas macas		Total macas		Serviços		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2010	2.206	68,07	780	24,07	2.986	92,13	255	7,65	3.241
2011	2.465	70,07	755	21,46	3.220	91,53	298	8,66	3.518

Tabela 172 - Viagens para transporte de pacientes

Ano	Fora do Município		Município do RJ		Total	
	N	%	N	%	N	%
2010	706	23,83	2.280	76,17	2.986	100
2011	809	25,12	2.411	74,88	3.220	100

Fórmula dos indicadores

1. Percentual de viagens realizadas: (Nº de transportes realizados (com 01 ou 02 macas ou serviços) / Nº total de transportes realizados) * 100
2. Percentual de pacientes transportados: (Nº de transportes de pacientes (realizados fora ou dentro do Município do RJ) / Nº Total de Transportes de Pacientes realizados) * 100

Análise Crítica

Observamos aumento do volume de atendimentos realizados pelas ambulâncias de 8,55%, os percentuais de utilização das ambulâncias para Macas e Serviços aumentaram 7,84% e 16,86%, respectivamente.

No entanto, constata-se uma redução de 92,35% para 91,53% em 2011, da utilização de ambulâncias para transporte de pacientes, que é sua destinação principal. Quanto aos pacientes transportados por origem da residência, observamos um aumento do percentual de pacientes atendidos fora do Município do Rio de Janeiro, fato que pode estar ligado a acordos realizados pela Unidade Hospitalar através do Núcleo Interno de Regulação (NIR-INTO).

Medidas a serem implantadas em 2012

Acompanhar a utilização dos carros de passeio, para identificar possibilidade de uso mais eficiente e consequente liberação das ambulâncias para transporte dos pacientes.

Implantar novos indicadores para acompanhamento

2.4.7.3.6.3.2 ÁREA DE LIMPEZA - ARLIM

Setor responsável por toda limpeza e higienização da área física, assim como pelo controle de pragas, coleta de resíduos e ambientação do instituto.

Tabela 173 - Satisfação dos Funcionários Pacientes e Acompanhantes em relação ao serviço da ARLIM

Escala	Funcionários		Pacientes e Acompanhantes	
	Nº	%	Nº	%
Satisfatório	1.228	66,52	554	80,99
Regular	561	30,39	109	15,94
Insatisfatório	57	3,09	21	3,07
Total	1.846	100	684	100

Fórmula do indicador

1. Percentual por escala de satisfação: (Nº de Funcionários que julgaram o serviço (satisfatório, regular ou insatisfatório) / Total de funcionários que responderam a pesquisa) * 100.

Análise Crítica

A análise dos dados apresentados demonstra que entre os funcionários (chefias e rotinas de todos os setores assistenciais), os serviços prestados pela ARLIM são em 66,52% dos casos considerados satisfatórios. Porém, a área considera que o percentual ideal para o serviço seja acima de 70% e conceito ideal acima de 2,6. Apenas em 02 meses do ano o conceito foi avaliado abaixo desta meta. A ARLIM se compromete a persistir na melhoria da

qualidade dos serviços prestados com supervisão contínua e educação permanente dos funcionários.

Em relação aos pacientes e acompanhantes, observa-se que em sua maioria julgaram o serviço como satisfatório, com percentual de 80,99% e conceito médio de 2,78.

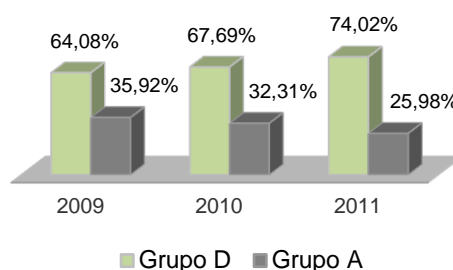
2.4.7.3.6.4. GERÊNCIA DE RESÍDUOS DE SAÚDE - GRESS

A Gerência de Resíduos tem como objetivo definir, planejar e implementar um conjunto de procedimentos com a finalidade de minimizar a geração de resíduos e proporcionar aos mesmos um manejo seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos e do meio ambiente, a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais.

Tabela 174 - Geração de resíduos comum, biológico e químico

Tipo de Resíduo	2009	2010	2011
Grupo D (Comum) (L)	3.411.120	3.712.080	4.017.360
Grupo A (Biológico) (L)	1.912.120	1.772.160	1.409.760
Químico - Revelador	2.559	2.740	3.590
Químico - Fixador	2.016	2.012	2.650

Gráfico 27 - Comparativo percentual dos resíduos - Grupo A (biológico) x Grupo D (comum)



Fórmula do indicador

1. Taxa de resíduos por grupo: $(N^{\circ} \text{ de resíduos do grupo} / \text{Total de Resíduos produzidos}) * 100$

Análise Crítica

Mesmo frente ao desafio da transição para a Sede atual, o instituto permaneceu dentro dos limites estabelecidos pela ANVISA para o resíduo Biológico (grupo A) - de 20% a 30% do total gerado pela instituição. O Grupo A reduziu 6,33% de sua produção, comparado ao ano de 2010, índice este considerado um ótimo resultado. Consequentemente houve um aumento no Grupo D referente aos resíduos produzidos durante a mudança e instalação na nova Sede, mas também ao descarte correto do resíduo comum (por vezes este resíduo é descartado, erroneamente, nos recipientes identificados para resíduo biológico).

Medidas implantadas pelo setor em 2011

- Criação da Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde;
- Observação “in loco” do descarte de resíduos nos setores;
- Substituição dos termômetros com bulbo de mercúrio pelos digitais, mais saudáveis;
- Participação no grupo de transição para o Novo INTO;
- Apresentação na recepção sobre a Semana de Meio Ambiente e distribuição de folder sobre descartes corretos e sustentabilidade aos funcionários;

- Treinamento para os novos funcionários e específicos sobre descarte de resíduos no CTI e centro cirúrgico;
- Rotulagem de Materiais Perigosos na UPATO, CTCEL, CEMATE, UANAT e UIMAG;
- Levantamento dos acidentes com Perfuro cortantes, junto à ARSAO, para detecção de descartes realizados incorretamente;
- Descarte de peças anatômicas do setor Anatomia Patológica, realizado sepultamento pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, nos meses de maio e novembro;
- Mensuração da geração dos resíduos comuns e biológicos por setor, com o objetivo de traçar planos para redução dos mesmos;
- Participação em curso/ palestra da HSC e participação e apresentação de trabalho no Seminário da Acreditação – JCI.

Metas e ações para 2012

- Manter os índices percentuais de 2011;
- Realizar ações para maior conscientização da força de trabalho por meio de cursos, palestras e workshop quanto à importância da saúde e viver em harmonia com o meio ambiente, dando ênfase a realização de descarte correto dos resíduos e a necessidade de cada qual em seu recipiente próprio;
- Adequar um local próprio com autoclave exclusivo para o tratamento dos resíduos biológicos produzidos nos laboratórios, assim como para os do banco de sangue;
- Capacitar os funcionários da higienização hospitalar para uma segregação mais eficiente e início da mensuração dos resíduos no abrigo na sua chegada aos setores, proporcionando maior fidelidade do quantitativo gerado por setor.

2.4.8. COORDENAÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO - COENP

A Coordenação de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico mantém sua proposta de representar o núcleo de inteligência e inovação do INTO, objetivando a formação de novos valores profissionais na área médica, multiprofissional e de pesquisa. No seu objetivo de oferecer ferramentas que favoreçam a construção de novas tecnologias e o desenvolvimento do pensamento científico, promove além da capacitação e qualificação, o aperfeiçoamento multiprofissional em traumatologia e ortopedia e de áreas afins que envolvam o sistema locomotor.

Mantém um quadro de profissionais capacitados, com ampla experiência em atividades docentes e de pesquisa. Dispõe de laboratórios equipados com tecnologia de ponta, para favorecer o desenvolvimento de novos protocolos de pesquisa que possam contribuir com a formação de pesquisadores qualificados e com o desenvolvimento de convênios voltados para programas de pós-graduação.

2.4.8.1.1. DIVISÃO DE ENSINO – DIENS

Coordena as ações de ensino para o público interno e externo, incluindo editoração de Periódicos, programas de residência e avaliação de projetos de pesquisa.

2.4.8.1.1.1. SERVIÇO DE ESTÁGIO E RESIDÊNCIA MÉDICA - SERMED

Responsável pela coordenação dos programas de Residência médica em Traumatologia e Cirurgia da mão, curso de aperfeiçoamento, estágio e visita técnica.

Tabela 175 - Residentes médicos por especialidade

Especialidade		Ano		
		2009	2010	2011
Traumatologia	R1	9	10	10
	R2	10	9	10
	R3	10	10	9
	R4	-	-	-
	Total	29	29	29
Cirurgia da mão	R1	02	02	02
	R2	02	02	02
	Total	04	04	04

Tabela 176 - Residentes aprovados no exame da SBOT

Descrição	2009	2010	2011
Residentes que prestaram à prova	10	10	10
Residentes aprovados	08	10	10
Taxa de residentes aprovados	80%	100%	100%

Tabela 177 - Alunos para visita médica, por Centro

Centro	2009	2010	2011
Coluna	05	08	08
Joelho	04	05	02
Mão	-	01	01
Microcirurgia	08	12	14
Ombro e Cotovelo	02	01	03
Pé e Tornozelo	-	01	-
Quadril	-	01	-
Trauma	03	03	01
Tumor	-	04	02
Anestesiologia	51	45	35
Crânio-Maxilo-Facial	19	13	15
Pediátrica	05	14	12
Fixador Externo	01	01	-
Clínica Médica	-	01	01
Reumatologia	-	-	01
Total	98	110	95

Tabela 178 - Alunos para cursos de aperfeiçoamento médico, distribuição por centro

Centro	2009	2010	2011
Coluna	02	05	05
Joelho	03	07	06
Mão	-	-	-
Microcirurgia	02	-	01
Ombro e Cotovelo	03	09	09
Pé e Tornozelo	-	02	02
Quadril	02	06	04
Trauma	01	-	02
Tumor	02	01	01
Anestesiologia	-	01	02
Cranio-Maxilo-Facial	04	07	06
Pediátrica	01	03	01
Fixador Externo	01	-	03
Total	21	41	42

Fórmula dos Indicadores

1. Taxa de residentes aprovados no exame da SBOT: N° de residentes aprovados no exame da SBOT / N° de residentes que prestaram a prova * 100.

Análise Crítica

O Serviço coordena a visita técnica, o Curso de Aperfeiçoamento em Ortopedia e o Curso de Residência médica que demonstra aumento na procura a cada ano.

Podemos acrescentar que no período de 2010, houve um equívoco no demonstrativo do Relatório de Gestão, pois foi informado que o quantitativo de residentes referente ao ano de 2009 era de 10 alunos quando o correto seria dizer 09 alunos, em função da desistência de um aluno.

Quanto ao número total de visitantes, a queda no quantitativo total está diretamente relacionada à mudança para a nova sede, tendo em vista que esta modalidade foi suspensa durante o período.

Foi desenvolvido um programa para estruturar os cursos de aperfeiçoamento, em conjunto com os Serviços, com isso a carga horária total aumentou para 1 ano objetivando proporcionar um melhor aproveitamento dos alunos. Com isso procurou-se oferecer um maior quantitativo de vagas para favorecer o intercâmbio com outras Unidades de saúde, porém os alunos de Aperfeiçoamento são em menor número que os visitantes, tendo em vista que para aperfeiçoamento é necessário o desenvolvimento de carga horária semanal mínima de 20h.

2.4.8.1.1.2. SERVIÇO DE ESTÁGIO E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - SERMU

Unidade responsável pela coordenação dos programas de visita técnica, estágio e aperfeiçoamento nas diversas áreas das ações de saúde, não médicas além dos programas de residência em enfermagem e farmácia.

Tabela 179 - Residentes por área

Especialidade		Ano		
		2009	2010	2011
Farmácia	R1	02	03	03
	R2	02	02	04
	Total	04	05	07
Enfermagem	R1	06	06	06
	R2	04	06	06
	Total	10	12	12

Tabela 180 - Aperfeiçoamento Multiprofissional segundo setor

Setor	Ano		
	2009	2010	2011
Fisioterapia	0	0	0
Enfermagem	05	06	08
Imobilização Ortopédica	05	04	05
Radiologia	08	04	09
Terapia Celular	02	04	0
Nutrição	0	0	03
Laboratório de Pesquisa Neuromuscular - PNEURO	03	03	0
Laboratório de Fisiologia do Esforço - PEFIES	0	01	0
Total	23	22	25

Tabela 181 - Estágio de Aperfeiçoamento Multiprofissional

Setor	Ano		
	2009	2010	2011
Terapia Celular	-	-	09
Laboratório de Pesquisa Neuromuscular	-	-	03
Laboratório de Fisiologia do Esforço	-	-	-
Total	-	-	12

Tabela 182 - Visita Técnica por setor

Setor	Ano		
	2009	2010	2011
Reabilitação	-	05	08
Farmácia	18	07	06
Nutrição	-	-	-
Radiologia	04	07	13
Imobilização Ortopédica	03	03	01
Enfermagem	02	01	08
Patologia Clínica	01	03	-
Terapia Celular	01	01	-
Psicologia	01	-	-
Fonoaudiologia	03	-	02
Laboratório de Pesquisa Neuromuscular	03	-	-
Laboratório de Fisiologia do Esforço	08	01	-
Saúde Ocupacional	01	01	-
Total	45	29	38

Tabela 183 - Convênios de Estágio curricular obrigatório

Instituição	Área	2010	2011
Escola Técnica CENIB	Radiologia	15	-

Tabela 184 - Visita técnica para alunos de graduação

Instituição	Área	2010	2011
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Enfermagem	-	64

Análise Crítica

O Serviço manteve a procura pela residência de farmácia em Unidade hospitalar especializada e residência de enfermagem. O quantitativo de alunos de aperfeiçoamento se manteve estável, porém a reabilitação mais uma vez não aceitou alunos para aperfeiçoamento em fisioterapia, informando dificuldades em obter preceptores para acompanhá-los. Foi criada a modalidade Estágio de Aperfeiçoamento com o objetivo de promover o intercâmbio com instituições nacionais e internacionais de ensino e pesquisa, permitindo assim, que estudantes vinculados a programas de iniciação científica em nível de graduação ou pós-graduação (mestrado e doutorado) possam participar dos projetos de pesquisa desenvolvidos no Instituto. Com isso os laboratórios de Pesquisa Neuromuscular, Pesquisa Fisiologia do Esforço e CTCel não recebem mais alunos para o Curso de Aperfeiçoamento.

Durante este período não tivemos alunos conveniados para estágio curricular obrigatório. Na modalidade de visita técnica observamos um aumento geral comparado com o ano anterior, porém, em algumas áreas observamos a redução no quantitativo de visitantes em função das atividades de mudança para a nova sede. Contudo, recebemos alunos do curso de graduação em enfermagem que participaram de aula seguida de visita técnica acompanhada de professores e guiada por profissionais do INTO.

2.4.8.1.1.2.1. ÁREA DE BIBLIOTECA - ARBLI

A Biblioteca do INTO tem como objetivo primordial facultar à força de trabalho os recursos bibliográficos necessários à investigação científica e ao ensino, desde a aquisição da bibliografia à disseminação da informação.

A sua atuação desenvolve-se com o intuito de facilitar o acesso à informação e documentação existente em seu acervo, nos mais variados suportes, através de um conjunto de serviços que promove e disponibiliza com rapidez e eficiência as solicitações dos usuários que a ela se dirigem.

Tabela 185 – Percentual de residentes frequentadores da biblioteca por semestre

Semestre	2009	2010	2011
1º	39,65	37,98	15,49
2º	33,4	26,87	25,16
Total	73,05	64,85	40,65

Tabela 186 - Frequência de usuários da biblioteca por semestre

Semestre	2009	2010	2011
1º	750	1.495	2.350
2º	2.522	2.983	1.469
Total	3.272	4478	3.819

Fórmula dos indicadores

1. Índice de residentes frequentadores da Biblioteca: N° de residentes que frequentaram a Biblioteca/ N° de usuários que frequentaram*100;

Análise Crítica

O acervo da biblioteca do INTO conta hoje com cerca de 3.900 itens, como livros, periódicos e trabalhos acadêmicos, entre outros materiais. Dispõe do auxílio da base de dados local LILDBI WEB, que possibilita a consulta à parte do acervo através de qualquer computador instalado nas dependências do INTO.

Analisando o índice de frequência de residentes, podemos observar uma significativa redução no primeiro semestre de 2011 em comparação ao mesmo período do ano anterior. Este fato está ligado diretamente ao término do programa dos residentes médicos do terceiro ano de ortopedia e dos residentes médicos do segundo ano de cirurgia da mão, bem como os residentes do segundo ano de enfermagem e farmácia. Ademais, verificamos a iniciação de novas turmas residentes. Esta redução foi agravada pelo processo de mudança para a nova sede do Instituto.

Com relação à frequência de usuários da biblioteca por semestre, observa-se uma redução da frequência em torno de 60% no 2º (segundo) semestre de 2011 comparando com o 1º (primeiro) semestre do mesmo ano. Analisando os motivos que contribuíram efetivamente para a redução, verificou-se que o processo de mudança para a nova sede foi um dos fatores que mais influenciou para este resultado uma vez que os funcionários estiveram envolvidos neste processo, e a própria Biblioteca suspendeu suas atividades ao público objetivando a dedicação exclusiva à organização, armazenamento e transporte do acervo e dos equipamentos.

2.4.8.1.1.3. SERVIÇO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA – SEDUC

Responsável pela agenda de eventos científicos do INTO, principalmente eventos da área médica e cursos de Imersão.

Tabela 187 - Eventos com participação de funcionários e público externo no Auditórios da COENP

Tipo de evento	Ano		
	2009	2010	2011
Aulas	385	244	412
Cursos	166	252	186
Palestras	586	181	225
Simpósios	11	08	3
Outros eventos	1.284	2.328	2150
Total	2.432	3.013	2.976

Tabela 188 - Utilização do Auditório da Licitação

Tipo do evento	Agendamentos
Reuniões científicas e de Colegiado	92
Cursos	02
Palestras	05
Aulas	0
Prova	01
Treinamento	03
Total	103

Tabela 189 - Utilização Sala de Reuniões CODIN

Tipo do evento	Agendamentos
Aula	01
Curso	01
Reunião	77
Palestra	2
Treinamento	7
Total	88

Análise Crítica

A redução observada no quantitativo de cursos, simpósio e outros eventos esta diretamente relacionada ao processo de mudança para a nova sede, uma vez que diversos eventos foram cancelados. Porém, observamos que a conscientização na disseminação do conhecimento por parte dos centros, serviços e áreas esta aumentando gradativamente, o que possibilita a divulgação das atividades, o aperfeiçoamento e aprimoramento dos profissionais. Os eventos como workshops e a transmissão de cirurgias ao vivo com tecnologias inovadoras oferece aos profissionais das populações remotas o conhecimento e as tecnologias produzidas no Instituto.

A Coordenação de Ensino e Pesquisa é responsável ainda por autorizar agendamento e utilização dos auditórios e recursos audiovisuais que possibilitam a realização de reuniões, palestras e eventos científicos. No ano de 2011 foram realizados 103 agendamentos para utilização do Auditório da Licitação e 88 para a Sala de Reuniões CODIN.

Metas e Ações para 2012

Está previsto para 2012, o desenvolvimento de protocolos e fluxos para oferecer maior suporte possibilitando melhor coordenação dos eventos científicos.

2.4.8.1.1.4. SERVIÇO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM – SEPEN

O SEPEN estrutura-se nas Diretrizes Nacionais para o processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS (MS – Conselho Nacional de Saúde – 2005), que recomenda *constante* construção e atualização para que haja a melhoria da qualidade dos

serviços e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela portaria 1996, de 20 de agosto de 2007. O SEPEN tem como principal objetivo elevar a qualidade da assistência de Enfermagem através da construção do conhecimento que aprimora o saber e o fazer em Enfermagem.

Tabela 190 - Aulas ministradas pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem

Aulas Ministradas	Número de aulas	Número de participantes
Aulas teóricas	197	5.290
Aulas teórico-práticas	81	1.147
Total	278	6.437

Fonte: Elaboração própria

Tabela 191 - Indicadores do Serviço de Educação Permanente de Enfermagem

Indicadores	2009	2010	2011
Número de aulas	211	269	278
Número de participantes	4.293	3.196	6.347
Número de módulos	19	16	0
Número de módulos de treinamentos	8	10	0

Fonte: Elaboração própria

Análise Crítica

Em 2011 o Serviço auxiliou no processo de preparação da Equipe de Enfermagem para a mudança do INTO para suas novas instalações. Nesta fase, permeada por constantes reuniões e tomadas de decisão foi necessário lembrar-se de que o grupo estava trabalhando sob a forte tensão de eminente mudança. O cuidado com o cliente interno tomou vulto especial, que deve perdurar durante o presente ano.

A transferência de pacientes internados para as novas instalações, contribuiu, para a capacitação de Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem para maior êxito na realização da transferência Inter hospitalar e recebimento e acomodação de cada paciente com as suas particularidades técnico-científicas.

Esta análise permite conhecer o alcance quantitativo do trabalho e revela o clima motivacional do grupo em relação às atividades oferecidas. Desta forma, ações corretivas são melhores direcionadas até que se alcance a totalidade de cada grupo alvo com os temas de estudo que precisam ser abordados.

No ano de 2011 o SEPEN não utilizou o formato de módulos para organizar os temas abordados em aulas e treinamentos. Esta estratégia visou atender melhor às necessidades apresentadas no referente ano (em especial o preparo da Equipe de Enfermagem para a mudança para o novo prédio do INTO).

Medidas Implantadas

- Para alcançar a equipe de Enfermagem de maneira efetiva, as aulas teóricas foram ministradas nos setores, evitando assim o deslocamento da equipe até os auditórios, que ficam distantes dos andares de internação. As ações de treinamentos também foram efetuadas mais próximas aos setores (ambulatório, internação, CTI, programa de líderes, dentre outros).
- Visitas às novas instalações foram feitas para o desenvolvimento de atividades de ambientação de Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem, com o objetivo de familiarização com o local e com as novas tecnologias, como, por exemplo, leitos automatizados e sistema de campainhas.
- O SEPEN mobilizou toda sua força de trabalho, que esteve presente tanto no antigo prédio quanto no novo, na data da transferência de pacientes internados para as novas instalações.

- Apoio logístico, treinamentos e participação nos simulados dos processos de trabalho que ocorreram durante a fase de transição.

Metas e ações para 2012

- Facilitar a construção, internalização e disseminação de protocolos e rotinas úteis à prestação do cuidado competente e que ocorra em um ambiente humanizado ao paciente do INTO.
- Contribuir para a sedimentação dos aspectos necessários ao bom andamento do serviço, tendo como base comunicação eficaz, ética, qualidade técnica e ambiente humanizado.
- Manter ao alcance do Serviço Noturno todas as atividades educacionais oferecidas ao Serviço Diurno.
- Consolidar das parcerias inter setoriais já existentes, para a manutenção do processo de qualidade.

2.4.8.1.2. DIVISÃO DE PESQUISA – DIPES

Unidade coordenadora de todas as ações que envolvem pesquisa no INTO, tendo como objetivo principal o assessoramento e o desenvolvimento de novas ferramentas para construção do pensamento científico da Instituição, formando profissionais críticos e atuantes, associando a pesquisa à assistência, no desenvolvimento e aperfeiçoamento de novas tecnologias.

2.4.8.1.2.1. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA & COMISSÃO CIENTÍFICA

O Comitê de Ética em Pesquisa do INTO possui nível Institucional e sua sede está localizada na COENP. É um órgão colegiado que segue a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e tem como objetivo analisar os aspectos éticos e metodológicos das pesquisas desenvolvidas nesta Instituição que envolvam seres humanos. Nas reuniões os projetos são avaliados, discutidos e, após sua aprovação, liberados para execução.

A Comissão Científica tem como objetivo orientar pesquisadores do INTO na estruturação metodológica de seus projetos de pesquisa, avaliando sua viabilidade, e acompanhando seu desenvolvimento. Os projetos aprovados são encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa do INTO.

Os artigos concluídos podem ser selecionados para publicação na “Revista do INTO” que buscam divulgar a produção científica mediante a autorização dos pesquisadores.

Tabela 192 - Projetos de pesquisa avaliados

Comissão/Comitê	2009	2010	2011
Comissão Científica	64	73	63
Comitê de Ética	57	53	55

Tabela 193 - Artigos publicados em periódicos do INTO

Publicação	2009	2010	2011
Revista do INTO	17	16	00
Revista Orto & Trauma	12	03	00

Análise Crítica

Houve uma redução no quantitativo de projetos apresentados pelos residentes médicos em função de reformulação do processo de avaliação, que está exigindo apresentação de um

projeto de pesquisa a ser desenvolvido ao longo da residência e concluído como Trabalho Final de Conclusão de Curso. O Curso de Aperfeiçoamento na área médica foi ampliado para um ano e o fato reduziu também o quantitativo de trabalhos apresentados.

Não houve publicação da Revista do INTO, uma vez que a impressão dos periódicos depende da contratação de gráfica especializada, o que dificulta sua editoração e distribuição.

Outrossim, encontra-se em desenvolvimento a estruturação de um volume contendo um “Consolidado de artigos desenvolvidos em 2011” para publicação.

2.4.8.1.2.2. PESQUISA CLÍNICA - PECLIN

Setor que reúne as atividades de pesquisa clínica envolvendo seres humanos, voltadas para Traumatologia e Ortopedia, oferecendo suporte ao desenvolvimento de novas tecnologias.

Tabela 194 - Movimento de projetos

Título	Pesquisador responsável	Setor Envolvido
Estudo do comportamento muscular após gluteoplastias	Fernando Serra	Laboratório de Pesquisa Neuromuscular – PNEURO
Estabelecimento de protocolos de acelularização de tendões para aplicação em cirurgias ortopédicas	Wallace de Mello	CTCel
Estudo da Propriocepção nas patologias do joelho	Frederic Malrich Junior	Laboratório de Pesquisa Neuromuscular – PNEURO
Avaliação do potencial biológico pró-osteogênico do hematoma fraturário antes e após fresagem para colocação de haste intramedular (HIM)	Maria Eugênia Leite Duarte	CTCel
Avaliação da predisposição genética na falta de consolidação de fraturas de ossos longos	Maria Eugênia Leite Duarte	CTCel - grupo do Trauma
Utilização de BMP-2 (INFUSE) para o tratamento de pseudoartrose diafisária estabilizada com haste intramedular	Maria Eugênia Leite Duarte	CTCel
Comparação entre a eficácia de drogas anti-osteoporóticas em pacientes com osteoporose grave - Osteoprev	Verônica Vianna	Divisão de Pesquisa - DIPES
Identificação da correlação entre polimorfismo genético e tendinopatia em atletas de alto rendimento do voleibol brasileiro	Priscila Ladeira Casado	Divisão de Pesquisa - DIPES
Avaliação da correlação entre polimorfismo genético em genes do metabolismo músculo-esquelético e lesão do manguito rotador em pacientes brasileiros	Priscila Ladeira Casado	Divisão de Pesquisa - DIPES

Análise Crítica

Os pacientes incluídos nos estudos desenvolvidos no Centro de Pesquisa Clínica – PECLIN do INTO são atendidos na própria PECLIN pelo médico responsável envolvido no projeto após seleção de acordo com os critérios delimitados nos projetos e aprovados pelo Comitê de Ética.

