

The logo for Enap (Escola Nacional de Administração Pública) consists of the word "Enap" in white, bold, sans-serif font, centered within a solid red rectangular background.

Escola Nacional de Administração Pública – ENAP

Diretoria de Formação Profissional

Coordenação-Geral de Especialização

**IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMA DE MANUTENÇÃO PREDIAL E
EQUIPAMENTOS EM ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

José Mauro Carrilho Guimarães

Brasília – DF

Outubro/2018



Enap

Escola Nacional de Administração Pública – ENAP
Coordenação-Geral de Especialização

**IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMA DE MANUTENÇÃO PREDIAL E
EQUIPAMENTOS EM ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Especialista em
Gestão Pública com ênfase em Governo
Local.

Aluno: José Mauro Carrilho Guimarães
Orientador (a): Profa. Me. Tereza Cristina
Baratta

Brasília – DF
Novembro/2018

Palavras-Chave:

Manutenção hospitalar. Déficit de recursos humanos em gestão de saúde. Políticas públicas de saúde.

Resumo analítico em português

A gerência e manutenção da infraestrutura física dos estabelecimentos assistenciais de saúde da rede pública apresentam sérias insuficiências, posto que, dentre outras razões, nem sempre as etapas básicas do processo de desenvolvimento gerencial são articuladas entre o planejamento, o projeto, a execução e a manutenção. É inquestionável a dificuldade que as gerências dos serviços de saúde do país enfrentam para identificar e conduzir processos sistemáticos de planejamento, administração e avaliação do desenvolvimento da infraestrutura dos serviços de saúde, processos entendidos, como a conjugação de recursos humanos, físicos e tecnológicos, utilizando critérios de racionalidade e confiabilidade na análise da situação e na tomada de decisões. Apesar de algumas intervenções, a situação ainda é muito preocupante. A carência de recursos humanos habilitados para a gerência e manutenção desse arsenal tecnológico, envolvendo edificações e equipamentos hospitalares, aliados à prática da terceirização dos serviços, muitas vezes com custos exorbitantes e sem acompanhamento de controle de qualidade dos mesmos, torna a rede prestadora de serviço de saúde desigual, com desperdícios de recursos financeiros e, em muitos casos, negligenciando o gerenciamento e a gestão do ambiente hospitalar. Por todos esses fatores há a necessidade do desenvolvimento de tecnologia automatizada para gestão de ambientes hospitalares.

SUMÁRIO

1. DIAGNÓSTICO	4
1.1. Definição do problema	4
1.2. Contexto e justificativa do problema	7
1.3. Metodologia de coleta de dados	9
1.4. Localização do Plano de Intervenção	10
1.5. Público-Alvo	100
1.6. Valor Previsto.....	100
1.7. Duração	111
1.8. Instituição / unidade funcional gestora e idealizadora.....	111
2. OBJETIVOS	122
3. MARCO TÉCNICO E TEÓRICO	144
4. ESCOPO	177
4.1. Estrutura Analítica.....	177
4.2. Não escopo.....	177
4.3. Levantamento de restrições.....	188
4.4. Premissas	19
4.5. Riscos	19
4.6. Estrutura de gestão e principais atores envolvidos.....	200
4.7. Quadro de trabalho / equipe	200
5. CRONOGRAMA	222
5.1. Gerenciamento de Projetos	222
5.2. Iniciação.....	233
5.3. Planejamento	23
5.4. Transição	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
BIBLIOGRAFIA	27
ANEXO I - OPÇÃO DE INVESTIMENTO	29
ANEXO II - MODELO DE ACORDO DE COOPERACÃO	30

1. DIAGNÓSTICO

1.1. Definição do problema

Segundo Gomes Júnior (2012), o desempenho da edificação é definido como a capacidade de atendimento das necessidades dos usuários da referida edificação. É preciso fazer avaliação do estado do prédio e de suas partes constituintes, realizada para orientar as atividades de manutenção por meio de procedimentos identificados como Inspeções. Serviço de Manutenção é a intervenção propriamente dita feita na edificação ou em suas partes, visando recuperar ou conservar a capacidade funcional da mesma. Já o Sistema de Manutenção é o conjunto de procedimentos organizados para o gerenciamento dos serviços de manutenção. O Instrumento Normativo orienta para a elaboração do Manual de Operação Uso e Manutenção que define as informações necessárias para orientar as tarefas de uso, operação e de manutenção da edificação.

Guimarães (2006) descreve como situação atual - cenário vivido em nosso país, de norte a sul e de leste a oeste - que as unidades assistenciais de saúde, em geral, não elaboram um plano anual de manutenção com a previsão dos serviços de manutenção a serem realizados. Na sua grande maioria, a manutenção só é feita quando solicitada pela pessoa diretamente envolvida pelos problemas de correção de defeitos, tanto em equipamentos como em prédios e instalações.

Poucas instituições possuem equipes próprias de manutenção predial e instalações. A maioria, no entanto, possui um chefe de manutenção ligado aos serviços de administração. Alguns possuem pessoal de apoio técnico polivalente, sem, entretanto, terem o conhecimento adequado para imprimir um controle que garanta a qualidade dos serviços de manutenção contratados e até mesmo os realizados pela própria instituição. É observada uma expressiva participação do usuário final (Médico e Enfermeiro) nos processos de manutenção.

A falta de qualificação técnica dentro de um sistema integrado de gerenciamento na área de manutenção da rede pública faz com que, hoje, os fornecedores monopolizem a manutenção, omitam o fornecimento de catálogos e manuais técnicos e o treinamento do usuário e do técnico em manutenção. Muitas vezes, este próprio fornecedor não possui condições mínimas de conhecimento e

formação para esta prestação de serviços, ampliando de maneira irresponsável os riscos para pacientes e operadores bem como reduzindo a vida útil do equipamento. A manutenção realizada por equipe técnica do próprio hospital representa atividade de grande economia, tanto financeira como social, tendo em vista a maior velocidade do retorno do equipamento ao serviço. De acordo com a ABRAMAN – Associação Brasileira de Manutenção, o setor de manutenção hospitalar, ao lado dos setores de siderurgia e mineração, é considerado um dos que apresentam o custo mais elevado, da ordem de 5 a 10% do faturamento em hospitais particulares. Em hospitais públicos, o custo gira em torno de 10% do parque de equipamentos instalados.

A ausência de programa de gerenciamento de manutenção de prédio, instalações e equipamentos que efetivamente controlasse os serviços realizados pelas empresas contratadas, bem como de documentos que as credenciam como prestadoras de serviços técnicos em equipamentos médico-hospitalares, não asseguram que os serviços de manutenção tenham sido realmente executados dentro dos protocolos ideais para as diversas tecnologias