Os indivíduos incluídos na pesquisa e que necessitam de realização de coleta de sangue, seja para análise bioquímica ou coleta objetivando isolamento de DNA, são submetidos ao procedimento de coleta dentro da PECLIN que possui um espaço direcionado e adaptado para este tipo de procedimento, facilitando assim o fluxo clínico.

As amostras coletadas fora da PECLIN, como ocorre com os atletas jogadores da superliga de voleibol masculino, submetidos a coleta de saliva no Estádio do Maracanãzinho, são devidamente transportadas e acondicionadas a -20°C pelos funcionários da PECLIN.

Todas as amostras coletadas pertencentes a todos os projetos realizados na PECLIN são armazenadas a -20°C em uma sala específica para o armazenamento de material biológico, após devida protocolagem e identificação. Estas amostras incluem tendão, líquido sinovial, saliva e sangue.

Após devido armazenamento, as amostras seguem um fluxo para o laboratório de Terapia Celular – CTCel – objetivando realização dos procedimentos laboratoriais.

Todos os indivíduos incluídos na pesquisa assinam voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido após devida palestra explicativa do projeto em execução.

Todas as fichas clínicas e termos de consentimento livre e esclarecido ficam devidamente protocolados e armazenados na PECLIN.

2.4.8.1.2.3. PESQUISA BÁSICA – PEBAS

Unidade responsável pelo desenvolvimento das atividades de pesquisa básica que abrangem estratégias de medicina regenerativa além de reprodução e desenvolvimento de protocolos relacionados a novas tecnologias para o tratamento do sistema musculoesquelético. O setor conta com as atividades do Centro de Terapia Celular e Bioengenharia Ortopédica – CTCel

O CTCel é o primeiro laboratório de pesquisa do país especializado em terapia celular e medicina regenerativa, voltado exclusivamente para o tratamento das doenças do aparelho locomotor. Sua principal proposta consiste no desenvolvimento de projetos de pesquisa básica e protocolos clínicos no âmbito da Medicina Regenerativa, utilizando a terapia celular e a bioengenharia tecidual como principais ferramentas.

O foco da pesquisa básica desenvolvida no CTCel é compreender o comportamento das células-tronco e progenitores dos tecidos musculoesqueléticos adultos (osso, cartilagem, músculo e tendão), in vivo e in vitro, de maneira a permitir e, principalmente, fundamentar novos protocolos clínicos que venham a utilizar a terapia celular e a bioengenharia. O laboratório de manipulação de células ligado ao CTCel possui infraestrutura para isolamento, expansão, congelamento, ensaios bioquímicos, histológicos e moleculares essenciais para o desenvolvimento dos projetos de pesquisa.

Na pesquisa clínica, o CTCel é responsável por elaborar e executar protocolos que utilizam as terapias celulares. A sua proposta principal consiste no aprimoramento dos atuais tratamentos e o estabelecimento de novos protocolos terapêuticos em Ortopedia e Traumatologia.

Trabalhando em colaboração com Institutos de pesquisa nacionais e internacionais, o CTCel tem como principal missão estabelecer tratamentos inovadores em Ortopedia e Traumatologia para atender, através do SUS, a demanda nacional.

Tabela 195 - Indicadores PeBAS

Descrição	2010	2011	Meta
Apresentações em Congressos	06	06	06
Colaborações DITMT - CTCel	03	01	03
Número de Colaborações	03	03	03
Profissionais com Doutorado	03	03	03
Profissionais com Mestrado	02	02	02
Profissionais vinculados a atividades de pesquisa	09	10	09
Profissionais vinculados a programas de pós-graduação	02	02	02
Publicações em periódicos	03	04	03

2.4.8.1.2.4. PESQUISA NEUROMUSCULAR - PNEURO

Unidade que desenvolve projetos na área do controle neuromuscular associando medidas de força muscular e/ou atividade elétrica do músculo com tarefas que exijam proficiência do sistema somatosensorial. Suas atividades estão em consonância com as questões ortopédicas concernentes a função das estruturas capsuloligamentares nas patologias e após acessos cirúrgicos em diferentes articulações. Além disso, promove a avaliação da função neuromuscular, com atletas e não atletas, não somente para aperfeiçoamento do desempenho humano, como também para contribuir na minimização do potencial de lesão.

Tabela 196 - Principais atividades PNEURO

Indicador	Meta	2009	2010	2011
Apresentações em congresso	03	02	06	01
Profissionais com Doutorado	03	01	01	01
Profissionais com Mestrado	01	01	01	02
Profissionais vinculados a atividades de pesquisa	02	02	02	06
Estagiários vinculados a programas de pós graduação	03	0	01	01
Projetos avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética	04	02	03	10
Projetos em desenvolvimento ^a	-	04	07	15
Publicações em periódicos	02	01	02	01

a Não há meta, uma vez que o item representa um controle dos projetos levados a efeito a partir da aprovação pelo Comitê de Ética.

Tabela 197 - Desenvolvimento de novas tecnologias

Título	2010	2011
Programa de avaliação proprioceptiva	01	
Sistema de aquisição de EMG com eletrogoniometria para cadeira extensora	-	1
Total	01	01

Tabela 198 - Assistência ao esporte

Classe	2010	2011
Seleção Brasileira de Voleibol	01	05
Rio de Janeiro Vôlei Clube – Unilever	01	02
Fluminense Futebol Clube	01	-
Confederação Brasileira de Desportos Aquáticos	-	01
Total	03	08

Tabela 199 - Parcerias no desenvolvimento de pesquisas

Instituição	2010	2011
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	01	01
Comitê Olímpico Brasileiro - COB	01	01
Total	02	02

Análise Crítica

Durante o período de 2011, o Laboratório de Pesquisa Neuromuscular buscou alcançar suas metas, considerando algumas restrições vivenciadas por motivo de mudança para a nova sede. Tal evento paralisou as atividades em desenvolvimento para que fosse realizado o desmonte dos equipamentos e posteriormente remontagem e calibragem.

Possui a expectativa para 2012 de ampliação das atividades gerando mais possibilidades de projetos e pesquisa no INTO.

2.4.8.1.2.5. PESQUISA FISILOGIA DO ESFORÇO – PEFIES

Unidade responsável pelo desenvolvimento de projetos na área de fisiologia do esforço, com avaliação cardiorrespiratória detalhada, possibilitando a realização de pesquisas relacionadas à ventilação durante esforço, efeitos de estimulação colinérgica sobre o débito cardíaco em atletas, bem como o estabelecimento de protocolos de avaliação para aplicação em atletas e pacientes.

Tabela 200 - Principais atividades PFies

Indicador	Meta	2009	2010	2011
Apresentações em congresso	03	15	05	00
Profissionais com Doutorado	03	00	00	01
Profissionais com Mestrado	01	01	01	02
Profissionais vinculados a atividades de pesquisa	02	03	03	01
Estagiários vinculados a programas de pós graduação	03	-	01	00

Análise Crítica

Não foram realizadas atividades no Laboratório de Pesquisa de Fisiologia do Esforço em 2011 devido à inexistência de contrato para manutenção/reparo dos equipamentos e dispositivos de alta tecnologia necessários para a conduta da rotina laboratorial adequada e confiável. As coletas de dados experimentais tornaram-se totalmente inviáveis. Atualmente, o PeFies conta com um projeto submetido e aceito pelo comitê de ética institucional, por um profissional qualificado para sua execução, contudo, o avanço em desenvolvimento depende da tramitação dos processos administrativos para sua execução.

2.4.8.2. COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL – CODIN

A CODIN é responsável pela representação institucional do INTO e sua inserção nas políticas do Ministério da Saúde. Também representa a instituição perante as demais instituições. Compete à Coordenação por meio da Divisão de Desenvolvimento, Inovação e Política em Traumatologia e Ortopedia gerir programas e projetos tais como o Tratamento Fora de Domicílio – TFD para pacientes não residentes no Rio de Janeiro, o Projeto Suporte e o Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde, além de prestar assessoria técnica ao Ministério da Saúde em Traumatologia e Ortopedia. A gerência do Banco de tecidos está vinculada à Divisão de Transplantes Multitecidos.

2.4.8.2.1. DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO, INOVAÇÃO E POLÍTICA EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA – DIDIP

2.4.8.2.1.1. Serviço de Epidemiologia e Vigilância em Ortopedia e Traumatologia - SEPIV

Alinhado com a SBOT e com a ANVISA o INTO, através do SEPIV, gerencia o banco de dados onde são registrados todos os pacientes submetidos à Artroplastias de Joelho e Quadril, com seus principais dados epidemiológicos tais como idade, sexo, causa da intervenção cirúrgica, entre outros, bem como um detalhado registro dos implantes utilizados, seus fabricantes, modelos e respectivos números de série.

Estas informações são fundamentais para o planejamento de ações de promoção à saúde, prevenindo ou atuando mais precocemente nas principais enfermidades que levam a necessidade de cirurgias de substituição articular, bem como surpreender uma falha em um determinado implante em tempo de substituí-lo com a maior brevidade possível e menor dano a saúde do paciente.

2.4.8.2.1.2. Serviço de Projetos - SEPRO

Projeto Suporte

O Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Pré-existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-operatória no âmbito do SUS – Projeto Suporte foi instituído por meio da portaria nº 401/GM de 16 de março de 2005. Foi regulamentada a atuação do projeto e estabelecida a celebração de protocolos de cooperação técnica, entre o Ministério da Saúde através do INTO e os governos estaduais e municipais, representados pelas suas Secretarias de Saúde. O Projeto Suporte tem por objetivo:

- Apoiar tecnicamente a estruturação das redes de atenção em ortopedia e traumatologia em todo o país, em linha com os objetivos traçados pelas três esferas de governo referentes à política de saúde;
- Humanizar o atendimento ao paciente, permitindo que o tratamento e a recuperação se dêem junto aos familiares e amigos através de ações assistenciais nos diversos estados convenientes;
- Capacitar e aperfeiçoar os profissionais de saúde através de jornadas científicas e aprendizado prático de procedimentos de ortopedia e traumatologia;
- Promover a aquisição e cessão de equipamentos relacionados à ortopedia e traumatologia para as Secretarias de Saúde conveniadas.

Gráfico 28 - Ações Cirúrgicas

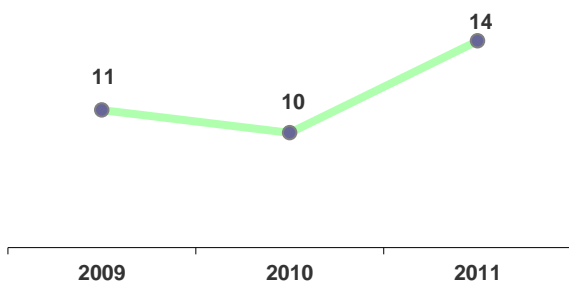


Gráfico 29 - atendimentos Ambulatoriais

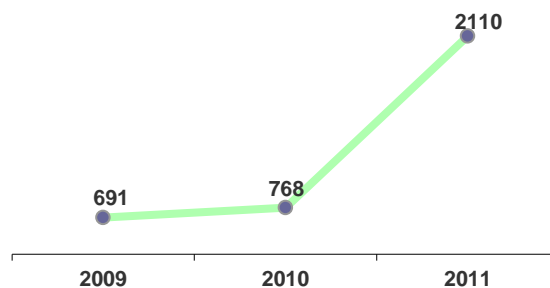


Gráfico 30 - Atendimentos Cirúrgicos

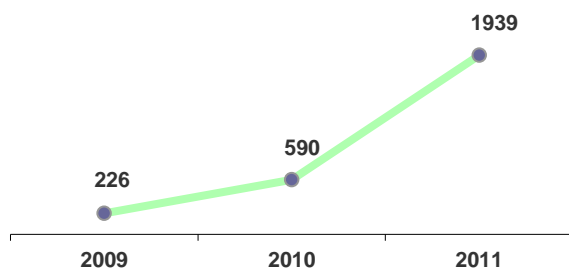


Gráfico 31 - Ações Científicas

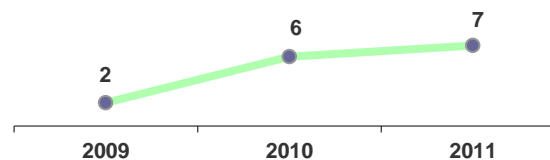


Tabela 201 - Ações ambulatoriais, atendimentos ambulatoriais e cirurgias realizadas por UF

UF	Ações cirúrgicas	Atendimentos ambulatoriais	Cirurgias
AC	4	100	101
MG	1	-	23
PI	1	25	11
PA	1	20	6
PB	2	33	43
RJ	1	1613	1613
RO	2	194	100
RR	2	125	42
Total	14	2.110	1.939

Gráfico 32 - Cirurgias por especialidade

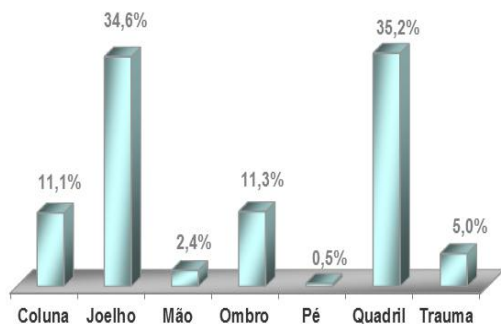
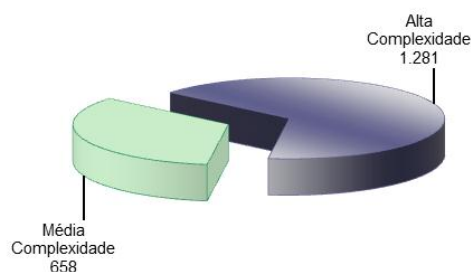


Gráfico 33 - Procedimentos por complexidade



Análise Crítica

Considerando a relação entre 2010 e 2011 houve um aumento de 40% no número de ações cirúrgicas, passando de 10 para 14, acompanhado de um aumento importante no número de cirurgias realizadas de 142 para 326, representando um aumento em torno de 130%, excetuando-se as cirurgias realizadas junto a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, por se tratar de uma ação continuada. A ação junto a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro iniciada em 2010 gerou um incremento no número de cirurgias realizadas. A mesma ação foi responsável por 1613 pacientes beneficiados em 2011 viabilizados pelo Projeto Suporte. Considerando todo o universo de pacientes atendidos pelo Projeto suporte, foram realizados 66% procedimentos de alta complexidade.

2.4.8.2.1.3. Serviço de Normas e Políticas em Traumatologia e Ortopedia – SENOP

O SENOP é o setor responsável pela gestão do Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD para pacientes não residentes no Rio de Janeiro e pela consultoria técnica em ortopedia prestada ao Ministério da Saúde.

O INTO apoia a CNRAC em duas modalidades, como único hospital consultor do sistema em ortopedia e como seu principal executante. Cabe ao hospital consultor aprovar ou não a indicação cirúrgica de cada um dos laudos inscritos no sistema. Em 2011 o INTO foi responsável por mais de 84% dos procedimentos cirúrgicos realizados por solicitação do CNRAC.

Programa de Tratamento Fora de Domicílio - TFD

Tabela 202 - Número de AIHs TFD/CNRAC

AIH's	2009	2010	2011
Total	38	129	165
Média mensal	3	10	13

Tabela 203 - Internações TFD/CNRAC

Centro	Pacientes	Internações	Tempo total de internação (Dias)	Tempo médio de internação (Dias)
Pé	1	1	12	12
Tumor	4	4	36	09
Mão	5	6	41	07
Centro de pelve e acetábulo	2	2	43	22
Ombro	7	7	124	18
Microcirurgia	15	16	172	11
Infantil	11	18	391	22
Coluna	18	20	546	27
Joelho	32	32	554	17
Fixador externo	17	19	601	32
Centro de trauma adulto	20	22	617	28
Quadril	75	77	1.628	21
Total Geral	207	224	4.765	21^a

a. Razão do tempo total de internação pelo número de internações

Tabela 204 - atendimentos ambulatoriais pós-cirúrgicos

CAE's	Pacientes	Consultas
Crânio maxilo-facial	1	8
Pelve e acetábulo	2	2
Tumor	3	5
Mão	6	16
Pé	7	11
Ombro	8	14
Joelho	15	20
Microcirurgia	17	27
Infantil	17	31
Coluna	18	23
Fixador externo	22	57
Trauma	22	46
Quadril	47	59
Total Geral	185	319

Tabela 205 - atendimentos ambulatoriais pós-cirúrgicos complementares

Área	Atendimentos
Reumatologia	1
Clinica da dor	3
Clinica medica	4
Enfermagem	6
Infecção	8
Psicologia	13
Fisiatria	19
Terapia ocupacional	22
Serviço social	29
Fisioterapia	45
Total Geral	150

Assessoria Técnica ao Ministério da Saúde

O INTO presta consultoria técnica ao Ministério da Saúde em questões que envolvam a formulação de pareceres na área de ortopedia, na maioria das vezes, para embasar respostas ao poder público ou sobre adequação/revisão dos procedimentos que compõem a tabela do SUS. No ano de 2010 foram emitidos 131 pareceres contra 201 em 2011.

Análise Crítica

Considerando apenas os casos cirúrgicos que resultaram em obtenção de AIH junto à Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, a média mês passou de 03 em 2009 para 10 em 2010 e por fim 13 em 2011. Cabe destacar que o número de 2011 foi impactado pelo processo de mudança do INTO para sua nova sede iniciado no final do ano, apesar de leve elevação.

De forma mais ampla, o programa demandou ao Instituto um total de 224 internações para 207 diferentes pacientes.

2.4.8.2.1.4. Serviço de Desenvolvimento e Inovação – SEDIN

Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde-NATS

Atualmente, há uma grande pressão pela incorporação de tecnologias na área da saúde. Tal fato, além de impactar no orçamento institucional, produz uma restrição ao acesso aos serviços de saúde, visto que não é possível garantir, a todo mundo, todas as intervenções. O arsenal de intervenções na atenção à saúde é vasto e compreende como tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos, dispositivos e procedimentos médico-cirúrgicos e os sistemas organizacionais e de suporte mediante os quais o cuidado é dispensado. Nesse contexto, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) tem como objetivo subsidiar as tomadas de decisões quanto ao impacto da tecnologia em saúde, além de auxiliar na contenção de gastos, avaliando os custos decorrentes do uso dessas tecnologias.

Como parte da estratégia de fortalecimento do grupo de trabalho de formação profissional e educação continuada da REBRATS – Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde, foram criados os Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), em hospitais de ensino, como passo inicial para previsão de expansão da rede nos serviços de saúde.

O INTO é um NATS desde 2010, quando passou a ser oficialmente membro da REBRATS. A função do NATS é introduzir a cultura de ATS nas unidades hospitalares, por meio da utilização de evidências científicas disponíveis, auxiliando o gestor hospitalar na tomada de decisões quanto à inclusão de novas tecnologias, avaliação das tecnologias já difundidas e seu uso racional.

Medidas implantadas

- Capacitação através do Curso à distância de Avaliação de Tecnologias em Saúde, parceria entre Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária (IECS);
- Realização do Curso de Capacitação Profissional em Pesquisa Clínica, ministrado pela Invitare;
- Participação no Congresso Mundial de Avaliação de Tecnologias em Saúde (HTAi), no Rio de Janeiro, com a apresentação do estudo da profilaxia de trombose venosa profunda (TVP) em pacientes submetidos a artroplastia total de quadril e joelho; e integrante da mesa de debate do Congresso Mundial de Avaliação de Tecnologias em Saúde (HTAi).

- Participação na Oficina de Pareceres Técnico-Científicos, realizada em Brasília entre os dias 31/10 e 04/11/11;
- Capacitação através do Curso sobre Utilização de Ferramentas para Avaliação de Tecnologias em Saúde, realizado entre os dias 17 e 19 de novembro de 2011, parceria entre INCA e IECS;
- Rastreamento de todos os pacientes com TVP no instituto.

2.4.8.2.2. DIVISÃO DE TRANSPLANTES DE MULTITECIDOS - DITMT

A Divisão compreende três áreas: Área de Manejo Tecidual; Área de controle de Qualidade e Área de pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico.

A Área de Manejo Tecidual é responsável pela realização de todas as etapas necessárias à disponibilização de tecidos músculos-esqueléticos para transplante, desde sua captação a partir de doadores até a liberação para procedimento cirúrgico. Na Área de Controle de Qualidade é realizado todo controle de manutenção de aparelhos, validade dos materiais, estatísticas relacionadas ao setor e melhorias que envolvam o tecido músculo-esquelético disponibilizado para transplante. A Área de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico é responsável pelas pesquisas e desenvolvimento de novas tecnologias e validações de metodologias que envolvam tecidos para transplante.

A DITMT é referência nacional para a atividade de banco de tecidos musculoesquelético no Ministério da Saúde, prestando consultorias e pareceres relativos a esta atividade para outros Estados da União.

Tabela 206 - Trabalhos científicos e participação em eventos - DITMT

	2010	2011
Pesquisas em desenvolvimento	03	04
Participação em Congressos	01	01
Participação em cursos e seminários	04	04

Fonte dos dados: elaboração própria.

Tabela 207 - Produção anual da DITMT

	2010	2011
Número de captações de doadores cadáveres	15	19
Número de notificações de doadores cadáveres	190	294
Número de casos avaliados <i>in loco</i> pela Equipe DITMT	-	50
Taxa de captação realizada de doador cadáver (%)	8%	6,4%
Número de processamentos realizados	46	60

Fonte de dados: elaboração própria e MV Sistemas

Tabela 208 - Taxa de captações realizadas por tipo de doador cadáver

Tipo de doador	2010	2011
Taxa de doação por coração parado	0%	0%
Taxa de doação por morte encefálica	86%	68%
Taxa de doação pós-parada cardiorrespiratória	14%	32%

Fonte dos dados: elaboração própria e MV Sistemas

Para a DITMT, os casos pós-parada cardíaca compreendem àqueles pacientes que apresentam uma parada cardiorrespiratória dentro do hospital, nas quais manobras de ressuscitação não foram efetivas, os dados do pacientes são conhecidos. Os casos de coração parado compreendem àqueles pacientes admitidos no hospital em parada cardiorrespiratória. É desconhecido o intervalo de tempo entre a parada cardiorrespiratória e o início das manobras de ressuscitação. Esse conceito está de acordo com protocolo estabelecido pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO).

Tabela 209 - Motivos de não captação de doadores cadáveres

Motivos	2010	2011
Recusa familiar	40%	49,9%
Hemodiluição	2,5%	1%
Hemotransfusão (Sem conhecimento da procedência)	5,6%	0,4%
Idade	4,6 %	6,1%
Sorologia	5,6%	4,3%
Infecção	10,5%	12,2%
Tempo estendido de notificação pós PCR	15,7%	10,4%
Usuário de drogas	1,9%	0,4%
Sem Critério de ME	4,7%	7%
Outros não especificados pela CNCDO-RJ	8,9%	8,3%
Total	100%	100%

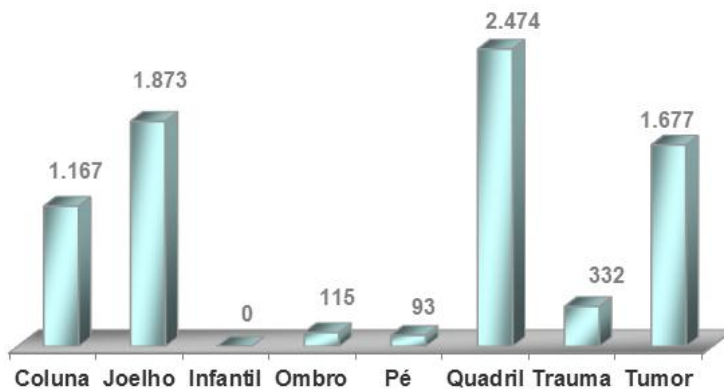
Fonte: Elaboração própria

Tabela 210 - Indicadores DITMT

Indicadores	2010	2011
Utilização de enxerto ósseo no INTO	2,2%	3,9%
Índice de utilização	4,8%	7,5%
Índice de contaminação pré-processamento	6,6%	0,82%
Índice de contaminação pós-processamento	26,2%	24,7%
Percentual de descarte	20,4%	6,4%
Média de peso de tecido musculoesquelético captado	2.336,6g	2.698,5g
Tempo médio entre a captação e o primeiro processamento	6,5 dias	13,27 dias

Fonte: elaboração própria e MV Sistemas

Gráfico 34 - Enxerto ósseo, em peso(g), utilizado por centro do INTO



Fonte dos dados: elaboração própria e MV Sistemas

Gráfico 35 - Enxerto ósseo utilizado em (g), no INTO e para outras instituições

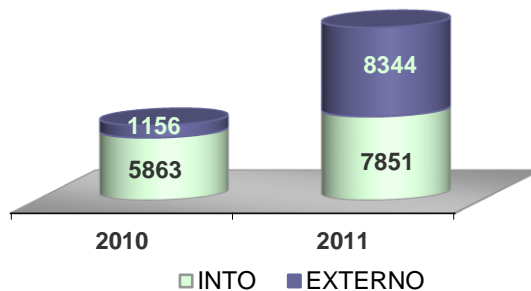


Tabela 211 - Procedimentos cirúrgicos utilizando enxerto ósseo por centro ortopédico

CAEs	2010	2011
Quadril	40%	32%
Coluna	25%	20%
Tumor	19%	19%
Ombro	0%	3%
Joelho	30%	20%
Pé	2%	1%
Infantil	0%	3%
Trauma	5%	1%

Fonte: Elaboração própria e MV Sistemas

Tabela 212 - Cirurgias realizadas utilizando enxerto ósseo por Instituição

Instituição	2010	2011
INTO	43	73
COPA D'OR	2	9
IOPUC	5	29
HGCR	4	17
HCUFU	1	12
HSA	0	2
HOG	0	3
HNSJ	0	1

Fonte: Elaboração própria e MV Sistemas

Fórmula dos indicadores

1. Percentual de captações de doador cadáver: $(N^{\circ} \text{ de captações de doador cadáver} / \text{total de notificações de doador cadáver}) * 100$
2. Taxa de doação por coração parado: $(N^{\circ} \text{ de doadores de coração parado} / \text{total de captações realizadas}) * 100$
3. Taxa de doação por morte encefálica: $(N^{\circ} \text{ de doadores de morte encefálica} / \text{total de captações realizadas}) * 100$
4. Taxa de doação pós-parada cardiorrespiratória: $(N^{\circ} \text{ de doadores pós - parada cardiorrespiratória} / \text{total de captações realizadas}) * 100$
5. Utilização de enxerto ósseo no INTO: $\text{total de cirurgias que utilizaram enxerto ósseo no INTO} / \text{total de cirurgias realizadas no INTO}$
6. Índice de contaminação pré-processamento: $(\text{Total de peso contaminado pré-processamento} / \text{total de peso gerado pós-processamento}) * 100$
7. Índice de contaminação pós-processamento: $(\text{Total de peso contaminado pós-processamento} / \text{Total de peso gerado pós-processamento}) * 100$
8. Percentual de descarte: $(\text{Total de peso descartado após a captação} / \text{Total de peso captado}) * 100$
9. Média de peso de tecido músculo esquelético captado: $\text{Peso(g) captado} / \text{total de captações}$

Pesquisas em desenvolvimento

1. Análise das alterações colorimétricas pós-irradiação de tecido ósseo de Banco de tecido Musculoesquelético submetido à avaliação pela Coordenação de Ensino e Pesquisa.
2. Estudos preliminares de padronização de material para acondicionamento de enxerto ósseo humano utilizado em transplante, apresentado no XII Congresso Brasileiro de Transplantes promovido pela ABTO – de 01 a 04 de outubro de 2011.

Atividades do setor no ano de 2011

A Divisão prestou assessorias como uma palestra ministrada no evento “Acessibilidade” no Tribunal da Justiça Federal – Brasília, em 25/03/2011. Curso de Imersão em Transplante Ósseo – FREZATO, participações em congressos, cursos, palestras, reuniões da Câmara técnica e publicação de matérias.

Análise Crítica

Ao analisarmos o número de captação com doador cadáver ocorrida em 2011, observa-se aumento de 21,06% quando comparada ao ano de 2010. Isto se deve a uma melhora da triagem nas notificações feitas a DITMT realizada pela CNCDO-RJ, evidenciando aumento no primeiro semestre, com média anual 1,6 captações e cinco processamentos / mês.

A redução na taxa de captação realizada de doador cadáver pode ser justificada, pelo fato de a DITMT, através da parceria realizada com a CNCDO-RJ, ter acesso a todas as notificações que entram naquela instituição, computando desta forma casos de exclusão para tecido musculoesquelético, com diminuição do índice em questão.

Verifica-se diminuição de 21% nas taxas de captações relacionadas à morte encefálica e aumento expressivo de 128% de captações pós-parada cardíaca, quando comparado a 2010. Estes dados corroboram o trabalho realizado junto a CNCDO-RJ, no qual foi ressaltado como maior doador em potencial o paciente pós-parada cardíaca.

Em relação aos motivos para a não captação, observa-se que a recusa familiar continua sendo a maior causa para a não doação de tecido musculoesquelético. Este fato ocorre, na maioria das vezes, devido à desinformação da família em relação à doação.

A segunda causa para não captação diz respeito à sepse, e justifica-se pelo fato do maior número de captações ser realizado em pacientes com morte encefálica, que permanecem internados por mais tempo, o que facilita o desenvolvimento de infecção.

A seguir vêm os casos relacionados a tempo estendido de notificação pós-PCR, o que mostra que se faz necessária uma ação junto à CNCDO-RJ e às CIHDOTTs da rede hospitalar do Estado, com objetivo de desenvolver atividades junto aos profissionais de saúde visando diminuir o tempo entre a notificação e a captação.

A queda de 92,86% referente a descarte devido à hemotransfusão ocorreu em virtude de adequação à legislação vigente, que permite a captação de doador submetido à transfusão somente se a origem do sangue ou hemocomponente for controlada (Portaria ministerial 2600, outubro de 2009).

Verifica-se aumento na média de peso de tecido musculoesquelético captado. Tal fato se deve a avaliação *in loco*, a partir deste ano, pela Equipe da DITMT dos casos a serem captados, viabilizando assim a captação de um maior quantitativo de tecido.

Em relação à realização de transplantes musculoesqueléticos, observa-se aumento de 25% em relação a 2010 na utilização e participação mais distribuída entre os diversos grupos de especialidades, com liderança do grupo do quadril, com maior número de cirurgias e peso de enxertos utilizados, seguido pelos grupos do joelho, tumor e coluna, respectivamente. Em relação à realização de transplantes musculoesqueléticos com tecido proveniente da DITMT fora do INTO, observa-se incremento de 722% em relação a 2010, com 78 cirurgias externas ao INTO realizadas em hospitais nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina e Goiás. Desta maneira, foi permitida a cirurgia dos pacientes em questão em seus locais de origem, sem a necessidade de migração para outros estados e/ou serviços especializados. Isso se deve a uma maior produção do banco de tecidos, a qual favoreceu o atendimento ao SUS através de pedidos de outros hospitais de outros estados. Além de maior difusão do banco de tecidos entre as centrais estaduais de transplante (CNCDO's), as quais entraram em contato para requerer tecidos para atender as suas demandas.

Quanto aos indicadores específicos da DITMT, ocorreu redução dos percentuais de contaminação do tecido no pré e pós-processamento, assim como do percentual de descarte, o que pode estar correlacionado a atividades de educação continuada e aperfeiçoamento da equipe para o procedimento de captação.

O aumento médio de 6,9 dias entre o tempo médio de captação e o primeiro processamento, se deve ao período de mudança do INTO para a nova sede, no qual a DITMT ficou impossibilitada de processar os tecidos captados até a nova certificação das salas classificadas e vistoria da vigilância sanitária no novo local.

Metas e ações para 2012

- Manutenção do programa de capacitação dos membros da equipe lotada no banco de tecidos em todas as atividades de enfermagem realizadas na DITMT, através de aperfeiçoamentos específicos.
- Reduzir o descarte dos tecidos musculoesqueléticos captados.
- Iniciar programa de sistematização da assistência em transplante de tecido musculoesquelético no INTO.
- Manter acompanhamento e avaliação pós-transplante das cirurgias realizadas com tecido ofertado pelo Banco de tecido musculoesquelético do INTO.
- Aprimorar link de comunicação com a CNCDO-RJ durante o processo de notificação/captação.
- Realizar atividades educativas visando aumentar o índice de doação de potenciais doadores em quadro de pós-parada cardíaca

3. INFORMAÇÕES SOBRE O RECONHECIMENTO DE PASSIVOS POR INSUFICIÊNCIA DE CRÉDITOS OU RECURSOS

Não houve ocorrência no período

4. INFORMAÇÕES SOBRE A MOVIMENTAÇÃO E OS SALDOS DE RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES

4.1. PAGAMENTOS E CANCELAMENTOS DE RESTOS A PAGAR DE EXERCÍCIOS ANTERIORES

Quadro 7 - Situação dos Restos a Pagar de Exercícios Anteriores.
Restos a Pagar Processados

Ano de Inscrição	Montante Inscrito	Cancelamentos Acumulados	Pagamentos Acumulados	Saldo a Pagar em 31/12/2011
2010	1.410.341,78	2.291,86	1.408.049,92	0,00
2009	4.663,41	4.663,41	0,00	0,00
2008	2.785.995,14	0,00	2.785.995,14	0,00

Restos a Pagar Não Processados

Ano de Inscrição	Montante Inscrito	Cancelamentos Acumulados	Pagamentos Acumulados	Saldo a Pagar em 31/12/2011
2010	55.138.204,17	4.274.457,71	40.819.368,50	10.044.377,96
2009	6.949.023,06	6.949.023,06	0,00	0,00

Observações: Os saldos de restos a pagar não processados foram cancelados no encerramento do exercício, conforme art. 68 do decreto 93.872/86 e decreto Nº 7.654 de 23 de dezembro de 2011.

Fonte: SIAFI

4.2. ANÁLISE CRÍTICA

Os restos a pagar processados e não processados anteriores ao exercício de 2010 foram cancelados conforme solicitado na mensagem SIAFI 2011/1571438 de 4/11/2011.

Dos pagamentos em 2011 de restos a pagar processados, a maior parte trata-se de RP inscritos em 2008, cuja natureza de despesa é aquisição de material permanente fornecido no final de 2010. O restante trata-se de fornecimento de material de consumo (32%) e prestação de serviço (2%). Estes não puderam ser pagos no exercício anterior por problemas no SICAF das empresas ou pela chegada tardia na Divisão Financeira dos processos de pagamento cuja apropriação foi feita por outros setores no final do exercício de 2010. O saldo a pagar dos restos a pagar não processados é, em grande parte, resultado do saldo de empenho destinado à obra da nova sede, cujo pagamento foi suspenso em função do relatório de Auditoria CGU 251219-UCI 170130 e ofício TCU 88/2011-03.

5. INFORMAÇÕES SOBRE OS RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE

5.1. COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES ATIVOS

5.1.1. Demonstração da força de trabalho à disposição da UJ

Quadro 8 – Força de Trabalho da UJ – Situação Apurada em 31/12

Tipologias dos Cargos	Lotação		Ingressos no exercício	Egressos no exercício
	Autorizada	Efetiva		
1. Servidores em cargos efetivos				
1.1. Membros de poder e agentes políticos				
1.2. Servidores de Carreira	2.101	2.101	73	49
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	2.101	2.101	73	49
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado				
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório				
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas				
2. Servidores com Contratos Temporários	86	86	39	17
3. Total de Servidores (1+2)	2.187	2.187	112	66

5.1.2. Situações que reduzem a força de trabalho efetiva da UJ

Quadro 9 - Situações que reduzem a força de trabalho da UJ – Situação apurada em 31/12

Tipologias dos afastamentos	Quantidade de pessoas na situação em 31 de dezembro
1. Cedidos	19
1.1. Exercício de Cargo em Comissão	10
1.2. Exercício de Função de Confiança	
1.3. Outras situações previstas em leis específicas (especificar as leis)	9
2. Afastamentos (2.1+2.2+2.3+2.4)	3
2.1. Para Exercício de Mandato Eletivo	-
2.2. Para Estudo ou Missão no Exterior	3
2.3. Para Serviço em Organismo Internacional	-
2.4. Para Participação em Programa de Pós-graduação Stricto Sensu no País	
3. Removidos	33
3.1. De ofício, no interesse da Administração.	15
3.2. A pedido, a critério da Administração	16
3.3. A pedido, independentemente do interesse da Administração para acompanhar cônjuge/companheiro	-
3.4. A pedido, independentemente do interesse da Administração por Motivo de saúde	2
3.5. A pedido, independentemente do interesse da Administração por Processo seletivo	-
4. Licença remunerada	175
4.1. Doença em pessoa da família	175
4.2. Capacitação	-
5. Licença não remunerada	2
5.1. Afastamento do cônjuge ou companheiro	1
5.2. Serviço militar	-
5.3. Atividade política	-
5.4. Interesses particulares	1
5.5. Mandato classista	-
6. Outras situações (Especificar o ato normativo)	
7. Total de servidores afastados em 31 de dezembro (1+2+3+4+5+6)	232

5.1.3. Quantificação dos cargos em comissão e das funções gratificadas da UJ

Quadro 10 - Detalhamento Estrutura de Cargos em comissão e funções gratificadas da UJ – Em 31/12

Tipologias dos cargos em comissão e das funções gratificadas	Lotação		Ingressos no exercício	Egressos no exercício
	Autorizada	Efetiva		
1. Cargos em comissão	-	34	-	-
1.1. Cargos Natureza Especial				
1.2. Grupo Direção e Assessoramento superior		17		
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão		11		
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado				
1.2.3. Servidores de outros órgãos e esferas				
1.2.4. Sem vínculo		6		
1.2.5. Aposentados				
2. Funções gratificadas	-	2	-	-
2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão		2		
2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado				
2.3. Servidores de outros órgãos e esferas				
3. Total de servidores em cargo e em função (1+2)	-	36	-	-

Fonte: SIAFI

5.1.4. Qualificação do quadro de pessoal da UJ segundo a idade

Quadro 11 - Quantidade de servidores da UJ por faixa etária - Situação apurada em 31/12

Tipologias do Cargo	Quantidade de Servidores por Faixa Etária				
	Até 30 anos	De 31 a 40 anos	De 41 a 50 anos	De 51 a 60 anos	Acima de 60 anos
1. Provedimento de cargo efetivo					
1.1. Membros de poder e agentes políticos	0	0	0	0	0
1.2. Servidores de Carreira	491	922	481	209	53
1.3. Servidores com Contratos Temporários	26	44	32	13	1
2. Provedimento de cargo em comissão					
2.1. Cargos de Natureza Especial	0	0	0	0	0
2.2. Grupo Direção e Assessoramento Superior	0	2	7	6	1
2.3. Funções gratificadas	0	1	1	0	0
3. Totais (1+2)	517	969	521	228	55

Fonte: SIAFI

5.1.5. Qualificação do quadro de pessoal da UJ segundo a escolaridade

Quadro 12 - Quantidade de servidores da UJ por nível de escolaridade - Situação apurada em 31/12

Tipologias do Cargo	Quantidade de pessoas por nível de escolaridade								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Provedimento de cargo efetivo									
1.1. Membros de poder e agentes políticos									
1.2. Servidores de Carreira			11	21	1108	1014		2	1
1.3. Servidores com Contratos Temporários					13	73			
2. Provedimento de cargo em comissão									
2.1. Cargos de Natureza Especial									
2.2. Grupo Direção e Assessoramento Superior					6	11			
2.3. Funções gratificadas						2			
3. Totais (1+2)			11	21	1122	1100		2	1

LEGENDA – Nível de escolaridade: 1 - Analfabeto; 2 - Alfabetizado sem cursos regulares; 3 - Primeiro grau incompleto; 4 - Primeiro grau; 5 - Segundo grau ou técnico; 6 - Superior; 7 - Aperfeiçoamento / Especialização / Pós-Graduação; 8 – Mestrado; 9 – Doutorado/Pós Doutorado/PhD/Livre Docência; 10 - Não Classificada.

5.2. COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES INATIVOS E PENSIONISTAS

5.2.1. Classificação do quadro de servidores inativos da unidade jurisdicionada segundo o regime de proventos e de aposentadoria

Quadro 13 - Composição do Quadro de Servidores Inativos - Situação apurada em 31 de dezembro

Regime de proventos / Regime de aposentadoria	Quantidade	
	De Servidores Aposentados até 31/12	De Aposentadorias iniciadas no exercício de referência
1. Integral	212	10
1.1 Voluntária	191	10
1.2 Compulsória	2	
1.3 Invalidez Permanente	19	
1.4 Outras		
2. Proporcional	73	3
2.1 Voluntária	55	
2.2 Compulsória	5	1
2.3 Invalidez Permanente	13	2
2.4 Outras		
3. Totais	285	13

Fonte: SIAFI

5.2.2. Demonstração das origens das pensões pagas pela UJ

Quadro 14 - Composição do Quadro de Instituidores de Pensão - Situação apurada em 31/12

Regime de proventos do servidor instituidor	Quantidade de Beneficiários de Pensão	
	Acumulada até 31/12	Iniciada no exercício de referência
1. Aposentado	18	5
1.1. Integral	16	4
1.2. Proporcional	2	1
2. Em Atividade	10	-
3. Total	28	5

Fonte: SIAFI

5.3. COMPOSIÇÃO DO QUADRO DE ESTAGIÁRIOS

Quadro 15 - Composição do Quadro de Estagiários

Nível de escolaridade	Quantitativo de contratos de estágio vigentes				Despesa no exercício
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	
1. Nível superior					
1.1 Área Fim	-	-	-	-	-
1.2 Área Meio	1	1	1	1	6.887,99
2. Nível Médio					
2.1 Área Fim	-	-	-	-	-
2.2 Área Meio	3	4	4	6	16.241,65
3. Total	4	5	5	7	23.129,64

5.4. DEMONSTRAÇÃO DOS CUSTOS DE PESSOAL DA UJ

Quadro 16 – Quadro de custos de pessoal no exercício de referência e nos dois exercícios anteriores (Em R\$1,00)

Tipologias / Exercícios	Vencimentos e vantagens fixas	Despesas Variáveis						Despesas de Exercícios Anteriores	Decisões Judiciais	Total
		Retribuições	Gratificações	Adicionais	Indenizações	Benefícios assistenciais e previdenciários	Demais despesas variáveis			
Membros de poder e agentes políticos										
2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Servidores de Carreira que não ocupam cargo de provimento em comissão										
2011	63.908.998,29	-	36.218.566,88	7.424.152,05	-	3.572.043,12	10.577.745,35	-	108.872,38	121.810.378,07
2010	46.500.078,13	-	27.132.227,84	3.758.945,76	-	1.707.546,97	10.540.203,10	-	17.231,08	89.656.232,88
2009	56.131.229,84	-	4.237.593,55	2.478.725,79	-	333.580,94	3.268.477,20	98.268,33	4.953,61	66.552.829,26
Servidores com Contratos Temporários										
2011	1.494.054,65	-	185.390,42	118.428,56	-	-	-	-	-	1.797.873,63
2010	269.383,88	-	4.504,35	5.372,53	-	-	-	-	-	279.260,76
2009	142.453,41	-	17.184,66	25.926,50	-	-	-	-	-	185.564,57
Servidores Cedidos com ônus ou em Licença										
2011	407.703,34	69.142,78	296.624,44	100.511,94	-	11.213,76	26.238,45	-	-	911.434,71
2010	348.464,39	59.096,39	252.317,49	84.999,53	-	9.729,94	23.909,65	-	-	778.517,39
2009	15.782,91	2.676,64	11.428,15	3.849,86	-	440,70	1.082,93	-	-	35.261,19
Servidores ocupantes de Cargos de Natureza Especial										
2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Servidores ocupantes de cargos do Grupo Direção e Assessoramento Superior										
2011	1.221.002,79	479.009,63	695.971,59	371.206,86	-	31.914,05	110.096,63	-	-	2.909.201,55
2010	1.056.533,71	461.402,88	570.528,20	229.140,04	-	17.250,84	70.125,24	-	-	2.404.980,91
2009	146.579,90	86.790,55	146.579,90	50.410,81	-	3.795,18	15.427,55	-	-	449.583,89
Servidores ocupantes de Funções gratificadas										
2011	3.640.023,12	741.054,20	4.886.929,95	1.692.145,30	-	137.126,09	331.475,26	-	-	11.428.753,92
2010	3.107.943,24	630.952,92	1.767.487,67	1.105.977,32	-	103.883,40	255.275,52	-	-	6.971.520,07
2009	683.747,51	138.809,64	384.441,71	243.315,01	-	22.854,34	56.160,61	-	-	1.529.328,82

Obs.: As divergências entre o quadro anteriormente apresentado este ano e o de 2010 se deve a um problema na planilha de controle das despesas, a pasta que serviu de base para os dados do ano anterior foi excluída o que gerou uma série de dados duplicados e incorretos.

5.5. TERCEIRIZAÇÃO DE MÃO DE OBRA EMPREGADA PELA UJ

5.5.1. Informações sobre terceirização sobre cargos e atividades do plano de cargos do órgão.

O Instituto não possui servidores terceirizados em cargos e atividades do plano de cargos do órgão. O que ocorre são casos de servidores com contrato temporário junto ao Ministério da Saúde conforme quantitativo informado no quadro abaixo.

Quadro 17 - Cargos e atividades inerentes a categorias funcionais do plano de cargos da UJ

Descrição dos cargos e atividades do plano de cargos do órgão em que há ocorrência de servidores temporários	Quantidade no final do exercício			Ingressos no exercício	Egressos no exercício
	2011	2010	2009		
Assistente Social	1	0	0	1	0
Farmacêutica	1	1	0	0	0
Fisioterapeutas	19	19	0	0	1
Fonoaudiólogos	2	2	0	0	0
Médicos	37	16	0	28	9
Professor Educação Física	1	0	0	1	0
Psicólogos	2	1	0	1	0
Técnicos em Radiologia	12	5	0	7	0
Técnico em Anatomia Patológica	1	0	0	1	0
Terapeutas Ocupacionais	10	10	0	0	0
Técnicos em Patologia	0	7	7	0	7
Total:	86	61	7	39	17

Análise Crítica da situação de contratos temporários no órgão: Os contratos temporários estão respaldados pelo Dec. 5392 de 10/03/2005, e autorizados através do Memorando 949/2010/CGRH/SAA/SE/MS de 29/09/2010. Aguardamos a nomeação dos servidores aprovados em Concurso Público realizado pelo Ministério da Saúde para efetivar a substituição dos contratados temporariamente.

Fonte :SIAFI

Informamos que o Quadro A.5.10 citado na portaria TCU 123/2011 não foi descrito neste relatório pelo fato de no exercício de 2011 não ter ocorrido substituição de terceirizados por servidores, apenas obtivemos a entrada de 73 novos servidores para somar ao quadro. No ano anterior foi realizada esta substituição conforme Acórdão 1.520/2006 – Plenário. No atual exercício novas funções terceirizadas (que não fazem parte do quadro de cargos) deram continuidade ao novo contrato conforme quadros dos itens 5.5.3 e 5.5.4.

5.5.2. Autorizações expedidas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para realização de concursos públicos para substituição de terceirizados.

O quadro A.5.11 citado na portaria TCU 123/2011 deverá ser preenchido somente pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão ou por outro Órgão autorizador equivalente nos demais poderes da União. Sendo assim, não se aplica a esta UJ.

5.5.3. Informações sobre contratação de serviços de limpeza, higiene e vigilância ostensiva pela unidade.

Quadro 18 - Contratos de prestação de serviços de limpeza e higiene e vigilância ostensiva

Unidade Contratante

Nome: INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD (INTO)

UG/Gestão: 250057

CNPJ: 00.394.544/0212-63

Informações sobre os contratos

Ano do contrato	Área	Nat.	Identificação do Contrato	Empresa Contratada (CNPJ)	Período contratual de execução das atividades contratadas		Nível de Escolaridade exigido dos trabalhadores contratados						Sit.
					Início	Fim	F		M		S		
							P	C	P	C	P	C	
2011	V	O	013/2011	01.301.890/0001-34	09/08/2011	09/08/2012			349	349			A
2011	L	O	015/2011	72.109.291/0001-61	10/08/2011	10/08/2012	430	413	19	56			A
2009	L	O	024/2009	42.219.998/0001-60	03/10/2011	31/12/2012	77	77					E
2005	V	O	188/2005	06.969.917/0001-85	02/05/2011	08/08/2011			44	56			E

Observações:

LEGENDA

Área: (L) Limpeza e Higiene; (V) Vigilância Ostensiva.

Natureza: (O) Ordinária; (E) Emergencial.

Nível de Escolaridade: (F) Ensino Fundamental; (M) Ensino Médio; (S) Ensino Superior.

Situação do Contrato: (A) Ativo Normal; (P) Ativo Prorrogado; (E) Encerrado.

5.5.4. Informações sobre locação de mão de obra para atividades não abrangidas pelo plano de cargos do órgão

Quadro 19 - Contratos de prestação de serviços com locação de mão de obra

Unidade Contratante

Nome: INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD (INTO)

UG/Gestão: 250057/2010

CNPJ: 00.394544/0212-63

Informações sobre os contratos

Ano do contrato	Área	Nat.	Identificação do Contrato	Empresa Contratada (CNPJ)	Período contratual de execução das atividades contratadas		Nível de Escolaridade exigido dos trabalhadores contratados						Sit.
					Início	Fim	F		M		S		
							P	C	P	C	P	C	
2011	13	O	010/2010	42.219.998/0001-60	10/06/2011	10/06/2012	98	51	344	258	0	0	A
2011	14	O	021/2011	32.364.390/0001-75	14/10/2011	15/10/2012	-	-	8	8	-	-	A
2011	10	O	008/2011	29.762.861/0001-99	08/06/2011	13/06/2012	-	-	15	15	-	-	E
2010	11	O	028/2010	42.515.700/0001-69	24/09/2010	31/12/2011	-	-	3	3	1	1	E
2010	11	O	023/2010	33.127.721/001-16	01/09/2011	01/09/2012	-	-	1	1	1	1	P
2006	4	O	010/2006	33.056.848/0001-29	11/06/2011	11/06/2012	3	3	3	3	3	3	P
2006	4	O	065/2006	33.056.848/0001-29	25/10/2011	22/10/2012	10	11	-	-	-	-	P
2006	14	O	064/2006	72.506.173/0001-97	02/11/2011	02/11/2012	-	-	54	74	-	-	A
2006	14	O	001/2006	40.197.840/0001-00	23/03/2011	23/03/2012	23	27	-	-	-	-	A
2005	10	O	162/2005	29.762.861/0001-99	25/08/2010	08/06/2011	-	-	15	15	-	-	E

Observação:

LEGENDA

Área: 1. Conservação e Limpeza; 2. Segurança; 3. Vigilância; 4. Transportes; 5. Informática; 6. Copeiragem; 7. Recepção; 8. Reprografia; 9. Telecomunicações; 10. Manutenção de bens móveis; 11. Manutenção de bens imóveis; 12. Brigadistas; 13. Apoio Administrativo – Menores Aprendizizes; 14. Outras.

Natureza: (O) Ordinária; (E) Emergencial.

Nível de Escolaridade: (F) Ensino Fundamental; (M) Ensino Médio; (S) Ensino Superior.

Situação do Contrato: (A) Ativo Normal; (P) Ativo Prorrogado; (E) Encerrado.

Quantidade de trabalhadores: (P) Prevista no contrato; (C) Efetivamente contratada. Apoio Administrativo

5.6. INDICADORES GERENCIAIS SOBRE RECURSOS HUMANOS

Os indicadores estão contemplados no item 2.4.7.3.4, no relatório da Divisão dos Recursos Humanos – DIRHU.

6. INSTRUMENTOS DE TRANFERÊNCIAS VIGENTES NO EXERCÍCIO

Não se aplica à natureza jurídica da UJ.

7. DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DE DADOS NO SIASG E SICONV

Ver anexo I

8. INFORMAÇÕES SOBRE O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES ESTABELECIDAS NA LEI Nº 8.730 DE 10 DE NOVEMBRO DE 1993

8.1. SITUAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES IMPOSTAS PELA LEI 8.730/93

Quadro 20 - Demonstrativo do cumprimento, por autoridades e servidores da UJ, da obrigação de entregar a DBR

Detentores de Cargos e Funções obrigados a entregar a DBR	Situação em relação às exigências da Lei nº 8.730/93	Momento da Ocorrência da Obrigação de Entregar a DBR		
		Posse ou Início do exercício de Função ou Cargo	Final do exercício da Função ou Cargo	Final do exercício financeiro
Autoridades (Incisos I a VI do art. 1º da Lei nº 8.730/93)	Obrigados a entregar a DBR	-	-	02
	Entregaram a DBR	-	-	02
	Não cumpriram a obrigação	-	-	-
Cargos Eletivos	Obrigados a entregar a DBR	-	-	-
	Entregaram a DBR	-	-	-
	Não cumpriram a obrigação	-	-	-
Funções Comissionadas (Cargo, Emprego, Função de Confiança ou em comissão)	Obrigados a entregar a DBR	69	-	-
	Entregaram a DBR	69	-	-
	Não cumpriram a obrigação	0	-	-

8.2. ANÁLISE CRÍTICA

É de responsabilidade de Divisão de Recursos Humanos o gerenciamento da recepção das DBR. As formas de recebimento incluem: 1) a própria declaração, juntamente com o recibo, que deve ser entregue anualmente. 2) autorização de acesso à declaração de ajuste anual de imposto de renda da pessoa física, entregue em formulário assinado pelo servidor.

Até o presente momento os documentos são gerenciados por meio de planilhas do Excel. No entanto, providências estão sendo tomadas para que no próximo exercício o controle seja feito via sistema.

Todas as declarações e/ou autorizações ficam arquivadas nas pastas funcionais dos servidores, ficando as declarações em envelope lacrado.

9. INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE CONTROLE INTERNO DA UJ

9.1. ESTRUTURA DE CONTROLES INTERNOS DA UJ

Quadro 21 - Estrutura de Controles Internos

Aspectos do sistema de controle interno	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Ambiente de Controle					
1. Os altos dirigentes da UJ percebem os controles internos como essenciais à consecução dos objetivos da unidade e dão suporte adequado ao seu funcionamento.					x
2. Os mecanismos gerais de controle instituídos pela UJ são percebidos por todos os servidores e funcionários nos diversos níveis da estrutura da unidade.					x
3. A comunicação dentro da UJ é adequada e eficiente.				x	
4. Existe código formalizado de ética ou de conduta.				x	
5. Os procedimentos e as instruções operacionais são padronizados e estão postos em documentos formais.					x
6. Há mecanismos que garantem ou incentivam a participação dos funcionários e servidores dos diversos níveis da estrutura da UJ na elaboração dos procedimentos, das instruções operacionais ou código de ética ou conduta.					x
7. As delegações de autoridade e competência são acompanhadas de definições claras das responsabilidades.					x
8. Existe adequada segregação de funções nos processos da competência da UJ.					x
9. Os controles internos adotados contribuem para a consecução dos resultados planejados pela UJ.					x
Avaliação de Risco	1	2	3	4	5
10. Os objetivos e metas da unidade jurisdicionada estão formalizados.					x
11. Há clara identificação dos processos críticos para a consecução dos objetivos e metas da unidade.					x
12. É prática da unidade o diagnóstico dos riscos (origem interna ou externa) envolvidos nos seus processos estratégicos, bem como a identificação da probabilidade de ocorrência desses riscos e a consequente adoção de medidas para mitigá-los.				x	
13. É prática da unidade a definição de níveis de riscos operacionais, de informações e de conformidade que podem ser assumidos pelos diversos níveis da gestão.					x
14. A avaliação de riscos é feita de forma contínua, de modo a identificar mudanças no perfil de risco da UJ, ocasionadas por transformações nos ambientes interno e externo.				x	
15. Os riscos identificados são mensurados e classificados de modo a serem tratados em uma escala de prioridades e a gerar informações úteis à tomada de decisão.				x	
16. Existe histórico de fraudes e perdas decorrentes de fragilidades nos processos internos da unidade.	x				
17. Na ocorrência de fraudes e desvios, é prática da unidade instaurar sindicância para apurar responsabilidades e exigir eventuais ressarcimentos.					x
18. Há norma ou regulamento para as atividades de guarda, estoque e inventário de bens e valores de responsabilidade da unidade.					x
Aspectos do sistema de controle interno	Avaliação				
Procedimentos de Controle	1	2	3	4	5
19. Existem políticas e ações, de natureza preventiva ou de detecção, para diminuir os riscos e alcançar os objetivos da UJ, claramente estabelecidas.				x	
20. As atividades de controle adotadas pela UJ são apropriadas e funcionam consistentemente de acordo com um plano de longo prazo.				x	
21. As atividades de controle adotadas pela UJ possuem custo apropriado ao nível de benefícios que possam derivar de sua aplicação.					x

22. As atividades de controle adotadas pela UJ são abrangentes e razoáveis e estão diretamente relacionados com os objetivos de controle.					x
Informação e Comunicação	1	2	3	4	5
23. A informação relevante para UJ é devidamente identificada, documentada, armazenada e comunicada tempestivamente às pessoas adequadas.					x
24. As informações consideradas relevantes pela UJ são dotadas de qualidade suficiente para permitir ao gestor tomar as decisões apropriadas.					x
25. A informação disponível à UJ é apropriada, tempestiva, atual, precisa e acessível.					x
26. A Informação divulgada internamente atende às expectativas dos diversos grupos e indivíduos da UJ, contribuindo para a execução das responsabilidades de forma eficaz.					x
27. A comunicação das informações perpassa todos os níveis hierárquicos da UJ, em todas as direções, por todos os seus componentes e por toda a sua estrutura.				x	
Monitoramento	1	2	3	4	5
28. O sistema de controle interno da UJ é constantemente monitorado para avaliar sua validade e qualidade ao longo do tempo.					x
29. O sistema de controle interno da UJ tem sido considerado adequado e efetivo pelas avaliações sofridas.					x
30. O sistema de controle interno da UJ tem contribuído para a melhoria de seu desempenho.					x
Considerações gerais: A metodologia usada foi baseada nas práticas de qualidade utilizadas pelo o Instituto. Participaram desta análise os setores: DIREG, COEX, ARDIN, ADESI, ASQUA, DIRHU, ARPLA, GRISC e ASJUR.					

LEGENDA

Níveis de Avaliação:

- 1. Totalmente inválida:** Significa que o fundamento descrito na afirmativa é integralmente não aplicado no contexto da UJ.
- 2. Parcialmente inválida:** Significa que o fundamento descrito na afirmativa é parcialmente aplicado no contexto da UJ, porém, em sua minoria.
- 3. Neutra:** Significa que não há como afirmar a proporção de aplicação do fundamento descrito na afirmativa no contexto da UJ.
- 4. Parcialmente válida:** Significa que o fundamento descrito na afirmativa é parcialmente aplicado no contexto da UJ, porém, em sua maioria.
- 5. Totalmente válido.** Significa que o fundamento descrito na afirmativa é integralmente aplicado no contexto da UJ.

10. INFORMAÇÕES QUANTO À ADOÇÃO DE CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL NA AQUISIÇÃO DE BENS, MATERIAIS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E NA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS OU OBRAS

10.1 GESTÃO AMBIENTAL E LICITAÇÕES SUSTENTÁVEIS

Quadro 22 - Gestão Ambiental e Licitações Sustentáveis

Aspectos sobre a gestão ambiental	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Licitações Sustentáveis					
<p>1. A UJ tem incluído critérios de sustentabilidade ambiental em suas licitações que levem em consideração os processos de extração ou fabricação, utilização e descarte dos produtos e matérias primas.</p> <p>Justificativa: O Edital de Pregão Eletrônico nº 177/2011, cujo objeto consiste na contratação de empresa para prestação de serviços de manutenção predial preventiva e corretiva da sede do INTO, contempla, dentre outras obrigações que devem ser cumpridas pela contratada, a realização de programa interno de treinamento de seus empregados, visando à redução do consumo de energia elétrica, água e redução de produção de resíduos sólidos; a obrigatoriedade de armazenamento e descarte das lâmpadas queimadas, para o abrigo temporário (contentor especial para lâmpadas), com posterior transporte para o local apropriado para o seu devido descarte final; a priorização do uso racional de recursos e equipamentos de forma a evitar e prevenir o desperdício de insumos e materiais consumidos, bem como a geração excessiva de resíduos; a separação adequada de todos os materiais utilizados pela contratada, para o perfeito desenvolvimento dos serviços: tais como: embalagens, restos de materiais e produtos, sobras e entulhos, incluindo lâmpadas queimadas, cabos, restos de óleos e graxas, para posterior descarte, em conformidade com as legislações ambientais e sanitárias vigentes.</p> <p>Registre-se ainda que foi realizada licitação, na modalidade de Pregão Eletrônico sob o nº 162/2011, cujo objeto consiste na prestação de serviços de coleta, transporte e descarte de 4.000 (quatro mil) unidades de lâmpadas fluorescentes geradas no INTO, em atendimento às normas de proteção ambiental (Resolução CONAMA 358 de Abril de 2005) e o PGRSS (PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE), de acordo com a RDC ANVISA Nº 306/2004.</p> <p>Além disso, o Edital de Pregão Eletrônico nº 135/2011, para contratação de empresa visando à prestação dos serviços de coleta e destinação final do lixo comum ou orgânico e infectante gerados no INTO prevê a obrigatoriedade do destino final do lixo infectante recolhido das áreas de armazenamento (contêineres) ser submetido a processo de tratamento em equipamento que promova a redução de carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana, e ser encaminhado para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de resíduos de serviço de saúde, de acordo com a Resolução CONAMA 358 (29/04/2005).</p> <p>Por fim, foi celebrado o contrato nº 009/2011, para prestação de serviços de coleta e destinação final de resíduos químicos e farmacêuticos, de aproximadamente 2500 quilogramas de resíduos gerados no INTO, através do qual constitui obrigação da contratada o transporte dos resíduos da Unidade do INTO até a Unidade de processamento/destinação final de acordo com o Regulamento para Transporte de Produtos Perigosos do Ministério dos Transportes (Decreto nº. 96044 e Resolução ANTT nº. 420/04) e Normas Técnicas aplicáveis (INMETRO e ABNT), em obediência ao que dispõe o art. 6º, inciso VII da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº. 01, de 19 de janeiro de 2010.</p>					x
<p>2. Em uma análise das aquisições dos últimos cinco anos, os produtos atualmente adquiridos pela unidade são produzidos com menor consumo de matéria-prima e maior quantidade de conteúdo reciclável.</p>		x			
<p>3. A aquisição de produtos pela unidade é feita dando-se preferência àqueles fabricados por fonte não poluidora bem como por materiais que não prejudicam a natureza (ex. produtos de limpeza biodegradáveis).</p> <p>Justificativa: No contrato nº 015/2011, cujo objeto consiste na prestação de serviços de limpeza e conservação hospitalar e no Edital de Pregão nº 176/2011, cujo objeto é a contratação de empresa para prestação de serviço de lavanderia hospitalar, constam como exigência a obrigatoriedade da empresa contratada utilizar na execução do serviço detergentes</p>					x

biodegradáveis. .					
4. Nos procedimentos licitatórios realizados pela unidade, tem sido considerada a existência de certificação ambiental por parte das empresas participantes e produtoras (ex.: ISO), como critério avaliativo ou mesmo condição na aquisição de produtos e serviços.	x				
5. No último exercício, a unidade adquiriu bens/produtos que colaboram para o menor consumo de energia e/ou água (ex.: torneiras automáticas, lâmpadas econômicas). Justificativa: Atualmente, o INTO utiliza lâmpadas fluorescentes, e, além disso, existem diversos sensores de presença, que permitem a redução do consumo de energia. As torneiras existentes na Instituição são de funcionamento automático, o que possibilita o menor consumo de água.					x
6. No último exercício, a unidade adquiriu bens/produtos reciclados (ex.: papel reciclado).	x				
7. No último exercício, a instituição adquiriu veículos automotores mais eficientes e menos poluentes ou que utilizam combustíveis alternativos.	x				
8. Existe uma preferência pela aquisição de bens/produtos passíveis de reutilização, reciclagem ou reabastecimento (refil e/ou recarga).	x				
9. Para a aquisição de bens/produtos é levada em conta os aspectos de durabilidade e qualidade de tais bens/produtos.				x	
10. Os projetos básicos ou executivos, na contratação de obras e serviços de engenharia, possuem exigências que levem à economia da manutenção e operacionalização da edificação, à redução do consumo de energia e água e à utilização de tecnologias e materiais que reduzam o impacto ambiental.				x	
11. Na unidade ocorre separação dos resíduos recicláveis descartados, bem como sua destinação, como referido no Decreto nº. 5.940/2006.					x
12. Nos últimos exercícios, a UJ promoveu campanhas entre os servidores visando a diminuir o consumo de água e energia elétrica. Justificativa: Foram afixados cartazes dentro da Instituição informando sobre a importância da redução do consumo de água, energia elétrica e folhas de papel para secagem das mãos.		x			
13. Nos últimos exercícios, a UJ promoveu campanhas de conscientização da necessidade de proteção do meio ambiente e preservação de recursos naturais voltadas para os seus servidores. Justificativa: Foi mantido o procedimento realizado no ano de 2010, através do envio de mensagens por correio eletrônico institucional a toda força de trabalho do INTO, bem como foram distribuídos folders e afixados cartazes pelo Instituto, no tocante à conscientização quanto à importância da reciclagem dos materiais (Recicla INTO), visando à preservação e proteção do meio ambiente.					x
Considerações Gerais:					
<p>Por fim, resta consignar que nos Editais para contratação de serviço, o INTO prevê como obrigação da contratada o fornecimento de Equipamento de Proteção Individual – EPI, adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, sempre que as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou não oferecerem proteção, em consonância com o disposto no art. 6º, inciso IV da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº. 01, de 19 de janeiro de 2010.</p> <p>Ademais, foi celebrado o contrato nº 019/2011, para prestação de serviços de monitoração da dose individual de radiação ionizante em profissionais expostos à radiação em áreas controladas, em atendimento à Portaria/MS/SVS nº 453, de 01 de junho de 1998 e ao disposto no artigo 6º, inciso IV da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 001/2010.</p>					
Legenda					
Níveis de Avaliação:					
1. Totalmente inválida: Significa que o fundamento descrito na afirmativa é integralmente não aplicado no contexto da UJ.					
2. Parcialmente inválida: Significa que o fundamento descrito na afirmativa é parcialmente aplicado no contexto da UJ, porém, em sua minoria.					
3. Neutra: Significa que não há como afirmar a proporção de aplicação do fundamento descrito na afirmativa no contexto da UJ.					
4. Parcialmente válida: Significa que o fundamento descrito na afirmativa é parcialmente aplicado no contexto da UJ, porém, em sua maioria.					
5. Totalmente válida: Significa que o fundamento descrito na afirmativa é integralmente aplicado no contexto da UJ.					

11. INFORMAÇÕES DE GESTÃO DO PATRIMÔNIO IMOBILIÁRIO DE RESPONSABILIDADE DA UJ, CLASSIFICADO COMO “BENS DE USO ESPECIAL” DE PROPRIEDADE DA UNIÃO OU LOCADO DE TERCEIROS

11.1. GESTÃO DE BENS IMÓVEIS DE USO ESPECIAL

Quadro 23 - Distribuição Espacial dos Bens Imóveis de Uso Especial de Propriedade da União

Localização Geográfica		Quantidade de imóveis de propriedade da união de responsabilidade da UJ	
		Exercício 2011	Exercício 2010
BRASIL	RIO DE JANEIRO	1	1
	RIO DE JANEIRO	1	1
Subtotal Brasil		1	1
Subtotal Exterior		-	-
Total (Brasil + Exterior)		1	1

Fonte: SEPAT

Quadro 24 - Distribuição Espacial dos Bens Imóveis de Uso Especial Locados de Terceiros

Localização Geográfica		Quantidade de imóveis de propriedade da união de responsabilidade da UJ	
		Exercício 2011	Exercício 2010
BRASIL	RIO DE JANEIRO	4	4
	RIO DE JANEIRO	4	4
Subtotal Brasil		4	4
EXTERIOR	-	-	-
Subtotal Exterior		4	4
Total (Brasil + Exterior)		4	4

Fonte: ARPL

Quadro 25 - Discriminação dos Bens Imóveis de Propriedade da União sob-responsabilidade da UJ

UG	RIP	Regime	Estado de Conservação	Valor do Imóvel			Despesa com Manutenção no exercício	
				Valor Histórico	Data da Avaliação	Valor Reavaliado	Imóvel	Instalações
250057	600101882.500-2	21	3	3.731.671,00	2007	7.115745,92 ^a	1.056.256,70	2.418.870,89
250057 ^b	-	-	-	-	-	-	-	-
Total								

Fonte: SPIUnet, ARENC, DIFIN.

Nota: Estão inclusos nas despesas os imóveis locados de terceiros.

a. Este valor refere-se a avaliação feita em 2007.

b. **Avenida Brasil nº. 500 – São Cristóvão – Rio de Janeiro/RJ** - Imóvel desapropriado através do Processo Judicial nº. 0012629-61.2005.4.02.5101 (2005.51.01.012629-2) em trâmite na 20ª vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, já sentenciado e publicado no D.O.U de 09/09/2009, pág. 22-24. Atualmente, encontra-se em sede de apelação cível, aguardando decisão.

Avenida Rio de Janeiro – São Cristóvão – Rio de Janeiro/RJ - contrato de concessão de direito real de uso gratuito firmado entre a COMPANHIA DOCAS DO RIO DE JANEIRO e o INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD, publicado no D.O.U. de 15/05/2006, pág. 66.

12. INFORMAÇÕES SOBRE A GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DA UJ

12.1. GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)

Quadro 26 - Gestão da Tecnologia da Informação da unidade jurisdicionada

Quesitos a serem avaliados	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Planejamento da área					
1. Há planejamento institucional em vigor ou existe área que faz o planejamento da UJ como um todo.					x
2. Há Planejamento Estratégico para a área de TI em vigor.			x		
3. Há comitê que decida sobre a priorização das ações e investimentos de TI para a UJ.			x		
Perfil dos Recursos Humanos envolvidos					
4. Quantitativo de servidores e de terceirizados atuando na área de TI.			60		
5. Há carreiras específicas para a área de TI no plano de cargos do Órgão/Entidade.		x			
Segurança da Informação					
6. Existe uma área específica, com responsabilidades definidas, para lidar estrategicamente com segurança da informação.			x		
7. Existe Política de Segurança da Informação (PSI) em vigor que tenha sido instituída mediante documento específico.					x
Desenvolvimento e Produção de Sistemas					
8. É efetuada avaliação para verificar se os recursos de TI são compatíveis com as necessidades da UJ.			x		
9. O desenvolvimento de sistemas quando feito na UJ segue metodologia definida.				x	
10. É efetuada a gestão de acordos de níveis de serviço das soluções de TI do Órgão/Entidade oferecidas aos seus clientes.			x		
11. Nos contratos celebrados pela UJ é exigido acordo de nível de serviço.					x
Contratação e Gestão de Bens e Serviços de TI					
12. Nível de participação de terceirização de bens e serviços de TI em relação ao desenvolvimento interno da própria UJ.			88%		
13. Na elaboração do projeto básico das contratações de TI são explicitados os benefícios da contratação em termos de resultado para UJ e não somente em termos de TI.				x	
14. O Órgão/Entidade adota processo de trabalho formalizado ou possui área específica de gestão de contratos de bens e serviços de TI.			x		
15. Há transferência de conhecimento para servidores do Órgão/Entidade referente a produtos e serviços de TI terceirizados?				x	
Considerações Gerais:					
Para avaliação e análise dos quesitos, a Governança de TI utilizou metodologia ITIL buscando um alinhamento com a expertise do negócio.					

LEGENDA

Níveis de avaliação:

- (1) **Totalmente inválida:** Significa que a afirmativa é integralmente NÃO aplicada ao contexto da UJ.
- (2) **Parcialmente inválida:** Significa que a afirmativa é parcialmente aplicada ao contexto da UJ, porém, em sua minoria.
- (3) **Neutra:** Significa que não há como afirmar a proporção de aplicação do fundamento descrito na afirmativa no contexto da UJ.
- (4) **Parcialmente válida:** Significa que a afirmativa é parcialmente aplicada ao contexto da UJ, porém, em sua maioria.
- (5) **Totalmente válida:** Significa que a afirmativa é integralmente aplicada ao contexto da UJ.

13. INFORMAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DE CARTÕES DE PAGAMENTO DO GOVERNO FEDERAL

13.1. Despesas com cartão de crédito corporativo

13.1.1. Relação dos portadores de cartão de crédito corporativo na unidade e utilização no exercício

Quadro 27 - Cartão de Crédito Corporativo: Série Histórica das Despesas

Valores em R\$ 1,00

Exercícios	Saque		Fatura		Total (R\$)
	Quantidade	(a) Valor	Quantidade	(b) Valor	(a+b)
2011	-	-	61	93.684,62	93.684,62
2010	-	-	35	36.837,91	36.837,91
2009	-	-	27	24.898,49	24.898,49

Fonte: SERPRO/SIAFI - 2009/2010/2011

Obs.: O aumento significativo de quantidade e valor entre o ano 2010 e o ano 2011 deve-se a mudança da Unidade para outro local e seu aumento em proporção.

13.1.2. Utilização dos cartões de crédito corporativo da unidade

Quadro 28 - Despesa Com Cartão de Crédito Corporativo por UG e por Portador

Valores em R\$ 1,00

Código da UG 1	250057	Limite de Utilização da UG	R\$ 232.000,00		
Portador	CPF	Valor do Limite Individual	Valor		Total
			Saque	Fatura	
Adriana Leite Arantes	855.044.247-04	20.000,00	-	9.809,68	9.809,68
Carlos Alexandre Rodrigues	014669067-23	40.000,00	-	13.258,61	13.258,61
Edson Guedes Souza	388.891.107-91	48.000,00	-	23.693,16	23.693,16
Eduardo da Silva Câmara	339.671.307-97	8.000,00	-	0,00	0,00
Emerson Araújo Ferreira	096.085.427-40	40.000,00	-	9.142,25	9.142,25
Geraldo da Rocha Motta Filho	391.619.607-30	8.000,00	-	0,00	0,00
Luiz Fernandes da Silva	459.455.197-15	8.000,00	-	0,00	0,00
Paulo Guilherme de Figueiredo	591.513.237-53	48.000,00	-	13.571,07	13.571,07
Robespierre Pacheco Rodrigues	296.099.767-00	40.000,00	-	18.001,80	18.001,80
Valfrido de Aquino Rangel	581.333.567-68	40.000,00	-	6.208,05	6.208,05
Total utilizado pela UG		-		93.684,62	93.684,62
Total utilizado pela UJ				93.684,62	93.684,62

Fonte: SIAFI/2011; Banco do Brasil Setor Público.

Observação: Esclarecemos que apesar de termos um quantitativo de dez supridos para atender as solicitações desta Unidade, efetivamente atendemos com 7 supridos. Somente os supridos Edson, Carlos Alexandre e Robespierre foram autorizados a fazer despesas com serviço.

14. INFORMAÇÕES SOBRE RENÚNCIA TRIBUTÁRIA SOB GESTÃO DA UJ.

Não se aplica à natureza jurídica da UJ

15 INFORMAÇÕES SOBRE AS PROVIDÊNCIAS ADOTADAS PARA ATENDER ÀS DELIBERAÇÕES DO TCU.

15.1 DELIBERAÇÕES DO TCU ATENDIDAS NO EXERCÍCIO

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
1	000.363/2011-1				Ofício nº 030/2011-TCU/SECEX-RJ
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Descrição da Deliberação:					
Suspensão do pregão eletrônico nº. 200/2010 (processo administrativo nº. 250057/5890/2010)					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
<p>Em atendimento à determinação informamos que o procedimento do Pregão Eletrônico nº 200/2010 encontra-se suspenso a partir de 18/01/2011 (data do recebimento do suscitado ofício), aguardando ulterior decisão do Tribunal. Entretanto, frisa-se que o certame fora realizado e que a empresa vencedora do mesmo fora H STRATTNER & CIA LTDA, tendo sido firmada a Ata de Registro de Preços nº 011/2011, em 11/01/2011.</p> <p>Ainda, em atendimento, especialmente quanto aos fatos elencados no referido ofício da lavra desse TCU, cabe esclarecer:</p> <p>a) No tocante à escolha de propostas pelo menor preço global por conjunto, a mesma se deu em função da necessidade de interdependência entre os itens 01; 02; 03; 04; 05; 06; 07; e 08, que compõem o conjunto I do termo de referência, o que pode ser observado diante do exposto no Memorando nº 86931, de 01/10/2010, exarado pela Coordenação de Unidade Hospitalar, através do qual fora solicitada a aquisição dos respectivos materiais, bem como da justificativa apresentada posteriormente, nos autos do processo.</p> <p>Ainda, convém esclarecer que os materiais, objeto da presente aquisição, devem compor um único conjunto, haja vista a semelhança e a interdependência existente entre suas características e componentes técnicos. Ressalte-se que caso os materiais em comento sejam adquiridos separadamente, poderão comprometer a qualidade das cirurgias de média e alta complexidade realizadas neste hospital, ocasionando prejuízos irreparáveis no tratamento e reabilitação das doenças e traumas ortopédicos dos pacientes do Sistema Único de Saúde, submetidos aos procedimentos cirúrgicos aqui realizados.</p> <p>Nesse sentido, o ilustre doutrinador Marçal Justen Filho, in “Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos” 11.ed. São Paulo: 2005, Dialética, p. 206, ensina: “<i>Não se admite o fracionamento quando tecnicamente isso não for viável ou, mesmo, recomendável. O fracionamento em lotes deve respeitar a integridade qualitativa do objeto a ser executado. (...) a unidade do objeto a ser executado não pode ser destruída através do fracionamento.</i>”</p> <p>Desta forma, constata-se que, no caso em tela, o critério que melhor atende ao interesse público, qual seja: excelência no atendimento público de saúde, é a aquisição por conjunto dos equipamentos consignados nos itens 01 ao 08.</p> <p>b) Quanto à adjudicação do objeto, cumpre esclarecer que a ata de registro de preços nº 011/2011 foi celebrada por conjunto, compostos pelos itens 01; 02; 03; 04; 05; 06; 07; e 08, devidamente discriminados, cabendo também informar que o sistema COMPRASNET, somente admite a oferta de lances por item e não por conjunto, razão pela qual, quando há a necessidade da administração de adjudicação do(s) material(is), tal procedimento deve ser realizado</p>					

por item, em que pese a aquisição dar-se por conjunto.

c) No que concerne à utilização do Sistema de Registro de Preços, esclarecemos que:

Em atendimento ao preconizado no art. 15, inciso II da Lei Geral de Licitações, este subscritor, determinou que as aquisições de equipamentos biomédicos e outros, para o funcionamento da Unidade Hospitalar do novo INTO e/ou Projeto Suporte, fossem realizadas através do sistema de registro.

Assim, de acordo com as necessidades da Administração, o INTO realizará a requisição de compra do quantitativo pretendido, devendo ser emitida Nota de Empenho em favor do fornecedor classificado em primeiro lugar no(s) equipamento(s) solicitado(s) e celebrado o respectivo termo de contrato.

Desta forma, a adoção o sistema de registro de preços reflete a opção que melhor atende ao princípio da eficiência da Administração.

Síntese dos resultados obtidos

Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
2	015.425/2011-8				Ofício nº: 1367/2011-TCU/SECEX-RJ
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Descrição da Deliberação:					
Manifestação referente ao item 11.8 do edital de pregão eletrônico nº. 066/2011 (processo administrativo nº. 250057/2268/2010), no que tange à “comprovação da realização de trabalhos similares e compatíveis em áreas hospitalares”.					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral / Divisão de Infra-estrutura do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
<p>Quanto às ponderações pertinentes ao item 11.8, passamos a transcrever abaixo, o pronunciamento do Chefe da Divisão de Infra-Estrutura, responsável pela elaboração do projeto básico</p> <p>“Preliminarmente, cabe ressaltar que esta DIEST visa sempre em suas especificações seguir os princípios que norteiam a Administração Pública e também garantir condições mínimas de segurança técnica para que o contrato possa ser cumprido sem ônus tanto para a Contratada quanto para a Administração.</p> <p>O objeto da pretensa contratação deixa claro que a manutenção se dará em um Hospital. A atividade licitada é inerente a qualquer prédio. Entretanto, não é inerente a qualquer ambiente deste prédio. Procedimentos e Padrões que são seguidos em um Centro Cirúrgico, UTI ou Sala Limpa, não são os mesmos de um escritório, de uma usina nuclear, de uma indústria, de uma concessionária ou qualquer outra área. As exigências editalícias, que são mínimas, não restringem a participação de Licitantes a prédios com as mesmas características construtivas do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO, como determinado número de andares ou determinado tipo de piso, as exigências constantes no Projeto Básico são inerentes ao local em que será efetuado o serviço, ou seja, em “área hospitalar”, razão pela qual fora exigido no projeto básico.</p> <p>Esta DIEST entende que o aumento do universo de participantes em um processo licitatório não pode ser praticado irresponsavelmente, de modo a comprometer a segurança dos contratos, o que pode gerar graves prejuízos a Administração, razão pela qual buscamos sempre a segurança dos pacientes, funcionários e servidores, bem como zelamos pela qualidade e presteza no auxílio às atividades deste INTO. Assim, avalio ser imprescindível a manutenção da suscitada exigência constante no edital.”</p>					
Síntese dos resultados obtidos					
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor					

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
3	001.658/20016				Ofício nº. 1328/2011 – TCU/SECEX-RJ-D4
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Descrição da Deliberação:					
Encaminhar a Secretaria de Controle Externo - RJ, documentação comprovando a realização dos descontos determinados no item 9.4 do Acórdão nº. 1739/2003 - Plenário					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral / Divisão Financeira do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
Providenciado o encaminhamento da documentação solicitada através do Ofício nº. 1379/2011 – INTO/MS e devidamente recebido em 22/06/2011 pela Secretaria de Controle Externo –RJ.					
Síntese dos resultados obtidos					
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor					

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
4	012.867/2011-0				Ofício de Requisição 512/2011-37
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Descrição da Deliberação:					
Solicitação de informações e documentos referente à servidora HELISSANDRA SILVA DE LIMA ALVES					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral / Divisão de Recursos Humanos do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
<p>A servidora HELISSANDRA SILVA DE LIMA ALVES, enfermeira, matrícula SIAPE nº. 153.582-8, ativa, estável, CPF nº. 075.675.287-62, nomeada conforme Portaria CGRH/SAA/SE/MS nº. 159/2006 de 10/04/2006, publicada no DOU nº. 72 de 13/04/2006, cópia em anexo, e lotada na Área de Enfermagem deste Instituto com efetivo exercício em 09/05/2006.</p> <p>Todavia, em 14/06/2010, a mesma foi removida para o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Sergipe apresentada através do ofício INTO/MS nº. 1060/2010 de 02/06/2010.</p> <p>Esclarece, ainda, que no Ato da Posse a referida servidora declarou, mediante formulário específico, possuir outro vínculo público, no cargo de enfermeira na Prefeitura Municipal do Estado do Rio de Janeiro desde 2002 com carga horária de 32,5 horas semanais, conforme consta registrado em sua ficha funcional, (anexa). Tal declaração foi encaminhada juntamente com seus assentamentos funcionais ao Núcleo de Sergipe através do ofício INTO/MS nº. 1276/2010 de 16/07/2010.</p>					
Síntese dos resultados obtidos					
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor					

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
5	018.851/2011-8				Ofício de Requisição nº: 09 - 1522/2011
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Descrição da Deliberação:					
Solicitação de cópia integral do processo nº. 250057/1029/2010 (processo de adesão à ata de registro de preços do pregão do INCA nº 250/2009); informações sobre se na época da adesão existia processo próprio do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad em andamento e esclarecimentos sobre a terminologia “saldo virtual”					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral / Serviço de Almoxarifado do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
<p>Providenciado através do Ofício nº. 1603/2011 – INTO/MS o encaminhamento das cópias solicitadas bem como, informando que existia o processo nº 250057/4501/2009 em andamento, constando inclusive esta informação no memorando nº 57137/2010, de fls. 02, do processo nº 250057/1029/2010 de adesão, no item 02 – “justificativa para a aquisição”.</p> <p>Quanto a nomenclatura “saldo virtual” de 5.300 unidades, existente às fls. 67 do supracitado processo nº 250057/1029/2010 de adesão, trata-se de quantidade da adesão, tendo sido empenhados, naquele momento, 700 unidades.</p>					
Síntese dos resultados obtidos					
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor					

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
6	013.371/2010-0				Ofício nº 88/2011 – TCU/SECEX/RJ
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Descrição da Deliberação:					
Diversas informações referente a Concorrência Pública nº. 001/2010 e do Contrato nº. 016/2010 firmado entre o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedias Jamil Haddad e a empresa Delta Construções S.A.					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral / Divisão de Infraestrutura do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
Toda a documentação solicitada e as informações foram devidamente encaminhadas à secretaria de Controle Externo-RJ, através do Ofício nº. 851/2011 – INTO/MS, Ofício nº. 879/2011 – INTO/MS, Ofício nº. 923/2011 – INTO/MS, Ofício nº. 952/2011 – INTO/MS e Ofício nº. 1018/2011 – INTO/MS.					
Síntese dos resultados obtidos					
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor					

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
7	013.371/2010-0				Ofício nº 1708/2011-TCU/SECEX-RJ-D4
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Descrição da Deliberação:					
Apresentação das razões de justificativa no tocante à “ausência de publicidade quanto aos motivos da inabilitação da licitante IBEG Engenharia e Construções Ltda.”, relativo ao processo licitatório da Concorrência nº 01/2010.					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral / Comissão Especial de Licitação do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
Informamos que a empresa IBEG Engenharia e Construções Ltda. foi inabilitada devido ao descumprimento dos itens 6.4.2.1, alínea “a” e “c” do Edital de licitação, fatos estes, que foram devidamente comunicados no momento da sessão pública, tendo, inclusive, a empresa em questão, declinado de seu direito recursal.					
Síntese dos resultados obtidos					
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor					

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
8	013.371/2010-0				Ofício nº 1706/2011-TCU/SECEX-RJ-D4
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Descrição da Deliberação:					
Apresentação das razões de justificativa no tocante ao “ <i>pagamento antecipado sem demonstração de vantajosidade para a Administração, além de não previsão expressa no edital da licitação e ausência de prestação de garantias;</i> ”, relativo ao Contrato nº 016/2010.					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral / Divisão de Infraestrutura do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
<p>No que tange a equipamentos customizados e indisponíveis para pronta-entrega, a fiscalização entende que o cronograma de pagamentos ao contratado deve corresponder ao que este deverá enfrentar no mercado, relativamente ao presumido evento de desembolsos das aquisições que deverá efetuar.</p> <p>Este entendimento justifica-se pelo fato de alguns equipamentos demandarem certo tempo após serem contratados para que cheguem até o seu local de destino. Esta metodologia de remuneração, por parcelas aceita e entendida por esta fiscalização, em conformidade com a praxe do mercado, tornou-se mais segura à Administração Pública com a celebração de Carta de Fiel Depositário exigida da contratada (Anexo I).</p> <p>Com total transparência, este procedimento foi explicitado em todos os relatórios de medição, onde eram acordadas etapas a serem cumpridas pela Contratada.</p> <p>Esta fiscalização liberou as medições com o mesmo critério adotado a toda planilha, onde fazem parte dos serviços a preço global, a fabricação/fornecimento, montagem, testes e comissionamentos, para cada item mencionado anteriormente, liberava-se um percentual financeiro condizente com sua respectiva execução.</p> <p>Com relação a alguns itens, que por questões adversas, não foram encontrados na obra e declarados a CGU pela fiscalização, acerca da ausência dos mesmos no canteiro por meio de documento firmado, cumpre esclarecer que tais equipamentos encontravam-se seguros na Receita Federal, como devidamente informado a época, através do envio do documento de importação (Anexo II) a CGU (encaminhado por e-mail). Por oportuno, vale esclarecer que a equipe de Auditores, em 09-09-10, constatou a presença de todos os equipamentos faltantes, declarados por esta fiscalização, cessando assim qualquer risco a Administração.</p> <p>Por oportuno, compete observar que, todos os equipamentos atestados até a presente data por esta fiscalização, encontram-se fornecidos, instalados, testados e comissionados.</p>					
Síntese dos resultados obtidos					
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor					

Unidade Jurisdicionada					
Denominação completa:					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Deliberações do TCU					
Deliberações expedidas pelo TCU					
Ordem	Processo	Acórdão	Item	Tipo	Comunicação Expedida
9	013.371/2010-0				Ofício nº 1700/2011-TCU/SECEX-RJ-D4
Órgão/entidade objeto da determinação e/ou recomendação					Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					9196
Descrição da Deliberação:					
Apresentação das razões a respeito das questões suscitadas nos autos, em especial, no que tange a alguns pontos, relativos à Concorrência nº 001/2010 e ao Contrato nº 016/2010.					
Providências Adotadas					
Setor responsável pela implementação					Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad					
Síntese da providência adotada:					
<p>No tocante:</p> <p>“a) os valores contidos na planilha orçamentária da licitação, bem como aqueles constantes da planilha de preços da empresa contratada, estão muito acima dos preços praticados no mercado, conforme evidenciado na comparação com orçamento elaborado pela empresa MHA Engenharia Ltda., responsável pela elaboração do projeto básico;”</p> <p>Destacando ter sido a Concorrência nº 001/2010 (processo nº 250057/875/2010) um processo inédito a esta Administração com relação ao seu escopo, diversidade, quantidade e tipo, vimos esclarecer que a pesquisa de preço neste procedida ocorreu no início do ano de 2010 utilizando diversas empresas dos respectivos segmentos, notadamente àquelas sugeridas pela autora do projeto, tudo dentro de prazos compatíveis com a orientação para que fosse possível oferecer à população a utilização do Novo INTO num menor prazo, sempre em observância a legislação vigente.</p> <p>Mister ressaltar que, a tarefa de reunião dos documentos inerentes à pesquisa pelas diferentes especialidades se mostrou laboriosa e com relativa complexidade, tendo sido, contudo, executada no prazo previsto. O recebimento das cotações – que realizaram um conjunto de planilhas que perfazem aproximadas 5.000 linhas – foi sumarizado nos mapas de cotação sob o qual foi aplicada a média dos preços ofertados por segmento tipo, como é prática usual desta Administração.</p> <p>Cumprir informar que devido à natureza do contrato pretendido – preço global – a ênfase empreendida na averiguação dos valores ofertados concentrou-se na avaliação do preço total da especialidade, mais do que na avaliação dos preços unitários, item a item.</p> <p>A propósito, deste procedimento adotado, acolhido na orientação do Eminentíssimo Doutor, Cláudio Sarian Altounian, em seu livro OBRAS PÚBLICAS – LICITAÇÃO, CONTRATAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E UTILIZAÇÃO, da Editora Fórum, 2ª Edição, p.325, restaria maior zelo e prudência na análise de preços unitários no ensejo de eventuais aditivos, cuja expectativa à época da consolidação da pesquisa, não se apresentava plausível.</p> <p>Nessa esteira, a Administração procedeu comparações com outras experiências vivenciadas pelo INTO, como por exemplo, no caso das instalações especiais (sistemas eletrônicos) que se verificou valores compatíveis com os obtidos na pesquisa anterior realizada pelo INTO em julho de 2009.</p> <p>Se por um lado foi possível identificar, dentro dos prazos exigidos, itens com origens outras que serviram para averbar, por amostragem, os valores recebidos nesta oferta, por outro, em muitos casos, a pesquisa apresentou itens não usuais à vivência desta instituição e seu corpo técnico.</p> <p>Assim, vez que não verificado qualquer vício formal nas propostas, não restou ao conjunto crítica, razão pela qual foram acatadas, conforme recebido das empresas e utilizados na média dos preços, dos seus respectivos segmentos.</p> <p>“b) aplicação indevida de Bonificação e Despesas Indiretas - BDI para aquisição de materiais/equipamentos, em desacordo com o entendimento insculpido na Súmula de Jurisprudência nº 253/2010 desta Corte;”</p> <p>O INTO esclarece também que, no tocante ao questionamento sobre aplicação de percentual de BDI, supostamente superior ao recomendado pelo TCU (item 02 da Solicitação de Auditoria nº 251219/002), o objeto da Concorrência Pública nº 001/2010, expressamente incluía os serviços de instalação, montagem, configuração, comissionamento, testes, treinamento, fornecimento de manuais de manutenção e operação de equipamentos.</p> <p>Quanto ao percentual de BDI, esclarece que este INTO utilizou a similaridade quanto ao valor aplicado pela Concorrência Pública nº 003/2007 (realizada diretamente pelo Ministério da Saúde).</p> <p>Não se tratava, pelas características inerentes a uma unidade hospitalar, de um contrato de obras civis com pacto adjeto</p>					

de administração de compras, nem de fornecimento e/ou entrega pura e simples de equipamentos. Cuidávamos aqui de fornecimento, instalação e comissionamento de equipamentos que constituíam uma unidade de operação e bem assim uma condição elementar das atividades hospitalares.

Assim, diante dos esclarecimentos acima e evidenciado a existência de indispensáveis serviços atrelados aos equipamentos, foi afastado o entendimento constante do Acórdão Plenário nº 325-2007 do TCU, citado por essa CGU, por ser inaplicável ao presente caso.

“c) os serviços de revestimento de teto e forro, constantes do item 53.00 da Planilha Orçamentária da Concorrência nº 01/2010, já haviam sido incluídos na Concorrência nº 03/2007 (item 11.03.01), fato que ocasionou cobrança em duplicidade por esses serviços;”

Tendo em vista o exposto por este Tribunal, cumpre esclarecer que no projeto básico a previsão de quantitativos de revestimento para teto, ocorreu observando a metragem global, uma vez que haveria a necessidade de refazermos serviços de revestimento por força de uma nova contratação, tendo em vista que parte dos serviços relacionados ao novo contrato ocorreria sobre o forro.

Por sugestão da CGU em seu Relatório de Auditoria nº 251219 – CGU-RJ, a fiscalização do contrato levantou todo o quantitativo de forro efetivamente refeito e chegou a seguinte conclusão, onde aponta a adequação de quantitativo para menos, a saber:

Item	m ² Total	m ² Executado	m ² Executar	m ² Aditivo	% Aditivado
Remoção de forro de estuque, gesso, placas prensadas e semelhantes	39.498,00	8.215,25	2.900	-21745,75	-66,17
Fornecimento e instalação de forro acústico removível de fibra mineral 62,5X62,5 PEBBLED, GEORGIAN (NCR>0,55), ARMSTRONG ou similar com perfis T de 14mm borda regular	809,00	80,90	20	-708,1	-87,5
Fornecimento e instalação de forro acústico removível de fibra mineral 62,5X62,5 PEBBLED, ÚLTIMA (NCR>0,70), ARMSTRONG ou similar com perfis T de 14mm borda regular	942,00	94,20	-	-847,8	-90
Fornecimento e instalação de forro acústico removível de fibra mineral CLEAR ROOM MYLAR (NCR>0,55), ARMSTRONG ou similar com perfis t de 14mm borda reta (PLACA STANDARD)	2.949,00	294,90	650	-2004,1	-67,95
Fornecimento e Instalação De Forro Sistema De Teto Acústico KNAUF, Com Chapas De Gesso Acartonado Perfuradas e Retilínea 12/25r, Furos Redondos (Fixo)	1.937,00	484,25	38	-1414,75	-73
Fornecimento e instalação de forro com chapas de gesso acartonado liso knauf ou similar branco neve	24.363,00	6.090,75	1900	-16372,25	-67,2
Fornecimento e instalação de forro com chapas de gesso acartonado liso KNAUF ou REKOLOR similar branco neve	8.498,00	2.124,50	1000	-5373,5	-63,23
Preparo de superf. Nova, c/revestim. Liso int. Ou ext.	32.861,00	8.215,25	2900	-21745,75	-66,17
Pintura c/tinta latex pva fosco aveludada, interior, acab. De alta classe, em 3 demaos em superf. prep	32.861,00	8.215,25	2900	-21745,75	-66,17

Segundo a fiscalização do contrato, os atos necessários para a formalização do aditivo de redução, observadas as medições acima descritas, estão em fase de finalização.

“a) irregularidades verificadas nas pesquisas de mercado realizadas pelo INTO para a formação da estimativa de preços referentes à Concorrência nº 01/20 10, ocasionando contratação com sobre preço:

Idem à resposta “a” acima, ora reproduzida:

Destacando ter sido a Concorrência nº 001/2010 (processo nº 250057/875/2010) um processo inédito a esta Administração com relação ao seu escopo, diversidade, quantidade e tipo, vimos esclarecer que a pesquisa de preço neste procedida ocorreu no início do ano de 2010 utilizando diversas empresas dos respectivos segmentos, notadamente àquelas sugeridas pela autora do projeto, tudo dentro de prazos compatíveis com a orientação para que fosse possível oferecer à população a utilização do Novo INTO num menor prazo, sempre em observância a legislação vigente.

Mister ressaltar que, a tarefa de reunião dos documentos inerentes à pesquisa pelas diferentes especialidades se mostrou laboriosa e com relativa complexidade, tendo sido, contudo, executada no prazo previsto. O recebimento das cotações – que realizaram um conjunto de planilhas que perfazem aproximadas 5.000 linhas – foi sumarizado nos mapas de cotação sob o qual foi aplicada a média dos preços ofertados por segmento tipo, como é prática usual desta Administração.

Cumprir informar que devido à natureza do contrato pretendido – preço global – a ênfase empreendida na averiguação dos valores ofertados concentrou-se na avaliação do preço total da especialidade, mais do que na avaliação dos preços unitários, item a item.

A propósito, deste procedimento adotado, acolhido na orientação do Eminentíssimo Doutor, Cláudio Sarian Altounian, em seu livro OBRAS PÚBLICAS – LICITAÇÃO, CONTRATAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E UTILIZAÇÃO, da Editora Fórum, 2ª Edição, p.325, restaria maior zelo e prudência na análise de preços unitários no ensejo de eventuais aditivos, cuja expectativa à época da consolidação da pesquisa, não se apresentava plausível.

Nessa esteira, a Administração procedeu comparações com outras experiências vivenciadas pelo INTO, como por exemplo, no caso das instalações especiais (sistemas eletrônicos) que se verificou valores compatíveis com os obtidos na pesquisa anterior realizada pelo INTO em julho de 2009.

Se por um lado foi possível identificar, dentro dos prazos exigidos, itens com origens outras que serviram para averbar, por amostragem, os valores recebidos nesta oferta, por outro, em muitos casos, a pesquisa apresentou itens não usuais à vivência desta instituição e seu corpo técnico.

Assim, vez que não verificado qualquer vício formal nas propostas, não restou ao conjunto crítica, razão pela qual foram acatadas, conforme recebido das empresas e utilizados na média dos preços, dos seus respectivos segmentos.

“a.1) os preços unitários dos itens relativos a Sistemas Eletrônicos, No-break, Marcenaria, Forro Removível e Sistema de Refrigeração, constantes das propostas comerciais que serviram de base para elaboração da planilha orçamentária da licitação, apresentam índice de variação constante, ou seja, dividindo-se os preços unitários de uma determinada empresa pelo preço unitário de outra qualquer obtemos um valor constante para os itens pesquisados;”

Quanto à análise na pesquisa de preços realizada pela CGU, em especial, o índice de variação, esclarece o INTO que não identificou a referida variação por ocasião da análise das propostas apresentadas, até porque não é mecanismo usual da Administração. Por oportuno esclarecemos que já estamos adotando procedimentos que possibilitarão no futuro aplicarmos mecanismos de verificação que possibilitem identificar este tipo de análise.

“a.2) a Controladoria-Geral da União constatou vínculos societários entre empresas consultadas para formação de preços nos serviços de Marcenaria, Cozinha Industrial e Refrigeração;”

Esta Administração à época da pesquisa de mercado realizada, não constatou a existência de vínculos societários entre as empresas consultadas, até porque, nesta fase, não é de praxe, tampouco exigência legal, solicitar à(s) mesma(s) o respectivo(s) contrato(s) social(is) e/ou ato(s) constitutivo(s), mas tão somente, faz-se necessária esta apresentação, no momento da licitação pelos efetivos participantes, por tratar-se de documentação inerente à habilitação jurídica da empresa licitante (art. 28 e seus incisos, da Lei nº 8.666/93).

“a.3) a empresa Vepan Eletrotécnica Ltda. encaminhou o respectivo orçamento, relativo a Banco de Capacitores, diretamente à empresa Delta Construções S.A., que futuramente viria a se sagrar vencedora da licitação;”

Considerando que o aspecto técnico do objeto encontrava-se inserido numa execução de obras e serviços em curso à época - referentes à Concorrência 03/2007, optou-se por utilizar também, o escritório da fiscalização de obra do INTO, no próprio canteiro de obras, para reunião de documentos, especificações e a operacionalização de serviços burocráticos, quando da realização da pesquisa.

“a.4) ausência, na planilha relativa ao orçamento básico anexada ao Edital, da identificação do responsável técnico, bem como de sua assinatura, além da respectiva Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), descumprindo o estabelecido no art. 14 da Lei nº 5.194/66 e no art. 2º da Lei nº 6.496/77;”

Com referência ao processo supracitado, cumpre, primeiramente, registrar que todas as planilhas de especificações técnicas, de quantidades, de orçamento, os memoriais descritivos e o conjunto de plantas de engenharia referentes ao Novo INTO – concorrências 03/2007 e 01/2011 – foram realizados pela empresa MHA ENGENHARIA LTDA.

Cabe registrar que a Área de Projeto e Planejamento – ARPROJ do INTO, não recebeu em nenhum momento a

incumbência de elaborar, modificar ou revisar o referido projeto, bem como seus memoriais e planilhas, seja pelo fato de não possuir equipe técnica capaz de proceder tal análise face à complexidade e a diversidade técnica, seja pela responsabilidade técnica do conjunto pertencer exclusivamente à empresa contratada para este fim.

Isto posto, a ARPROJ, em total concordância com a Divisão de Infraestrutura – DIEST do INTO, registra que as anotações de responsabilidade técnica e demais demandas solicitadas devem ser buscadas com a empresa MHA Engenharia, bem como consultadas no processo das citadas concorrências.

Desta forma, foram encaminhadas as cópias das fls. 1064/1065; 1080/1085 e 1087/1088 (referentes ao processo licitatório nº 250057/1248/2006, que objetivou a contratação de serviços de elaboração de projeto executivo do prédio situado à av. Brasil, nº 500).

“a.5) os valores contidos na planilha orçamentária da licitação, bem como aqueles constantes da planilha de preços da empresa contratada, estão muito acima dos preços praticados no mercado, conforme evidenciado na comparação com o orçamento elaborado pela empresa MHA Engenharia Ltda., responsável pela elaboração do projeto básico;”

Idem à resposta “a” acima, ora reproduzida:

Destacando ter sido a Concorrência nº 001/2010 (processo nº 250057/875/2010) um processo inédito a esta Administração com relação ao seu escopo, diversidade, quantidade e tipo, vimos esclarecer que a pesquisa de preço neste procedida ocorreu no início do ano de 2010 utilizando diversas empresas dos respectivos segmentos, notadamente àquelas sugeridas pela autora do projeto, tudo dentro de prazos compatíveis com a orientação para que fosse possível oferecer à população a utilização do Novo INTO num menor prazo, sempre em observância a legislação vigente.

Mister ressaltar que, a tarefa de reunião dos documentos inerentes à pesquisa pelas diferentes especialidades se mostrou laboriosa e com relativa complexidade, tendo sido, contudo, executada no prazo previsto. O recebimento das cotações – que realizaram um conjunto de planilhas que perfazem aproximadas 5.000 linhas – foi sumarizado nos mapas de cotação sob o qual foi aplicada a média dos preços ofertados por segmento tipo, como é prática usual desta Administração.

Cumprir informar que devido à natureza do contrato pretendido – preço global – a ênfase empreendida na averiguação dos valores ofertados concentrou-se na avaliação do preço total da especialidade, mais do que na avaliação dos preços unitários, item a item.

A propósito, deste procedimento adotado, acolhido na orientação do Eminentíssimo Doutor, Cláudio Sarian Altounian, em seu livro OBRAS PÚBLICAS – LICITAÇÃO, CONTRATAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E UTILIZAÇÃO, da Editora Fórum, 2ª Edição, p.325, restaria maior zelo e prudência na análise de preços unitários no ensejo de eventuais aditivos, cuja expectativa à época da consolidação da pesquisa, não se apresentava plausível.

Nessa esteira, a Administração procedeu comparações com outras experiências vivenciadas pelo INTO, como por exemplo, no caso das instalações especiais (sistemas eletrônicos) que se verificou valores compatíveis com os obtidos na pesquisa anterior realizada pelo INTO em julho de 2009.

Se por um lado foi possível identificar, dentro dos prazos exigidos, itens com origens outras que serviram para averbar, por amostragem, os valores recebidos nesta oferta, por outro, em muitos casos, a pesquisa apresentou itens não usuais à vivência desta instituição e seu corpo técnico.

Assim, vez que não verificado qualquer vício formal nas propostas, não restou ao conjunto crítica, razão pela qual foram acatadas, conforme recebido das empresas e utilizados na média dos preços, dos seus respectivos segmentos.

“b) adoção injustificada de exigências e procedimentos restritivos à competitividade no edital de Concorrência nº 01/2010;”

As exigências foram criteriosamente estipuladas pelos servidores deste Órgão, pois decorreram de análises cuidadosas em que se constatou sua absoluta correspondência com o objeto licitado.

Para perfeita compreensão da pertinência e necessidade de tais exigências, em vista da necessária correspondência delas com as características dos serviços, necessário é que este arazoado se faça preceder de breves e gerais considerações acerca do objeto licitado, ao que se seguirá a resposta e a defesa sobre a legitimidade de cada uma das exigências, conforme a enumeração apresentada.

Certamente, assim contextualizadas, as exigências falarão por si, restando afastadas as críticas e conseqüentes recomendações que ora se fazem a respeito do eventual excesso de rigor técnico por parte da Administração na elaboração do texto editalício, em prejuízo de uma suposta amplitude de ofertas no certame.

Ressalta-se acerca da urgência e necessidade imperativa da contratação dos serviços aqui referidos.

DO OBJETO DO CERTAME:

Constitui objeto do certame a contratação de empresa “para execução de obras e serviços de complementação, incluindo adequação, para: instalações especiais, sistemas de refrigeração, cozinha industrial, salas cofre, paisagismo, marcenaria, banco automático de capacitores, nobreak, construção de passarela e demais serviços necessários para a

conclusão da obra das novas instalações do Novo INTO, situado na Avenida Brasil, nº 500, no Bairro de São Cristóvão, na cidade do Rio de Janeiro/RJ(...)"

Trata-se de serviços complementares à grande obra estrutural de retrofit de edificação, outrora sede do "Jornal do Brasil" e que, mediante grandes esforços de sinergia empreendidos pelas equipes da Administração, pelas equipes técnicas de medicina e de engenharia deste órgão e do Ministério da Saúde, resultou no reaproveitamento de grande parte da estrutura civil do prédio para adaptá-lo às necessidades do Novo INTO, com grandes benefícios e economia para a Administração Pública.

Ocupando uma área bastante extensa, constituída por um complexo de edificações destinadas ao funcionamento de uma grande unidade hospitalar, o conjunto, por sua própria natureza e finalidade, deverá corresponder aos mais exigentes requisitos técnicos de organização espacial, infraestrutura, funcionalidade e operacionalidade, não sendo admissível que possa haver falhas na execução das obras e serviços pelas empresas contratadas. Certamente, as falhas ocorreriam, caso a Administração Pública não houvesse se conduzido dentro do que recomenda a mínima cautela, garantindo assim a segurança na execução dos serviços licitados.

Além de procederem com eficiência, segurança e profissionalismo, as empresas contratadas deverão executar seus serviços sem solução de continuidade, mantendo rotina de produção compatível com a urgência de início das operações do complexo Novo INTO. A urgência é extrema. Com efeito, as novas instalações do INTO visam a extinguir ou minimizar uma fila de pacientes para atendimento do SUS, que hoje conta com espera - para algumas especialidades - superior a 24 meses, situação esta que somente poderá ser equacionada, consoante o exposto, com a entrada em atividade e plena operacionalidade do "Novo INTO".

Neste ponto, cabe ressaltar que o objeto licitado, além da urgência no atendimento do interesse público, destina-se a uma unidade hospitalar. Por essa razão, constitui-se de instalações e equipamentos que, em grande parte, possuem funcionamento em rede. De fato, há uma virtual "unicidade" de instalação no que se refere aos sistemas técnicos de apoio e de suporte à vida, sendo tecnicamente correto afirmar que uma paralisação de um sistema por defeito ou por vício oculto que venha a ocorrer no futuro acarretará impactos em cadeia, promovendo reflexos muito mais relevantes do que aqueles de uma edificação comum.

A norma que rege as construções hospitalares determina, neste sentido, uma obrigação do executor de compatibilizar o espaço a ser edificado e instalado com os regulamentos técnicos específicos – Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Deverá haver estrita correspondência entre infra-estrutura instalada e a futura operação hospitalar: os cuidados com a contaminação e a infecção do meio-ambiente hospitalar, a segurança, uma arquitetura de acolhimento, funcionalidade médico-ambulatorial, na humanização das instalações para os pacientes e manejo, coleta e despejo de resíduos medicamentosos, inclusive de fluidos humanos, todos esses itens tornam o objeto licitado especial, em seu conjunto operacional.

Assim é que, superadas todas as condicionantes acima, é dever do Administrador Público agir como procedeu este Instituto, a fim de estabelecer, por meio das exigências minimamente necessárias, que as empresas licitantes devessem demonstrar estarem qualificadas, possuindo os seguintes atributos:

- (I) Experiência na execução dos serviços objeto do edital, por natureza já assaz específicos – Capacitação Técnica;
- (II) Capacidade de executar tais serviços a termo e prazo, em função das necessidades de pronto atendimento do SUS – Capacitação Operacional;
- (III) Capacidade e idoneidade técnica e financeira bastantes para garantir, após execução do contrato, o pleno funcionamento dos equipamentos e instalações entregues a este órgão contratante – Capacitação Técnica e Operacional também na fase de garantia dos serviços.

Sendo assim, desde a concepção do projeto, até na elaboração das exigências do edital, constitui-se um dever imposto a este Órgão, ainda mais na qualidade de agente público especializado na área da saúde, de agir com o devido zelo e cuidado na aferição das empresas potencialmente executoras do objeto licitado. Profissionais da área de saúde e apoio interagiram com a arquitetura e engenharia para estipulação da quantidade, especificidades de materiais e equipamentos, finalidade, fluxos e rotinas de serviços, o que refletiu na medida justa – mas nunca excessiva – das exigências apresentadas no Edital.

Feita esta abordagem geral das peculiaridades do objeto licitado, passar-se-á a prestar os esclarecimentos solicitados por essa E. Corte, acerca de cada um dos itens abaixo questionados.

"b.1) índice de endividamento restritivo (subitem 6.1.1, alínea "c");"

No que concerne ao Índice de Endividamento o mesmo foi adotado para propiciar maior segurança à Administração Pública, e assim a contratação de empresa sedimentada no mercado, considerando o valor em questão e a complexidade do objeto.

"b.2) exigência de vínculo empregatício anterior à entrega das propostas (item 6.4.1);"

O objeto licitado consiste na prestação de serviços em diversas frentes de atuação, com equipes laborando

simultaneamente sob eventuais interfaces de atividades. Tudo isto em termo e prazos bem definidos, de modo que o início da operação do Novo INTO não seja frustrada por interrupções de atividades e por baixo índice de produtividade.

Para tanto, os responsáveis técnicos, além de experiência correspondente ao objeto licitado, deverão possuir pleno domínio dos processos administrativos internos nas empresas em que atuem e razoável identificação com o pessoal encarregado da execução física dos trabalhos, o que somente se realiza após um período mínimo de convivência e permanência no quadro da licitante.

É natural que um profissional que esteja familiarizado numa empresa por pertencer ao quadro desta por um período de tempo não desprezível, tenha maior domínio sobre a rotina técnico-administrativa daquela organização, comparativamente a outro que esteja recém chegado. Da mesma forma, a convivência com os seus colegas adquirida neste período conduz a um diferencial de eficiência para o processo como um todo, notadamente se observarmos que o certame – por suas características técnicas – levará a impor a convivência de diversos profissionais no mesmo canteiro de obras.

Outra motivação para a exigência foi a de afastar o nocivo oportunismo, tão comum, de nova licitante em contratar um profissional *ad hoc*, sem vínculo efetivo de permanência consigo. Esse vínculo somente se verifica pelo histórico do profissional – justamente conforme estabelece o Edital.

De fato, as características do objeto licitado prescrevem que se evite a admissão de empresas cujos profissionais sejam contratados com o fim exclusivo de superar exigências da licitação, sem o ânimo de engajamento real do técnico responsável, caso em que a recente admissão aos quadros de pessoal da licitante não configuraria garantia alguma de eficiência de serviços ou de proveito para a Administração Pública.

Neste sentido, determina a Lei 8.666/93 (art. 30, par. 1º, inciso I) – refletindo as disposições do edital – que as licitantes comprovem possuir profissional técnico “em seu quadro permanente”, descartando contratações de natureza temporária e oportunista.

Por essas razões, determinou a equipe do Instituto indicar com prudente critério o prazo que melhor garantisse a convivência mínima indispensável para caracterizar o bom entrosamento do profissional, o que se convencionou ser seis meses.

Isto posto, verifica-se que o artigo 30 da Lei 8.666/93 não pode ser interpretado com regra absoluta, no sentido de somente permitir a exigência, no quesito documentação de qualificação técnica, do mero registro ou inscrição na entidade profissional competente, e nada mais além do inciso I, sem considerar os incisos subseqüentes sobre a matéria.

Longe de caracterizar violação dos arts. 3º, par. 1º e 30, inciso I, da Lei nº 8.666/93, como indica o Ofício de Comunicação nº 1306/2010-TCU/SECEX-RJ-D4, este Instituto pretendeu formular, de modo razoável e em atenção ao estritamente necessário, uma exigência administrativa que apenas visava a uma mais adequada qualificação dos pretendentes, sem com isso comprometer a ampla competitividade, até porque a exigência de profissional com seis meses “de casa” atende ao perfil de grande parte das potenciais licitantes.

A respaldar essa afirmativa, está o fato da exigência não ter sido objeto de censura pelo Núcleo de Assessoramento Jurídico no Rio de Janeiro da Advocacia Geral da União – NAJ (atual: Consultoria Jurídica da União no Estado do Rio de Janeiro – CJU), consultada durante o procedimento administrativo de avaliação prévia da minuta do Edital (em atendimento ao Parágrafo único do art. 38 da Lei nº 8.666/93).

Na esteira da legalidade da exigência, vale transcrever entendimento do Excelentíssimo Senhor Ministro Adhemar Paladini Ghisi, manifestado no processo TC -011.037/99-7. No caso, a determinação do inciso I do artigo 30 da Lei de Regência, não pode ser invocado isoladamente como proibitivo da exigência ora questionada, justamente permitida pelo inciso II, que o sucede:

“5.A verificação da qualificação técnica, conforme consta do art. 30 da Lei nº 8.666/93, bem como da econômica, tem por objetivo assegurar que o licitante estará apto a dar cumprimento às obrigações assumidas com a Administração, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, não podendo a sua comprovação ser feita mediante a formulação de exigências desarrazoadas, que comprometam a observância do princípio constitucional da isonomia.

6.Com efeito, na linha defendida pela Decisão nº 767/98 – TCU – Plenário, há que ser entendido que o inciso II do art. 30 da Lei nº 8.666/93 pode ser dividido em duas partes. Uma relativa ao licitante e outra ao pessoal técnico que integra o seu corpo de empregados. A primeira, que cuida da comprovação de aptidão do interessado para o desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, e indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação refere-se, pois, no presente caso, à pessoa jurídica. A outra, qualificação de cada um dos membros da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos, dirige-se especificamente aos seus profissionais.

7.Prosseguindo, a limitação contida no § 1º do art. 30 da Lei nº 8.666/93 aplica-se exclusivamente à comprovação da qualificação técnica dos profissionais que se responsabilizarão pelos trabalhos. Por conseguinte, a comprovação de aptidão do interessado, conforme mencionado no item anterior, há que ser exigida e feita com base em parâmetros distintos, de forma a assegurar o cumprimento das obrigações assumidas, na forma estabelecida no inciso XXI do art.

37 da Constituição Federal.

8. Logo, as exigências de qualificação técnica não estão limitadas à capacitação técnico-profissional. Esta é que deve observar o limite imposto pelo § 1º do art. 30 da Lei.

...

10. Retornando ao texto da Lei nº 8.666/93, art. 30, inciso II, a Administração pode solicitar, além da indicação das instalações e do aparelhamento e do pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação, a comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com tal objeto. Assim, a forma como tais requisitos devem ser exigidos é que vai demonstrar a observância do disposto no art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, no que concerne à limitação das exigências e, conseqüentemente, à observância do princípio da isonomia.

11. Conforme mencionado no Voto Revisor que fundamentou a Decisão nº 767/98 – TCU – Plenário, ao transcrever palavras do Professor Adilson Abreu Dallari acerca da matéria, o veto presidencial à alínea “b” do § 1º do art. 30 do projeto da lei de licitações “não proíbe o estabelecimento de requisitos de capacitação técnico operacional, mas sim, retira a limitação específica relativa à exigibilidade de atestados destinados a comprová-la, deixando que a decisão quanto a essa questão fique ao critério da autoridade licitante, que deve decidir quanto ao que for pertinente, diante de cada caso concreto, nos termos do art. 30, II”. Citando, a seguir, Marçal Justen Filho, concluiu o Relator que a exigência de atestado de capacitação técnica da empresa “é perfeitamente compatível e amparada legalmente”.

...

13. Assim, na linha ora defendida pelo administrativista Marçal Justen Filho, que passo a adotar pelos bem fundamentados argumentos, certo é, portanto, que há amparo legal para que se exija comprovação de qualificação técnico-operacional, posição, aliás, conforme anteriormente mencionado, sustentada por esta Corte de Contas. Todavia, cabe discutir a disciplina de tal exigência haja vista que a Decisão nº 767/98 – TCU – Plenário consignou limitação no sentido de não permitir a vinculação de atestados ou declarações à execução de obra anterior.

14. A propósito, a permissão para a exigência de atestados de comprovação de aptidão, aí também compreendida a capacidade técnico-operacional, encontra amparo nos §§ 3º e 4º do art. 30 da Lei nº 8.666/93, cuja redação contempla:

“§ 3º Será sempre admitida a comprovação de aptidão através de certidões ou atestados de obras ou serviços similares de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior.

§ 4º Nas licitações para fornecimento de bens, a comprovação de aptidão, quando for o caso, será feita através de atestados fornecidos por pessoa jurídica de direito público ou privado.”

...

16. O que se busca por meio de atestados, certidões ou declarações é, inevitavelmente, algo situado em tempo pretérito. Ou seja, não há como se desvincular esses documentos de experiência anterior experimentada pelo licitante. Eles servirão para registrar/reproduzir atos ou fatos conhecidos, capazes de demonstrar, sempre, experiência anterior. Logo, parece paradoxal permitir a exigência de atestados para comprovar capacidade técnico-operacional e, ao mesmo tempo, proibir que se refiram a situações passadas.

...

19. Feitas essas extensas considerações acerca do tema apresentado pelo interessado, e considerando a linha jurisprudencial desta Corte de Contas, entendo que a exigência impugnada não representa afronta aos art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, 3º e 30 da Lei nº 8.666/93.

Ante o exposto, dissentindo das manifestações consignadas nos autos, VOTO no sentido de que o Tribunal adote a deliberação que ora submeto ao Colegiado.” - DECISÃO Nº 285/2000 - TCU – PLENÁRIO I.

“b.3) habilitação dos licitantes aferidas em um único contrato/atestado (subitem 6.4.2.4);”

Esclareço que o exigido no edital de Concorrência nº 01/10, em seu item 6.4.2.4, cumprindo transcrevê-lo:

“6.4.2.4- Os atestados deverão comprovar todas as características dos itens 6.4.2.1, alíneas de “a” a “c”, 6.4.2.2, alíneas de “a” a “h” e 6.4.2.3, alíneas de “a” e “b” em um único contrato/atestado para cada item.” **Grifo nosso**

“b.4) restrições quanto ao período das visitas técnicas, pelos licitantes, ao local da obra, bem como quanto aos responsáveis pelas visitas (item 6.4.7);”

Quanto à questão do período e horário da visita técnica na Minuta de Edital, em que não é mencionado o período, bem como o horário está compreendendo entre 8:00 às 17:00 horas, cumpre esclarecer que, o período não constou na Minuta, tendo em vista que, tão somente no momento da publicação do Edital, saberíamos ao certo o período em que designaríamos as respectivas datas para a suscitada e necessária visita técnica. Ainda, quanto ao prazo previsto para a visita técnica, estabelecido no Edital, cumpre esclarecer que tais visitas se fizeram necessárias para a devida formulação

das propostas a serem apresentadas pelas licitantes, sob o intuito de uma adequada organização (tanto para os licitantes, na realização da visita, quanto para a própria Administração), deveu-se a necessidade do agendamento prévio junto ao INTO, em conformidade com os dias disponibilizados no Edital, e que a Administração considerou o prazo de 03 (três) dias suficiente para a vistoria in loco por todas as empresas interessadas em participar do certame, bem como o horário fora estabelecido das 12:00 às 18:00 horas, considerando o reduzido número de funcionários designados para o devido acompanhamento, de modo a não interferir/prejudicar nas atividades habituais de cada funcionário.

No que se refere à realização da visita técnica a ser realizada pelo menos por um dos responsáveis técnicos indicado pela empresa licitante, entendeu-se necessário para que os licitantes tomassem conhecimento de todas as informações, assim como das condições dos locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação, conforme disposto no art. 30, inciso III, da Lei nº 8.666/93. Por outro lado, ainda confere segurança à Administração, uma vez que todas as peculiaridades do serviço já foram apresentadas para futura empresa contratada, que não poderá alegar desconhecimento de quaisquer exigências contidas no edital, o que evitará complicações futuras no contrato a ser firmado, neste particular, importante frisar a complexidade do empreendimento.

Ainda, considerando o aspecto do risco para a Administração e de quem deve responder por danos causados, é interesse da Administração atribuir o ônus da responsabilidade pelo serviço prestado ao Responsável Técnico capaz de responder com seu próprio registro profissional pela proposta ofertada e atividade realizada.

Ademais, verificamos que a exigência da presença do Responsável Técnico como condição obrigatória para a realização da visita encontrava-se em conformidade com o entendimento da Corte de Contas, que reconhecendo a imperatividade da atuação do Responsável Técnico, assevera em seu próprio Manual de Licitações e Contratos, na página 150:

“É importante e necessário que a vistoria seja realizada por um dos futuros responsáveis técnicos pela execução da obra ou execução dos serviços. O edital deve especificar essa exigência.” (Licitações e contratos: orientações básicas / Tribunal de Contas da União. – 3. ed, rev. atual. e ampl. Brasília : TCU, Secretaria de Controle Interno, 2006. 409 p.)

“b.5) publicação do resumo do edital de licitação em jornal de grande circulação sem a antecedência mínima prevista no art. 21, §3º, da Lei nº 8.666/93;”

No tocante à publicação do certame licitatório, verifica-se dos autos do processo que, fora encaminhada à publicação no Diário Oficial da União, em 20/04/2010, e efetivamente publicado o aviso em 22/04/2010, conforme D.O.U nº 75, Seção 3, p. 111., para a realização do certame em 24/05/2010, observando-se portanto, o prazo legal de 30 (trinta) dias de antecedência entre a publicação editalícia e a apresentação das propostas, em que pese a notícia no jornal de grande circulação do Estado ter sido em 29/04/2010. Cabendo frisar novamente que, apesar do equívoco, entende esta Administração, não ter havido restrição quanto ao número de pretensas licitantes à participação do certame, diante do quantitativo de empresas que retiraram o edital junto ao INTO (oito empresas), bem como diante das empresas que agendaram a respectiva visita técnica (seis empresas), sem considerar as empresas que obtiveram ciência do certame (diante da publicidade do ato), entretanto, não se interessaram e/ou não detinham as devidas condições técnicas para participarem do certame.

“c) relativo ao Contrato nº 16/2010:

c.1) pagamento antecipado sem demonstração de vantagem para a Administração, além de não previsão expressa no edital da licitação e ausência de prestação de garantias.”

Em especial, no que tange a equipamentos customizados e indisponíveis para pronta-entrega, esta fiscalização entende que o cronograma de pagamentos ao contratado deve corresponder ao que este deverá enfrentar no mercado, relativamente ao presumido evento de desembolsos das aquisições que deverá efetuar.

Este entendimento justifica-se pelo fato de alguns equipamentos demandarem certo tempo após serem contratados para que cheguem até o seu local de destino. Esta metodologia de remuneração, por parcelas aceita e entendida por esta fiscalização, em conformidade com a praxe do mercado, tornou-se mais segura à Administração Pública com a celebração de Carta de Fiel Depositário exigida da contratada (anexo I).

Com total transparência, este procedimento foi explicitado em todos os relatórios de medição, aonde eram acordadas etapas a serem cumpridas pela Contratada.

Esta fiscalização liberou as medições com o mesmo critério adotado a toda planilha, onde fazem parte dos serviços a preço global, a fabricação/fornecimento, montagem, testes e comissionamentos, para cada item mencionado anteriormente, liberava-se um percentual financeiro condizente com sua respectiva execução.

Com relação a alguns itens, que por questões adversas, não foram encontrados na obra e declarados a CGU pela fiscalização, acerca da ausência dos mesmos no canteiro por meio de documento firmado, cumpre esclarecer que tais equipamentos encontravam-se seguros na Receita Federal, como devidamente informado a época, através do envio do documento de importação (anexo II) a CGU (encaminhado por email). Por oportuno, vale esclarecer que a equipe de Auditores, em 09-09-10, constatou a presença de todos os equipamentos faltantes, declarados por esta fiscalização,

cessando assim qualquer risco a Administração.

Por oportuno compete observar que todos os equipamentos atestados até a presente data pela fiscalização, encontram-se fornecidos, instalados, testados e comissionados.

d) relativo à Concorrência nº 01/2010:

d.1) ausência de publicidade quanto aos motivos da inabilitação da licitante IBEG Engenharia e Construções Ltda .”.

Informo que a empresa IBEG foi inabilitada devido ao descumprimento dos itens 6.4.2.1, alínea “a” e “c”, fatos estes, que foram devidamente comunicados no momento da sessão pública, tendo a empresa, em questão, declinado, inclusive, de seu direito recursal.

“Determinou, ainda no termos do art. 42, parágrafo 1º, da Lei nº 8.443/92, que encaminhe à SECEX, os elementos a seguir, sob pena da aplicação da sanção prescrita no art. 58, inciso VI, da mencionada Lei:

a) Cópias legíveis de todos os Termos de Subcontratação firmados entre a Delta Construções S.A. e as empresas por ela subcontratadas para execução dos serviços objeto do Contrato nº 16/2010, de maneira que todos os preços contratados possam ser visualizados. As cópias solicitadas não poderão conter qualquer tipo de tarja que impeça a visualização de todas as informações constantes dos contratos;”

No tocante a este item, o fiscal do contrato, através de expediente próprio, solicitou a referida documentação, tendo o mesmo encaminhado a este INTO, a resposta ofertada pela empresa DELTA, que ora anexo ao presente Ofício.

“b) Cópias legíveis de todas as Notas Fiscais relativas às Subcontratações realizadas pela Delta Construções S.A. para execução dos serviços objeto do Contrato nº 16/2010. As cópias solicitadas não poderão conter qualquer tipo de tarja que impeça a visualização de todas as informações constantes das Notas Fiscais;”

Idem a resposta “a” acima, conforme reproduzido abaixo:

No tocante a este item, o fiscal do contrato, através de expediente próprio, solicitou a referida documentação, tendo o mesmo encaminhado a este INTO, a resposta ofertada pela empresa DELTA, que ora anexo ao presente Ofício.

“c) Valor total subcontratado pela Delta Construções S.A. (acompanhado da respectiva memória de cálculo e documentos comprobatórios) para execução dos serviços objeto do Contrato nº 16/2010, tendo em conta que a cláusula vigésima primeira do contrato em epígrafe limita essa subcontratação a, no máximo, 50% do valor do contrato;”

Idem a resposta “a” acima, conforme reproduzido abaixo:

No tocante a este item, o fiscal do contrato, através de expediente próprio, solicitou a referida documentação, tendo o mesmo encaminhado a este INTO, a resposta ofertada pela empresa DELTA, que ora anexo ao presente Ofício.

Síntese dos resultados obtidos

Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor

15.2 DELIBERAÇÕES DO TCU PENDENTES DE ATENDIMENTO AO FINAL DO EXERCÍCIO.

Não houve ocorrência ao final do exercício.

15.3 RECOMENDAÇÕES DO OCI ATENDIDAS NO EXERCÍCIO.

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
1			Ofício nº. 38518/2010/CSMS/CORAS/ CRG/CGU-PR
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
Instaurar o devido processo administrativo disciplinar, no intuito de apurar os fatos apontados como irregulares no pareceres da AGU, bem como apurar quaisquer responsabilidades funcionais decorrentes desses fatos, encaminhando oportunamente a essa Corregedoria a cópia da Portaria instauradora do procedimento instaurado.			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Reiteramos que o processo licitatório nº 250057/1358/2005 não encontra-se neste INTO desde 13/04/2007, pois fora encaminhado ao Núcleo de Assessoramento Jurídico no Rio de Janeiro - NAJ e, posteriormente obtivemos notícias de que o mesmo teria sido encaminhado no mês de maio/2007 para o Departamento de Orientação e Coordenação de Órgãos Jurídicos em Brasília pelo NAJ, bem como até a presente data não retornou a este Instituto, razão pela qual não possuímos subsídios indispensáveis para a abertura de processo disciplinar, conforme determinação de Vossa Senhoria. Considerando as informações prestadas por este INTO (através dos Ofícios nº 519/2008 – INTO/MS; nº 255/2009 – INTO/MS – ao Senhor Alberto Beltrame – Secretário de Atenção à Saúde; e nº 091/2010 – INTO/MS), acerca do que nos foi possível levantar do caso em questão;</p> <p>Considerando que não possuímos a cópia do supracitado processo, que contém todos os elementos necessários para que possamos apurar os fatos e eventuais irregularidades ocorridas;</p> <p>Rogamos a atenção de Vossa Senhoria no sentido de nos remeter a cópia do processo nº 250057/1358/2005 para que, igualmente a esse Órgão, possamos também examiná-lo e assim possibilitar a regular nomeação de comissão e abertura do devido processo.</p>			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
2			Nota de Auditoria nº. 251219/01
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
Eventuais não conformidades inerentes ao Processo nº. 20057/875/2010 – Concorrência Pública nº. 001/2010, cujo objeto foi a complementação das obras realizadas através da Concorrência Pública nº. 003/2001, esta realizada pelo Ministério da Saúde, bem como as recomendações constantes na referida Nota de Auditoria.			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Considerando as diversas reuniões que vêm sendo realizadas entre este INTO e essa Controladoria, na tentativa de adequar os valores que envolveram as obras do NOVO INTO, a metodologia indicada por esta Controladoria;</p> <p>Considerando ter sido destacado na Nota de Auditoria 251219/01 que “...a responsabilidade pela elaboração dos respectivos orçamentos cabe à empresa contratada, a qual possui expertise necessária em todos os ramos da engenharia integrantes do presente empreendimento.”, esta Administração, então, solicitou a mesma, que fosse realizada nova pesquisa de preços de mercado;</p> <p>Desta forma, vimos por meio deste, informar o que se segue:</p> <p>Quanto à primeira recomendação:</p> <p>“1) Realizar nova pesquisa geral de preços, a fim de ajustar todos os valores contratados, cujos preços de referência foram obtidos por meio de pesquisa de mercado, ou seja, para os itens que não constam nas tabelas oficiais de referência (EMOP, SINAPI), implementando tais ajustes antes do pagamento integral do contrato.”</p> <p>Foi encaminhado o Ofício nº 2887/2010 – INTO/MS, através do qual enviamos a pesquisa realizada pela empresa projetista – MHA ENGENHARIA LTDA., contendo os dados, à época, coletados.</p> <p>Assim, na evolução dos trabalhos realizados entre este INTO e Vossas Senhorias, no sentido de aperfeiçoar a interpretação pretendida e viabilizar, a complementação da pesquisa anteriormente realizada pela empresa projetista – MHA ENGENHARIA LTDA. encaminhamos, através do presente a documentação em anexo.</p> <p>Por oportuno, vale ressaltar que, para a pesquisa de mercado realizada nos autos do processo licitatório nº 250057/875/2010 (janeiro/2010), foram contatadas as empresas indicadas pela empresa projetista - MHA, ressaltando, entretanto, que as empresas consultadas neste momento, pela mesma, não são as mesmas que apresentaram cotação de preços para a primeira pesquisa de mercado.</p> <p>De posse dos números apresentados pela MHA, esta Administração procedeu a elaboração da planilha que segue anexo, tudo dentro da transparência e do entendimento dessa Controladoria, sempre de acordo com as orientações contidas na Nota de Auditoria 251219/01 e demais encontros presenciais com a equipe autora da referida Nota. Desta tabela, pode-se observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Que a diferença entre o preço médio da pesquisa da concorrência nº 01/2010 que balizou a contratação dos serviços e da nova pesquisa de mercado é de R\$ 7.037.809,63 (Sete milhões, trinta e sete mil, oitocentos e nove reais e sessenta e três centavos), o que corresponde a uma diferença percentual de 12,8% (doze vírgula oito por cento); (ii) Que a diferença entre o preço médio da empresa vencedora da concorrência em tela e da nova pesquisa de mercado é de R\$ 5.305.661,76 (Cinco milhões, trezentos e cinco mil, seiscentos e sessenta e um reais e setenta e seis centavos), corresponde a uma diferença de 9,64% (nove vírgula sessenta e quatro por cento); (iii) Que, ao aplicarmos a orientação dessa Controladoria, utilizando um BDI diferenciado para 			

equipamentos e serviços – neste caso o descrito no Memorial Descritivo de Pesquisa de Mercado (revisão 3 - item 5 – BDI), obtém-se a diferença entre o preço médio da empresa vencedora com BDI e da nova pesquisa de mercado com BDI diferenciado de R\$ 8.760.079,20 (Oito milhões, setecentos e sessenta mil e setenta e nove reais e vinte centavos);

(iv) Que, ao aplicarmos a orientação dessa Controladoria e utilizar como nova referência de preço para o item ou sistema o menor preço entre aquele contratado com a empresa vencedora e aquele obtido pela média de mercado da nova pesquisa de preços MHA, obtém-se a diferença de R\$ 8.241.074,58 (Oito milhões, duzentos e quarenta e um mil e setenta e quatro reais e cinquenta e oito centavos);

(v) Que, ao aplicarmos a orientação dessa Controladoria praticando-se o menor preço (item iv), o BDI diferenciado (item iii), e a abertura em subsistemas do conjunto técnico original “Sistemas Eletrônicos”, obtém-se uma diferença de R\$ 12.113.726,70 (Doze milhões, cento e treze mil, setecentos e vinte e seis reais e setenta centavos);

(vi) Que, ao considerarmos a previsão da fiscalização do contrato de medição entre 40% e 50% (quarenta e cinquenta por cento) do item revestimento de teto e seus respectivos materiais de acabamento, deve-se promover o não pagamento a empresa contratada de um valor aproximado de R\$ 1.500.000,00 (Um milhão e quinhentos mil reais);

Ao final, esta Administração verifica ser o montante de R\$ 13.613.726,70 (Treze milhões, seiscentos e treze mil, setecentos e vinte e seis reais e setenta centavos) como aquele valor aproximado, resultado da resposta da nova pesquisa de preços, na hipótese de aplicação das recomendações dessa Controladoria, e que, sobre o qual, serão conduzidos, junto a Contratada, os trâmites objetivando a repactuação.

Quanto à segunda recomendação:

“2) Proceder aos ajustes das despesas indiretas (BDI) incidentes sobre os equipamentos/materiais, conforme jurisprudência do TCU, antes do pagamento integral do contrato.”

Com referência a este item, esta Administração acatará a aplicação de BDI diferenciado sobre equipamentos/materiais, nos moldes constantes no Memorial Descritivo de Pesquisa de Mercado (item 05 – BDI) encaminhado pela empresa projetista MHA ENGENHARIA LTDA. (em anexo).

Quanto à terceira recomendação:

“3) Realizar levantamento dos quantitativos referentes aos serviços de revestimento de teto efetivamente executados e pagos, por meio da Concorrência número 03/2007. Posteriormente, proceder ao pagamento somente para os serviços efetivamente necessários à conclusão do empreendimento, deduzindo do total previsto do aludido item qualquer duplicidade.”

Cabe informar que os quantitativos referentes ao forro montam em planilha na ordem de 49.000 m2 (quarenta e nove mil metros quadrados) e que a área prevista em projeto monta em 36.000 m2 (trinta e seis mil metros quadrados).

Face ao exposto, este INTO solicitou à empresa projetista MHA, tendo em vista que fora a mesma que gerou a suscitada planilha, a justificativa quanto à diferença detectada, tendo a empresa esclarecido, através da carta MHA-08062-T-II-622/10 (em anexo), que o quantitativo a maior seria para a confecção de sancas e terminações do forro junto às alvenarias.

Desta forma, foi elaborada uma pesquisa de mercado atual, por meio da fiscalização do contrato, que encontra-se em anexo, através da qual foi constatado não haver prejuízos financeiros à Administração.

E ainda, levando-se em consideração a pintura e o emassamento de teto com revestimento em gesso acartonado, também encontra-se em anexo a memória de cálculo, onde foi constatado haver diferenças entre valores, em favor da empresa construtora. Diferenças estas, que no entendimento do fiscal de contrato deveriam ser absorvidas pela mesma, devido à modalidade de contratação para os serviços, qual seja: menor preço global.

No que se refere item “revestimento de teto” cabe informar que somente será pago o que efetivamente for executado.

Síntese dos resultados obtidos

Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
3			Solicitação de Auditoria n°. 251219/03
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
Cópia do ato homologatório da Concorrência n.º 01/2010 exarado pelo Ordenador de Despesa, conforme previsto no item 10.1 do respectivo edital convocatório.			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
Providenciado o encaminhamento da documentação solicitada através do Ofício n°. 276/2011 – INTO/MS, devidamente protocolado em 11/02/2011.			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
4			Norma de Execução nº 03/2010 aprovada através da Portaria CGU nº 2.546, de 27/12/2010, publicada no Diário Oficial da União de 28/12/2010.
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
Rol dos responsáveis do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, constante no processo de prestação de contas, inerente ao exercício de 2010 deste INTO (SIPAR nº. 25057.002017/2011-38).			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
Providenciado o encaminhamento da documentação solicitada através do Ofício nº. 753/2011 – INTO/MS.			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
5			Ofício nº 1.334/NAC2/2011/CGU-Regional/RJ/CGU-PR
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
Relatório Preliminar de Auditoria Anual de Contas (2010) - Solicitada a análise da peça, e em entendendo, pela apresentação de esclarecimentos adicionais.			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>No tocante ao controle dos contratos (item 4.11 do Relatório) a Área de Contratos informou que existe neste Instituto sistema informatizado referente ao gerenciamento de contratos, entretanto, tal sistema não estava sendo alimentado de forma satisfatória. E que, desde já, está sendo providenciada a inclusão de todos dados necessários no sistema, de forma a permitir a transparência e a exatidão das informações contratuais. E ainda, quanto ao termo final da vigência dos contratos serem estabelecidos em consonância com o término do prazo de garantia de assistência técnica, foi esclarecido que tal procedimento resultou de orientação exarada pela Consultoria Jurídica da União no Estado do Rio de Janeiro (antigo Núcleo de Assessoramento Jurídico da União), ao examinar os editais de licitação referentes aos respectivos contratos.</p> <p>Quanto ao item 4.5, especificamente no “Quadro VI: <i>Das modalidades de licitação executadas no exercício de 2010 pelo INTO</i>”, cumpre informar que não foi executada nenhuma Tomada de Preços no citado exercício financeiro.</p> <p>A Chefia do Divisão de Recursos Humanos deste INTO instada a se manifestar, acerca do constante no item 4.12 do suscitado relatório, informou que apesar do entendimento sobre a não exigência da entrega da declaração de bens e rendas, é rotina da Divisão exigir o documento não só para qualquer ocupante de função comissionada ou cargo de confiança, mas para todo agente público lotado neste Instituto.</p> <p>No que se refere ao Item 05 – “OBRA NOVA INTO”, informamos:</p> <p>Em 02/06/2010 este INTO recebeu o Ofício nº 1306/2010-TCU/SECEX –RJ-D4 exarado pelo Tribunal de Contas da União, solicitando manifestação com referência à supracitada Concorrência, recomendando evitar-se a homologação e adjudicação do certame, o que não fora possível, uma vez que já havia ocorrido tal homologação e adjudicação, inclusive a celebração do respectivo contrato, razão pela qual foi expedido o Ofício nº 1104/2010-INTO/MS ao TCU prestando os devidos esclarecimentos.</p> <p>Posteriormente, nova requisição/auditoria/inspeção, por parte de auditores do Tribunal de Contas da União - TCU, iniciou-se a partir de 12/04/2011, com a finalidade de “suprir omissões e lacunas de informações apontadas no TC 013.371/2010-0”, as quais, à medida em que solicitadas, foram apresentadas as respectivas respostas, bem como no presente momento, encontramos-nos aguardando orientação/determinação a ser emanada pelo referido TCU, diante da finalização dos trabalhos da auditoria realizada.</p> <p>Desta forma (diante do aguardo do recebimento da supracitada orientação/determinação a ser encaminhada pelo TCU), cumpre esclarecer que ainda não foi efetuada a repactuação/reajuste contratual junto à empresa DELTA CONSTRUÇÕES S.A., tendo em vista a inexatidão do montante a ser utilizado, considerando que em nova pesquisa realizada fora vislumbrado o valor de R\$ 13.613.726,70 (treze milhões, seiscentos e treze mil, setecentos e vinte e seis reais e setenta centavos) e que no presente momento (no suscitado relatório dessa CGU), fora vislumbrado (em razão de utilização de outro critério de mensuração de referência, qual seja: menores preços unitários entre os contratados e a nova pesquisa realizada), o valor de R\$ 26.960.257,30 (vinte e seis milhões, novecentos e sessenta mil, duzentos e cinquenta e sete reais e trinta centavos).</p>			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
6			Nota de Auditoria nº 201108567-01
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
<p>Aprimorar os controles relativos às informações dos contratos vigentes, de forma a garantir a fidedignidade das informações disponibilizadas a CGU, bem como aquelas cadastradas no SIASG e efetuar ações junto ao Ministério da Saúde, objetivando integrar no quadro funcional do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, recursos humanos especializados em tecnologia da informação.</p>			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Em relação à verificação de ausência de alguns contratos no sistema SIASG, cumpre informar que algumas publicações eram efetuadas pelo sistema denominado INCOM e, ao que tudo indica, este não repassava as informações ao SIASG, sendo que ambos realizam a publicação no Diário Oficial da União.</p> <p>Sendo assim, informamos que foram providenciadas as publicações dos contratos antigos no SIASG, no intuito de dar maior transparência às informações.</p> <p>Em relação ao termo final da vigência dos contratos ser estabelecido em consonância com o término do prazo de garantia de assistência técnica, esclarecemos que tal procedimento resultou de orientação exarada pelo antigo Núcleo de Assessoramento Jurídico da União, ao examinar os editais de licitação referentes aos respectivos contratos.</p> <p>Ademais, informamos que existe neste Instituto sistema informatizado referente ao gerenciamento de contratos, entretanto, tal sistema não estava sendo alimentado de forma satisfatória. Consignamos desde já, que está sendo providenciada a inclusão de todos dados necessários no sistema, de forma a permitir a transparência e a exatidão das informações contratuais.</p> <p>Atualmente a Instituição possui servidores do cargo de Agente Administrativo, com formação na área de TI que são requisitados para fiscalização de contratos e elaboração de projetos na área, não cabendo aos mesmos a execução das atividades.</p>			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
7	RELATÓRIO DE AUDITORIA N.º 201108819	1.1.2.1 - CONSTATAÇÃO: (019)	Ofício nº 25.504/2011/NAC- 2/CGU-Regional/RJ/CGU-PR
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
<p>Recomendação 1: Realizar, celeremente, a adequação dos preços contratados aos valores de mercado, considerando o menor valor unitário entre o contratado e o apurado na pesquisa de preço realizada a partir da recomendação da CGU consignada na Nota de Auditoria n.º 251219/001, de forma a não ser necessária a rescisão do contrato n.º 16/2010, exigindo a devolução dos valores pagos com sobre preço e dos referentes a serviços executados em duplicidade.</p> <p>Recomendação 2: Com base nos preços ajustados aos valores de mercado, considerando o menor valor unitário entre o contratado e o apurado na nova pesquisa de preço realizada, promover a aplicação de BDI diferenciado para equipamentos, exigindo a devolução dos valores pagos a maior, de forma a não ser necessária a rescisão do contrato n.º 16/2010.</p> <p>Recomendação 3: Deduzir dos pagamentos a serem realizados no âmbito do Contrato n.º 16/2010 os valores referentes ao revestimento de teto, e respectiva pintura, já previstos na Concorrência n.º 03/2007.</p> <p>Recomendação 4: Proceder à apuração de responsabilidades de quem deu causa aos vícios graves ocorridos nas pesquisas de preços originais, os quais ocasionaram contratações em valores superiores aos praticados no mercado.</p>			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Recomendação 1: Ainda não foi efetuada a repactuação/reajuste contratual junto à empresa DELTA CONSTRUÇÕES S.A., tendo em vista a <u>inexatidão do montante a ser utilizado</u>, considerando que em nova pesquisa realizada fora vislumbrado o valor de R\$ 13.613.726,70 (treze milhões, seiscentos e treze mil, setecentos e vinte e seis reais e setenta centavos) e que no presente momento (no suscitado relatório dessa CGU), fora vislumbrado (em razão de utilização de outro critério de mensuração de referência, qual seja: menores preços unitários entre os contratados e a nova pesquisa realizada), o valor de R\$ 26.960.257,30 (vinte e seis milhões, novecentos e sessenta mil, duzentos e cinquenta e sete reais e trinta centavos). E, considerando a nova requisição/auditoria/inspeção, por parte de auditores do Tribunal de Contas da União - TCU, que iniciou-se a partir de 12/04/2011, com a finalidade de “suprir omissões e lacunas de informações apontadas no TC 013.371/2010-0”, as quais, à medida em que solicitadas, foram apresentadas as respectivas respostas, bem como no presente momento, <u>encontramo-nos aguardando orientação/determinação a ser emanada pelo referido TCU, diante da finalização dos trabalhos da auditoria realizada</u>. Cumpre informar, entretanto, que este INTO reteve pagamentos, referentes aos serviços prestados pela empresa Delta Construções S.A., bem como continuará retendo, até pronunciamento final do Tribunal de Contas da União, de forma a não restar prejuízo à Administração, bem como os respectivos processos de pagamento que encontram-se sobrestados, por determinação deste Diretor Geral, são os processos n.ºs: 250057/7008/2010; 250057/59/2011; 250057/1361/2011; 250057/2099/2011; 250057/2572/2011; e 250057/4065/2011.</p> <p>Recomendação 2: Idem a manifestação acima</p> <p>Recomendação 3: Medida sendo adotada pela fiscalização, bem como os pagamentos estão sendo retidos, conforme esclarecido no item anterior (da recomendação 1 acima).</p> <p>Recomendação 4: Houve a instauração da Comissão de Sindicância, através da Portaria nº 09 de agosto de 2011, publicada no BSE nº 33, de 15 de agosto de 2011, tendo sido realizada diretamente pelo Ministério da Saúde e não por este INTO, conforme orientação do próprio Ministério. Serão adotadas em conformidade com o que será estabelecido no relatório final da supracitada Comissão de Sindicância.</p>			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
8	RELATÓRIO DE AUDITORIA N.º 201108819	1.1.2.2 - CONSTATAÇÃO: (020)	Ofício nº 25.504/2011/NAC- 2/CGU-Regional/RJ/CGU-PR
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
Recomendação 1:			
<p>Realize os pagamentos, referentes aos contratos que celebrar, somente após a devida contraprestação de fornecimento de bens ou execução de obra ou serviço, ressalvados os casos em que o adiantamento de parcela contratual vise à sensível economia de recursos para a Administração (art. 40, inciso XIV, alínea "d", da Lei nº 8.666/93), tenha previsão no edital e a contratada apresente suficientes garantias de ressarcimento ao Erário, em conformidade com o art. 65, inciso II, alínea "c", da Lei nº 8.666/93 e com a jurisprudência do Tribunal de Contas da União.</p>			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
Recomendação 1: Foi inteiramente acatada a supracitada recomendação.			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
9	RELATÓRIO DE AUDITORIA N.º 201108819	1.1.2.3 - CONSTATAÇÃO: (021)	Ofício nº 25.504/2011/NAC- 2/CGU-Regional/RJ/CGU-PR
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
<p>Recomendação 1: Abster-se, em futuras licitações, de estabelecer índices contábeis restritivos sem a devida fundamentação inserida no respectivo processo administrativo, de modo a não comprometer a competitividade em um certame licitatório.</p> <p>Recomendação 2: Abster-se, em futuras licitações, de exigir comprovação de vínculo empregatício do responsável técnico de nível superior com a empresa licitante antes da data da entrega dos envelopes contendo as propostas, uma vez que extrapola as exigências de qualificação técnico-profissional extraídas do art. 30, inciso II e parágrafo 1º da Lei nº 8.666/1993.</p> <p>Recomendação 3: Abster-se de impor restrições injustificadas aos processos licitatórios supervenientes, ao impingir a obrigatoriedade de comprovação de qualificação técnica dos licitantes adstritas a um número previamente estipulado de contratos/atestados, por ausência de respaldo legal.</p> <p>Recomendação 4: Abster-se de impor restrições injustificadas aos processos licitatórios supervenientes, ao restringir o lapso temporal para realização de visitas técnicas aos locais dos empreendimentos pelas licitantes e vedar a ida de pessoas devidamente autorizadas pelas licitantes a estes locais, que não sejam exclusivamente os responsáveis técnicos por ausência de respaldo legal.</p> <p>Recomendação 5: Abster-se de omitir, em futuras licitações, a publicação dos motivos determinantes que ensejaram a inabilitação de um licitante e de todos os atos relativos ao certame licitatório não excepcionalizados pela legislação em vigor.</p> <p>Recomendação 6: Abster-se de exigir, para fins de comprovação da capacitação técnico-profissional, que os atestados de capacidade técnica sejam apresentados em nome da empresa licitante, considerando que o art. 30, parágrafo 1º, inciso I, da Lei nº 8.666/93, estabelece que tal comprovação deverá se dar com relação ao profissional de nível superior ou outro devidamente reconhecido pela entidade competente, que, na data prevista para entrega da proposta, componha o quadro permanente da licitante.</p> <p>Recomendação 7: Observar, em futuros certames licitatórios, os normativos legais quanto à antecedência mínima necessária à publicação dos respectivos avisos de abertura.</p>			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Recomendação 1: será inteiramente acatada a supracitada recomendação.</p> <p>Recomendação 2: será inteiramente acatada a supracitada recomendação.</p> <p>Recomendação 3: será inteiramente acatada a supracitada recomendação.</p> <p>Recomendação 4: será inteiramente acatada a supracitada recomendação.</p> <p>Recomendação 5: será inteiramente acatada a supracitada recomendação.</p> <p>Recomendação 6: será inteiramente acatada a supracitada recomendação.</p> <p>Recomendação 7: será inteiramente acatada a supracitada recomendação.</p>			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
10	NOTA DE AUDITORIA N.º 201108567-01		Ofício n.º 25.504/2011/NAC-2/CGU-Regional/RJ/CGU-PR
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
Recomendação 001: A Unidade deverá aprimorar seus controles relativos às informações dos contratos vigentes, de forma a garantir a fidedignidade das informações disponibilizadas à CGU, bem como àquelas cadastradas no SIASG.			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Recomendação: 001: Em relação à verificação de ausência de alguns contratos no sistema SIASG, cumpre informar que algumas publicações eram efetuadas pelo sistema denominado INCOM e, ao que tudo indica, este não repassava as informações ao SIASG, sendo que ambos realizam a publicação no Diário Oficial da União.</p> <p>Em relação ao termo final da vigência dos contratos ser estabelecido em consonância com o término do prazo de garantia de assistência técnica, esclarecemos que tal procedimento resultou de orientação exarada pelo antigo Núcleo de Assessoramento Jurídico da União, atualmente Consultoria Jurídica da União no Rio de Janeiro, ao examinar os editais de licitação referentes aos respectivos contratos. Ademais, informamos que existe neste Instituto sistema informatizado referente ao gerenciamento de contratos, entretanto, tal sistema não estava sendo alimentado de forma satisfatória.</p> <p>Sendo assim, informamos que foram providenciadas as publicações dos contratos antigos no SIASG, no intuito de dar maior transparência às informações.</p> <p>Consignamos desde já, que está sendo providenciada a inclusão de todos dados necessários no sistema informatizado referente ao gerenciamento de contratos existente no INTO, de forma a permitir a transparência e a exatidão das informações contratuais.</p>			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
11			Ofício: 31602/2011/NAC2/CGU-Regional/RJ/CGU-PR
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
Solicitada a análise de inconsistências aos indicadores enviados junto com o ofício supracitado, com o posterior envio das justificativas e/ou medidas adotadas por este INTO.			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Acerca das constatações contidas na trilha nº 1 todas as faltas já foram registradas no cadastro, com exceção das excluídas por solicitações das chefias, conforme relatório e comprovantes do SIAPE.</p> <p>Com relação à trilha de nº 2, excetuando-se a servidora Conceição Pereira Silva de Albuquerque, que se encontra com pendência em sua matrícula, os demais servidores tiveram suas faltas descontadas na folha de pagamento de Junho/2011, conforme tela do SIAPE e demais fichas financeiras.</p> <p>Na trilha nº 13, Hilton Plum Lobato, é servidor ativo deste instituto, admitido em 31/08/1984, matrícula SIAPE nº 065090-8, e não consta em seus assentamentos funcionais informações pertinentes à pensão do pai em razão de dependência econômica, conforme informação cadastral do SIAPE.</p> <p>Com relação à trilha nº 21, verificamos que na verdade não há valores indevidos, nem erro na concessão das aposentadorias e sim erro na fundamentação das portarias que as concederam, dessa forma já providenciamos as retificações das referidas portarias, bem como atualização no cadastro SIAPE, conforme comprovantes do SIAPE e publicações no DOU.</p> <p>Na trilha nº 30, quando realizamos a transação de cessão no SIAPE (CAEDCSSPTC), não há campo para informações de valores recebidos pelo servidor no órgão para onde ele será cedido, apenas se a cessão é contida de ônus ou não.</p> <p>Já na trilha nº 35, esclarecemos que todas as pensões listadas constam com o código 54 no SIAPE, conforme comprovantes do SIAPE.</p> <p>Toda documentação solicitada e acima mencionada foi devidamente encaminhada através do Ofício nº. 2736/2011 – INTO/MS.</p>			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
12			Solicitação de Auditoria n°. 001 de 23/02/2011
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
<p>Disponibilizar processos (250057/7034/2010, 250057/3531/2010, 250057/971/2010, 2500573809/2010 e 250057/1223/2010) relativos às dispensas de licitação.</p> <p>Disponibilizar processos (250057/543/2010 e 250057/79/2010) relativos às inexigibilidades de licitação.</p> <p>Disponibilizar o processo de pagamento n°. 250057/1382/2010.</p> <p>Disponibilizar o processo n°. 250057/399/2009, referente ao pregão eletrônico n°. 19/2010.</p> <p>Disponibilizar o processo de pagamento n°. 250057/1949/2005.</p> <p>Disponibilizar a relação de convênios, contratos de repasse, termos de parceria, termos de compromisso, termos de cooperação e outros instrumentos congêneres que envolvam a transferência de recursos.</p> <p>Descrever as ações do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad para atendimento ao Acórdão n°2407/2010 – Segunda Câmara.</p>			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Foram disponibilizados todos os processos solicitados para a análise de Vossa Senhoria, exceto o processo n° 250057/3809/2010, que está sendo disponibilizado no presente momento;</p> <p>Esclarecer que quanto ao item 06 (solicitando “<i>relação dos convênios, contratos de repasse, termos de parceria, termos de cooperação, termos de compromisso e outros instrumentos congêneres, que envolveram transferência de recursos durante o exercício de 2010</i>”), não se aplica ao INTO, uma vez que não houve a celebração destes tipos de instrumentos, durante o exercício de 2010;</p> <p>E ainda, no tocante ao item 07 (solicitando as ações adotadas pela Unidade para atender as determinações exaradas pelo Tribunal de Contas da União por meio do Acórdão n° 2407/2010 – Segunda Câmara), já havia sido respondido através dos Ofícios n° 996/2009 – INTO/MS e n° 1289/2009 – INTO/MS (disponibilizados).</p>			
Síntese dos resultados obtidos			
Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor			

Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa:			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Recomendações do OCI			
Recomendações expedidas pelo OCI			
Ordem	Identificação do Relatório de Auditoria	Item do RA	Comunicação Expedida
13			Solicitação de Auditoria n°. 201108567/002 de 03/03/2011
Órgão/entidade objeto da recomendação			Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Descrição da Recomendação:			
<p>1 - Para os restos a pagar não processados a liquidar (2009NE903160, 2009NE903466 e 2009NE903300), informar o motivo da inscrição, identificar o inciso que fundamentou, apresentar justificativa e comprovar documentalmente.</p> <p>2 - Para os restos a pagar processado (2008NE901155 e 2008NE902020), informar o motivo para o não pagamento da despesa dentro do exercício de 2010, apresentar justificativas e com provar documentalmente.</p> <p>3 – Disponibilizar no que couber:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Planejamento estratégico institucional; b) Planejamento estratégico de TI – PETI e plano diretor de TI – PDTI; c) Definir responsável pelo PTI e PDTI; d) Formalizar criação de um comitê de TI; e) Documentação comprovatória quanto a existência e apresentação de atribuições do responsável pela políticas de segurança da informação; f) Informar qual a política de segurança da informação – PSI e comprovar documentalmente; g) Apresentar planilha com a distribuição da força de trabalho em TI; h) Plano de cargos e salários do INTO; i) Apresentar estudos e documentos sobre a rotina de TI e as necessidades do INTO; j) Descrição detalhada do processo de desenvolvimento de sistemas utilizados na organização, indicando responsáveis, setores e empresas terceirizadas envolvidas; k) Lista de artefatos produzidos no processo de desenvolvimento de sistemas, detalhando cada fase; l) Lista dos repositórios onde são guardados os artefatos produzidos; m) Documentação contendo a gestão de acordos de níveis de serviço das soluções de TI; n) Documentação contendo a exigência de acordos de nível de serviço nos contratos do INTO; o) Relação das soluções de TI do INTO, informando gestor, se foram desenvolvidas internamente ou por terceiros e se são mantidas internamente ou pro terceiros. 			
Providências Adotadas			
Setor responsável pela implementação			Código SIORG
Direção Geral do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad			9196
Síntese da providência adotada:			
<p>Informações e documentação disponibilizada através do Ofício n°. 549/2011 – INTO/MS E COMPLEMENTADA ATRAVÉS DO Ofício n°. 705/2011 – INTO/MS, nos seguintes termos:</p> <p>Quanto ao Contrato n° 190/2005 firmado entre este INTO e a RUFULO EMPRESA DE SERVIÇOS TÉCNICOS E CONSTRUÇÕES LTDA., que tem por objeto a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, pela CONTRATADA, DE APOIO ADMINISTRATIVO E ATIVIDADES AUXILIARES A SEREM PRESTADOS NOS HOSPITAIS MUNICIPAIS DE IPANEMA, LAGOA, ANDARAÍ E CARDOSO FONTES PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, conforme disposto no Projeto Básico (Anexo V) do Edital de Pregão n° 065/2005, de 20/10/2005, constante às fls. 167/249 do processo n° 250057/1949/2005 e demais anexos, parte integrante do contrato, independentemente de transcrição.</p> <p>A supracitada contratação ocorreu através do devido processo licitatório, autuado por este INTO, tendo em vista a solicitação realizada através do Ofício n° 115/2005, exarado pela Coordenadora do Comitê Executivo de Gestão dos Hospitais Requisitados (Hospitais: Cardoso Fontes, Andaraí, Ipanema e Lagoa), com a “<i>finalidade de substituir o contrato n° 007/2005 celebrado quando da decretação, pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República (à época), do estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro</i>”, (conforme consta às fls. 01 do processo n° 250057/1949/2005 – documento em anexo).</p> <p>Assim, desde março de 2010 vem esta servidora Vera Regina França Tavares, exercendo a fiscalização do referido contrato, adotando o mesmo procedimento utilizado pela fiscalização anterior, de modo que realiza toda conferência da</p>			

documentação encaminhada acerca dos respectivos empregados, bem como realiza contato com o Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. E ainda, encaminha mês a mês ofício a este Departamento, contendo cópias das folhas salariais e dos documentos comprobatórios de recolhimento do FGTS, INSS e IR dos funcionários lotados nos Hospitais Gerais do Andaraí, Cardoso Fontes, Ipanema e Lagoa, que estão sob a gestão daquele Departamento (documentos em anexo).

Ainda cumpre frisar que, jamais recebemos informalmente ou formalmente quaisquer tipo de indagações/questionamentos e tampouco reclamações acerca do serviço que vem sendo prestado. Muito pelo contrário, sempre ocorreu a solicitação por parte daquele Departamento (quando do aviso, com a devida antecedência, de que o contrato iria expirar sua vigência) da prorrogação contratual, vislumbrando-se então a prestação do serviço à contento (documento em anexo).

É de grande valia informar também que, já foram realizadas tentativas de subrogação contratual, de modo que a fiscalização e demais atos inerentes ao contrato ficassem por conta do Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, não logrando êxito este INTO (vislumbrando-se, mais uma vez, a prestação do serviço à contento).

Ainda, segue em anexo a planilha elaborada pela Divisão Financeira deste INTO, informando o valor total das notas fiscais (sem o desconto dos impostos) e utilizando o regime de competência, esclarecendo também que foi incluído o valor inerente à diferença de repactuação de 2008, paga em dezembro de 2010 (R\$ 1.786.494,61).

Por oportuno, esta fiscal entendeu por bem efetuar diligência, no sentido de obter uma materialização maior, no que se refere ao serviço prestado à contento. Neste sentido, obtive as respectivas declarações em anexo, através das quais, constata-se que a supracitada empresa, vem prestando, de forma satisfatória, o serviço, bem como não tendo, até a data de 28/03/2011, descumprido quaisquer das cláusulas previstas no contrato nº 190/2005, que ensejasse a aplicação de penalidades administrativas.

Síntese dos resultados obtidos

Análise crítica dos fatores positivos/negativos que facilitaram/prejudicaram a adoção de providências pelo gestor

15.4 RECOMENDAÇÕES DO OCI PENDENTES DE ATENDIMENTO AO FINAL DO EXERCÍCIO

Não houve ocorrência ao final do exercício.

16 RECOMENDAÇÕES DA UNIDADE DE CONTROLE INTERNO OU DE AUDITORIA INTERNA ATENDIDAS NO EXERCÍCIO

Esta Unidade Jurisdicionada não possui Unidade de Controle Interno.

17 DECLARAÇÃO DO CONTADOR

17.1 DECLARAÇÃO DO CONTADOR ATESTANDO CONFORMIDADE DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS

Ver anexo II

18 OUTRAS INFORMAÇÕES CONSIDERADAS RELEVANTES PELA UNIDADE PARA DEMONSTRAR A CONFORMIDADE DESEMPENHO DA GESTÃO NO EXERCÍCIO

O INTO participou da execução de 04 programas durante o exercício financeiro de 2011:

- Programa 0016: Gestão da Política de Saúde;
- Programa 0089: Previdência de Inativos e Pensionistas da União;
- Programa 1220: Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada; e
- Programa 0750: Apoio Administrativo.

Tabela 213 - Dados Gerais do programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada

Tipo de programa	Finalístico
Objetivo geral	Ampliar o acesso da população aos serviços de que necessita e promover a qualidade e a humanização na atenção à saúde.
Objetivos Específicos	Ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização de sua prestação.
Responsável pelo programa no âmbito da UJ	Helvécio Miranda Magalhães Junior
Público-alvo (beneficiários)	Sociedade

Fonte: SIGPLAN

Tabela 214 - Dados Gerais do programa 0016 – Gestão da Política da Saúde

Tipo de programa	Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais
Objetivo geral	Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.
Objetivos Específicos	Coordenar o planejamento e a formulação de políticas setoriais e a avaliação e controle dos programas na área da saúde.
Responsável pelo programa no âmbito da UJ	Márcia Aparecida do Amaral
Público-alvo (beneficiários)	Governo

Fonte: SIGPLAN

Tabela 215 - Dados Gerais do programa 0089 – Previdência de Inativos e Pensionistas da União

Tipo de programa	Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais
Objetivo geral	Não há
Objetivos Específicos	Assegurar os benefícios previdenciários legalmente estabelecidos aos servidores inativos da União e seus pensionistas e dependentes
Responsável pelo programa no âmbito da UJ	Não há
Público-alvo (beneficiários)	Servidores públicos federais titulares de cargo efetivo, servidores inativos, dependentes e pensionistas.

Fonte: SIGPLAN

Tabela 216 - Dados Gerais do programa 0750 – Apoio Administrativo

Tipo de programa	Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais
Objetivo geral	Não há
Objetivos Específicos	Prover os órgãos da União dos meios administrativos para a implementação e gestão de seus programas finalísticos.
Responsável pelo programa no âmbito da UJ	Não há
Público-alvo (beneficiários)	Governo

Fonte: SIGPLAN

18.1 PRINCIPAIS AÇÕES DO PROGRAMA 1220

Tabela 217 - Dados gerais da ação 8759 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia – INTO

Tipo de Ação	Atividade
Finalidade	Prestar serviços especializados em traumatologia e ortopedia aos usuários do SUS e apoiar os gestores estaduais e municipais no desenvolvimento desses serviços.
Descrição	Provimento e ampliação do acesso da população aos serviços de traumatologia e ortopedia
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.
Coordenador nacional da ação	Luiz Fernandes da Silva
Unidade Executora	Instituto Nacional de Traumatologia.

Fonte: SIGPLAN

O INTO desde o início do PPA 2008-2011 adota como forma de cálculo da meta física a soma do número de atendimentos (para internação, de triagem, ortopédicas e cirúrgicas, médicas complementares multidisciplinares). A partir de 2009 passou a contabilizar também os atendimentos da visita domiciliar na sua meta física.

Na Tabela abaixo são demonstrados os resultados físico e financeiro da ação 8759 segundo o Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento – SIGPLAN.

Tabela 218 - Metas e Resultados da Ação 8759 no Exercício de 2011

Meta	Previsão	Execução	Execução/previsão (%)
Financeira	160.365.097,00	118.914.044,00	74,15%
Física ¹	136.405,00	155.025,00	113,65%

Fonte: SIGPLAN

1. Produto: Número de Atendimentos

Tabela 219 - Atendimentos Ambulatórios realizados

Produto	2009	2010	2011	Taxa de Variação	
				2009 - 2010	2010 - 2011
Nº de Atendimentos	142.797	138.869	155.025	-2,75%	1,12%

Fonte: SIGPLAN e Relatório de Gestão 2010

Sendo uma unidade prestadora de serviços de alta complexidade, o INTO utiliza também como produto o número de cirurgias de alta complexidade. A seguir apresentamos os resultados da ação segundo este critério:

Tabela 220 - Cirurgias de Alta Complexidade realizadas

Produto	2009	2010	2011	Taxa de variação	
				2009 - 2010	2010 - 2011
Nº. de cirurgias	1.930	1.962	1.994	1,66%	1,63%

Fonte: MV Portal e Relatório de Gestão 2010

Como observado na tabela acima, o nº de cirurgias manteve-se na mesma proporção nos últimos 3 anos obtendo um aumento de 1,63% de 2010 para 2011.

O que determinou o aumento da produção de cirurgias, quando comparada aos anos anteriores, foi à orientação estratégica definida no planejamento estratégico do Instituto implantado em 2009, que orientou com mais ênfase a necessidade de priorizar os procedimentos cirúrgicos de alta complexidade em Traumatologia e Ortopedia. Deve-se esclarecer que a tabela SUS está classificada do ponto de vista contábil, sendo alta complexidade relacionada ao alto custo do implante utilizado no procedimento realizado. Portanto, nem todos os procedimentos complexos na área de Traumatologia e Ortopedia podem ser considerados como de alta complexidade, seguindo-se a lógica da tabela SUS.

O cálculo dos 35,22% de procedimentos de alta complexidade realizados no INTO segue a tabela SUS em vigor. Deste modo, este percentual pode atingir um patamar maior se a complexidade real do procedimento for levada em conta.

Tabela 221 - Outras Despesas Correntes da Ação 8759 (Exercício de 2011, em Reais)

Natureza da Despesa	Rubrica	Provisão Recebida	Empenhado	Empenho Liquidado	Restos a Pagar
Diária	339014	23.664,99	22.664,99	22.664,99	0,00
Mat. De Consumo	339030	80.811.086,53	80.810.427,57	57.582.982,54	23.227.445,03
Passagens	339033	201.486,92	201.485,92	175.485,92	26.000,00
Serviço de Consultoria	339035	531.380,34	531.380,34	443.380,34	88.000,00
Serv. Terc. PF	339036	2.605.331,84	2.605.331,84	2.368.969,68	236.362,16
Loc. Mão de Obra	339037	22.329.002,03	22.329.002,03	17.050.585,20	5.278.416,83
Serv. Terc. PJ	339039	40.703.394,80	40.703.394,80	29.527.771,12	11.175.623,68
Obrig. Trib. e Contribuições	339047	21.509,97	21.509,97	21.509,97	0,00
Desp. Exerc. Anteriores	339092	1.864.989,38	1.864.989,38	1.842.041,77	22.947,61
Indenizações e Restituições	339093	799.728,79	799.728,79	798.365,88	1.362,91
Oper. Intra-Orçamentárias Serviços	339139	96.942,09	96.942,09	61.874,28	35.067,81
Oper. Intra-Orçamentárias Desp. Exerc. Anteriores	339192	11.482,32	11.482,32	11.482,32	0,00
Oper. Intra-Orçamentárias – Indeniz. e Restituições	339193	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Despesas Correntes		150.000.000,00	149.998.340,04	109.907.114,01	40.091.226,03

Fonte: SIAFI Operacional

Gráfico 36 - Índice de Execução da Despesa Realizada - IEDR

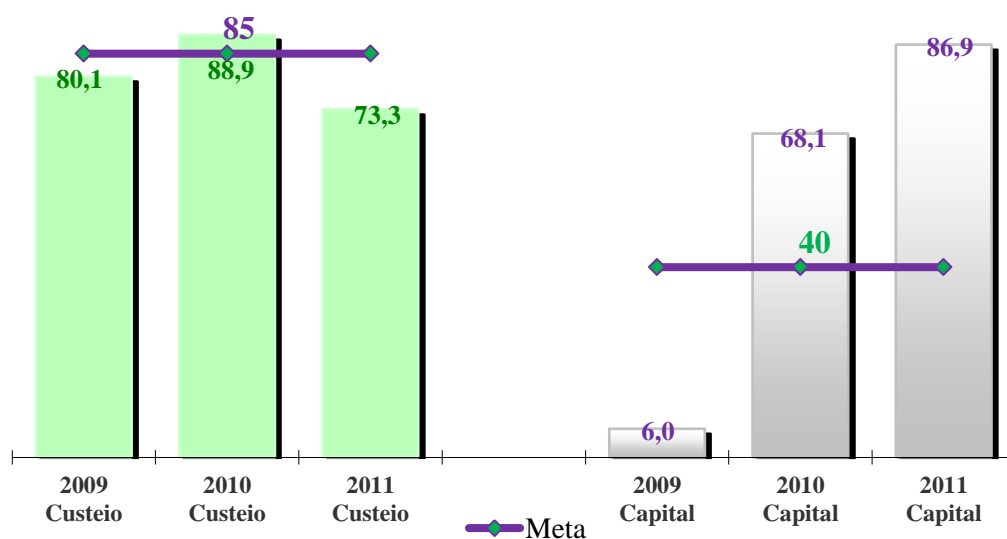


Tabela 222 - Despesas de Capital da Ação 8759 (Exercício de 2011, em Reais)

Natureza da despesa	Rubrica	Provisão Recebida	Empenhado	Liquidado	Restos a Pagar
Mat. Permanente	449052	10.368.000,00	10.366.757,32	9.006.929,76	1.359.827,56
Despesas de Exercícios anteriores	449092	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Capital		10.368.000,00	10.366.757,32	9.006.929,76	1.359.827,56

Fonte: SIAFI Operacional

As despesas em capital realizadas na rubrica 44.90.92 se referem à aquisição de material permanente. Na tabela a seguir encontram-se a evolução dos gastos com custeio no período de 2009 a 2011.

Tabela 223 - Consolidado Anual da Execução Orçamentário-Financeira da Ação 8759 (Despesas Correntes, em Reais)

Rubrica (dígitos terminais)	Natureza da despesa	2009	2010	2011
14 33	Diárias e passagens	503.559,82	395.672,89	225.151,91
30	Consumo	59.211.696,18	62.160.394,39	80.811.086,53
35 36 37 39	Serviço	39.076.112,29	42.791.518,47	66.266.051,10
47 92 93	Outros	2.854.688,12	9.134.993,25	2.697.710,46
Total		101.646.056,41	114.482.579,00	150.000.000,00

Fonte: SIAFI Operacional

Gráfico 37 - Evolução das contas de custeio da Ação 8759, em milhões de Reais

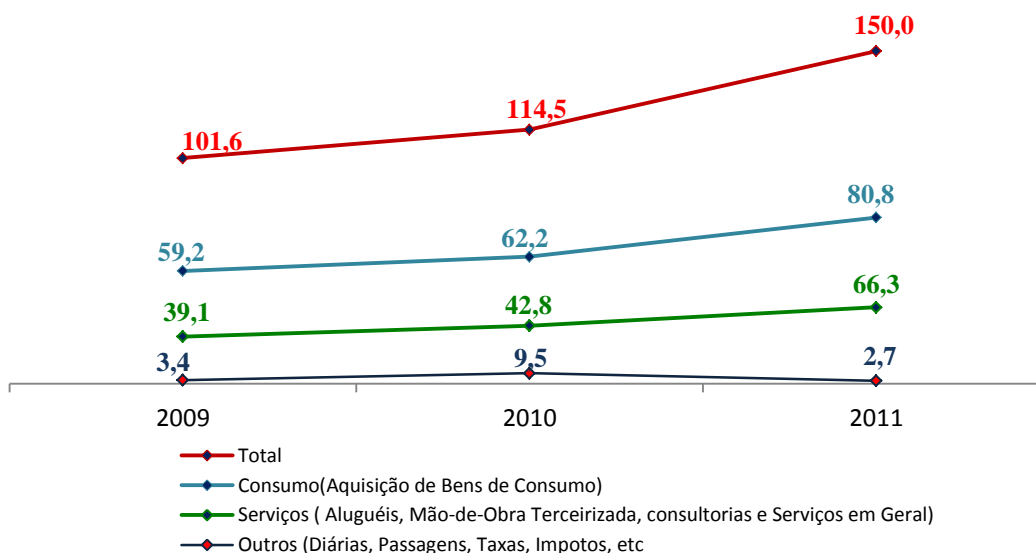


Tabela 224 - Dados gerais da ação 6217 - Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde

Tipo de Ação	Atividade
Finalidade	Garantir a oferta de ações e serviços de saúde nos Hospitais e Institutos da rede própria do Ministério da Saúde e no Grupo Hospitalar Conceição, como a realização de consultas especializadas, internações, cirurgias e transplantes, além de, no caso dos Institutos (INTO, INCA e INCL), promover condições necessárias para que os mesmos possam desenvolver, nas suas respectivas especialidades, ações relacionadas à avaliação técnica de unidades/serviços que solicitam credenciamento em alta complexidade; a expansão da oferta de serviços; à formação de pesquisadores; dentre outras, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.
Descrição	Transferência de recursos financeiros para investimento na Unidade e custeio do atendimento aos usuários, em diversas especialidades e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, além do desenvolvimento de atividades de pesquisa, de ensino - com manutenção de residência médica - e de educação continuada.

Fonte: SIGPLAN

Tabela 225 - Despesas Correntes da Ação 6217 (Exercício de 2011)

Natureza da Despesa	Rubrica	Provisão Recebida	Empenhado	Empenho Liquidado	Restos a Pagar
Loc. Mão de Obra.	339037	6.951.790,64	6.951.790,64	5.808.426,64	1.143.364,00
Total		6.951.790,64	6.951.790,64	5.808.426,64	1.143.364,00

Fonte: SIAFI Operacional

A Execução desta ação se refere aos serviços prestados por pessoa jurídica fornecedora de mão-de-obra administrativa para 4 hospitais federais(foi dito na análise do item 2.4.5 que se extinguiu o contrato com os hospitais): Hospital Geral do Jacarepaguá, Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral do Andaraí e Hospital Geral da Lagoa.

Tabela 226 - Dados gerais da ação 1K09 - Implantação da Nova Sede do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO

Tipo de Ação	Projeto
Finalidade	Aumentar a oferta de serviços e procedimentos cirúrgicos aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.
Descrição	A sede do INTO será transferida do atual endereço, à Rua Washington Luiz nº 47, no centro da cidade do Rio de Janeiro, para imóvel desapropriado pela União, à Avenida Brasil nº 500, bairro de São Cristóvão, na cidade do Rio de Janeiro, e serão erguidos 3 (três) anexos e estacionamento em terreno vizinho ao prédio desapropriado, cedido pela Companhia Docas do Rio de Janeiro. O imóvel desapropriado será reformado e serão adquiridos equipamentos e mobiliário para o pleno funcionamento da unidade. O prédio desapropriado, de 30.400m ² , abrigará: 1. internação; 2. CTI; 3. centro cirúrgico; 4. auditórios; 5. setor administrativo; 6. hospital dia; 7. laboratórios. Anexo 1 (8.500m ²): 1. reabilitação; 2. oficina ortopédica. Anexo 2 (8.700m ²): 1. ambulatório; 2. SAME; 3. farmácia. Anexo 3 (3.750m ²): serviços (almoxarifado, farmácia, arquivo, outros). Estacionamento (9.900m ²): 550 vagas. Áreas comuns (8.000m ²): 1. praças; 2. torres de elevador; 3. prisma. A estrutura será ampliada em 50 novos consultórios, 10 novas salas de cirurgia, 127 leitos comuns e 29 leitos de CTI.
Unidade responsável pelas decisões estratégicas	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
Coordenador nacional da ação	Luiz Fernandes da Silva
Unidades Executoras	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO

Fonte: SIGPLAN

Tabela 227 - Metas e Resultados da Ação 1K09 no Exercício de 2011

Meta	Previsão	Execução	Execução/Previsão (%)
Financeira	R\$ 38.000.000,00	R\$ 37.999.987,00	99,99
Física ¹	28,84%	21,11%	73,20

Fonte: SIGPLAN

1. Produto: Sede Implantada

Tabela 228 - Despesas de Capital da Ação 1K09 (Exercício de 2011)

Natureza da Despesa	Rubrica	Provisão Recebida	Empenhado	Empenho Liquidado	Restos a Pagar
Obras e Instalações	449051	7.331.879,05	7.331.879,05	0,00	7.331.879,05
Equip.e Mat. Permanente	449052	30.668.120,95	30.668.120,95	16.230.550,68	43.999,60
Total		38.000.000,00	37.999.986,76	16.230.550,68	21.769.436,08

Fonte: SIGPLAN

O INTO tem o papel de fiscalizar a obra para isso disponibiliza dois engenheiros. Conta com o apoio do Fundo Nacional de Saúde, responsável pelo empenho, apropriação e pagamento dos recursos disponibilizados, portanto, sua execução orçamentária não é de responsabilidade desta unidade jurisdicionada.

18.2 PRINCIPAIS AÇÕES DO PROGRAMA 0016

Tabela 229 - Dados gerais da ação 4572 - Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação

Tipo de Ação	Atividade
Finalidade	Promover a qualificação e a requalificação de pessoal com vistas à melhoria continuada dos processos de trabalho, dos índices de satisfação pelos serviços prestados à sociedade e do crescimento profissional.
Descrição	Realização de ações diversas voltadas ao treinamento de servidores, tais como custeio dos eventos, pagamento de passagens e diárias aos servidores, quando em viagem para capacitação, taxa de inscrição em cursos, seminários, congressos e outras despesas relacionadas à capacitação de pessoal.

Fonte: SIGPLAN

Tabela 230 - Despesas Correntes da Ação 4572

Natureza	Rubrica	Provisão Recebida	Empenhado	Empenho Liquidado	Restos a Pagar
Diárias	339014	1.948,90	0,00	0,00	0,00
Passagens e Desp. com Locomoções	339033	731,46	731,46	685,89	45,57
Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	339039	497.601,00	160.553,40	140.775,00	19.778,40
Oper. Intra-Orçamentárias – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	339139	2.400,00	0,00	0,00	0,00
Total		502.681,36	161.284,86	141.460,89	19.823,97

Fonte: SIAFI Operacional

O INTO utiliza os recursos da Ação 4572 para seu Programa Anual de Capacitação (PAC), que tem a finalidade de Promover o desenvolvimento, qualificação e o aperfeiçoamento da sua força de trabalho. Contribui também, para o aperfeiçoamento da capacidade de utilização de técnicas de planejamento, orçamento e gestão, desenvolvendo habilidades com vistas à melhoria da gestão pública e ao alcance dos objetivos voltados para a eficiente, eficaz e efetiva atuação no atendimento à missão da Instituição Pública.

Tabela 231 - Taxa de Capacitação e Utilização da Verba Orçamentária

Produto	2009	2010	2011
Taxa de Capacitação	8,74%	10,61%	1,27%
Taxa de Utilização	99,66%	90,52%	32,02%

Fórmula dos indicadores

1. Taxa de Capacitação: (Nº de Contemplados / Nº Total da Força de Trabalho) *100
2. Taxa de Utilização: (Verba Orçamentária Utilizada / Verba Orçamentária) *100

Análise Crítica

Foram realizados 36 eventos de um total de 534 solicitações iniciais aprovadas pelo Colegiado Diretor.

Foram executadas 8.456 horas, com total participação da força de trabalho em cursos/eventos abertos.

Desta forma, faz-se necessário registrar que o INTO encaminhou todos os processos de capacitação com a verba do PAC 2011 para a Consultoria Jurídica da União (CJU) do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

Tabela 232 - Dados gerais da ação 2B52 - Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde

Tipo de Ação	Atividade
Finalidade	Aprimorar a organização e estruturação de Fundos de Saúde (Nacional, Estadual, Municipais e do Distrito Federal), visando à melhor utilização dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, em atendimento aos preceitos constitucionais norteadores do SUS, em especial os estabelecidos pela EC nº 29/2000.
Descrição	Estruturação, reestruturação e o aprimoramento da gestão no âmbito do FNS, com vistas a dotá-lo de condições satisfatórias para o cumprimento de suas atribuições abrangendo os seus instrumentos e ferramentas de controle, monitoramento e avaliação, inclusive, dos recursos repassados fundo a fundo e mediante convênios; elaborar diagnóstico das condições existentes nos fundos de saúde dos entes federados com o propósito de identificar demandas e oferecer oportunidades de cooperação técnica, inclusive na área de capacitação dos agentes envolvidos; apresentação de modelo de organização de fundos de saúde aplicáveis às diversas realidades dos diferentes níveis de gestão; transferência de tecnologias; monitoramento por meio de acompanhamento ou supervisão da implementação das medidas corretivas sugeridas.

Fonte: SIGPLAN

Tabela 233 - Despesas Correntes da Ação 2B52

Natureza	Rubrica	Provisão Recebida	Empenhado	Empenho Liquidado	Restos a Pagar
Diárias	339014	285,00	285,00	285,00	0,00
Passagens e Desp. com Locomoção.	339033	6.000,00	6.000,00	0,00	6.000,00

Fonte: SIAF Operacional

18.3 PRINCIPAIS AÇÕES DO PROGRAMA 0089

Tabela 234 - Dados gerais da ação 0181 – Pagamento de Aposentadorias e Pensões – Servidores Civis

Tipo de Ação	Operações Especiais
Finalidade	Garantir o pagamento devido aos servidores civis inativos do Poder Executivo ou aos seus pensionistas, em cumprimento às disposições contidas em regime previdenciário próprio.
Descrição	Pagamento de proventos oriundos de direito previdenciário próprio dos servidores públicos civis do Poder Executivo ou dos seus pensionistas, incluídas a aposentadoria/pensão mensal, a gratificação natalina e as eventuais despesas de exercícios anteriores.

Fonte: SIGPLAN

Tabela 235 - Despesas Correntes da Ação 0181

Natureza	Rubrica	Provisão Recebida	Empenhado	Empenho Liquidado	Restos a Pagar
Outros Benefícios Assistenciais	319008	25.000,00	12.034,88	12.965,12	0,00
Total		25.000,00	12.034,88	12.965,12	0,00

Fonte: SIAFI Operacional

18.4 PRINCIPAIS AÇÕES DO PROGRAMA 0750

Tabela 236 - Dados gerais da ação 2000 – Administração da Unidade Operações Especiais

Tipo de Ação	
Finalidade	Constituir um centro de custos administrativos das unidades orçamentárias constantes dos orçamentos da União, agregando as despesas que não são passíveis de apropriação em programas ou ações finalísticas.
Descrição	<p>A atividade padronizada “Administração da Unidade” substitui as antigas atividades 2000 - Manutenção de Serviços Administrativos, 2001 - Manutenção de Serviços de Transportes e 2002 - Manutenção e Conservação de Bens Imóveis.</p> <p>Nesse sentido se constitui na agregação de despesas de natureza administrativa que não puderem ser apropriadas em ações finalísticas, nem a um programa finalístico. Essas despesas, quando claramente associadas à determinada ação finalística, devem ser apropriadas nesta ação; quando não puderem ser apropriadas a uma ação finalística, mas puderem ser apropriadas a um programa finalístico, devem ser apropriadas na ação Gestão e Administração do Programa (GAP, 2272); quando não puderem ser apropriadas nem a um programa nem a uma ação finalística, devem ser apropriadas na ação Administração da Unidade (2000).</p> <p>Essas despesas compreendem: serviços administrativos; pessoal ativo; manutenção e uso de frota veicular, própria ou de terceiros por órgãos da União; manutenção e conservação de imóveis próprios da União, cedidos ou alugados, utilizados pelos órgãos da União; tecnologia da informação, sob a ótica meio, incluindo o apoio ao desenvolvimento de serviços técnicos e administrativos; despesas com viagens e locomoção (aquisição de passagens, pagamento de diárias e afins); sistemas de informações gerenciais internos; estudos que têm por objetivo elaborar, aprimorar ou dar subsídios à formulação de políticas públicas; promoção de eventos para discussão, formulação e divulgação de políticas etc; produção e edição de publicações para divulgação e disseminação de informações sobre políticas públicas e demais atividades-meio necessárias à gestão e administração da unidade.</p>

Fonte: SIGPLAN

Total de Despesas Correntes da Ação 2000

Natureza	Rubrica	Provisão Recebida	Empenhado	Empenho Liquidado	Restos a Pagar
Sentenças Judiciais	319091	20.000,00	-	-	-

Fonte: SIAFI Operacional

18.5 EVOLUÇÃO DE GASTOS GERAIS

Tabela 237 - Evolução dos gastos gerais, por ano

Descrição	Ano		
	2009	2010	2011
1. Passagens	373.387,88	287.725,33	176.171,81
2. Diárias e ressarcimento de despesas em viagens	70.646,41	96.947,55	22.949,99
3. Serviços terceirizados	33.797.422,33	40.986.971,52	23.213.923,89
3.1. Publicidade	-	-	-
3.2. Vigilância, Limpeza e Conservação	2.170.176,32	3.031.770,15	8.165.926,42
3.3. Tecnologia da Informação	-	-	1.618.043,65
3.4. Outras Terceirizações ¹	31.627.246,01	37.955.201,37	13.429.953,82
4. Cartão de pagamento do Governo Federal	23.109,77	36.837,91	93.684,62
5. Suprimento de fundos	-	-	-
Total	34.264.566,39	41.408.482,31	23.506.730,31

1. Além do INTO estão incluídos os contratos de mais quatro hospitais federais

Análise Crítica

Em Outras Terceirizações foram considerados somente os gastos com locação de mão-de-obra apoio administrativo, pagos pelas rubricas 90.37.01 e 90.92.37 (despesa de exercícios anteriores).

Os gastos com serviços terceirizados foram menores que em 2010, pois no ano anterior houve repactuação do antigo contrato de locação de mão-de-obra, que era mais oneroso do que o atual (10/2011).

Em setembro de 2011 foi encerrado o último contrato (190/2005) de terceirização com outros hospitais, colaborando também para a queda em Outras Terceirizações.

Anexos

Anexo I - Declaração de Registros Atualizados




Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
Avenida Brasil, 500, São Cristóvão – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: 55 (21) 2134-5000 | Fax: 55 (21) 2134-5078
www.info.saude.gov.br / into@into.saude.gov.br

DECLARAÇÃO

Eu, **Geraldo da Rocha Motta Filho**, CPF nº. 391.619.607-30, Diretor Geral, exercido no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, declaro junto ao órgão de controle externo que todas as informações referentes a contratos firmados até o exercício de 2011, por esta Unidade estão disponíveis e atualizadas no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG, conforme estabelece o art. 19 da lei nº. 12.309 de 09 de agosto de 2010 e suas correspondentes em exercícios anteriores. Quanto ao Sistema de Gestão de Convênio e Contratos de Repasse – SINCOV, este não se aplica, não possuímos estas modalidades sistêmicas.

Rio de Janeiro, 22 de março de 2012.


GERALDO DA ROCHA MOTTA FILHO
CPF 391.619.607-30
Diretor Geral/INTO

Anexo II - Declaração do Contador

DECLARAÇÃO DO CONTADOR			
Denominação completa (UJ)			Código da UG
INSTITUTO. NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia			250057
<p>Declaro que os demonstrativos contábeis constantes do Sistema Siafi (Balanços Orçamentário, Financeiro e Patrimonial e a Demonstração das Variações Patrimoniais, previstos na Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964) relativas ao exercício de 2011 refletem adequada e integralmente a situação orçamentária, financeira e patrimonial da unidade jurisdicionada que apresenta Relatório de Gestão.</p> <p style="text-align: center;">Estou ciente das responsabilidades civis e profissionais desta declaração.</p>			
Local	Brasília – DF,	Data	16 de Fevereiro de 2012
Contador Responsável	João Teófilo da Silva	CRC nº	DF-007448/O-7


 João Teófilo da Silva
 Coordenador de Contabilidade
 CCONT/FNS/MS
 CRC 7448-DF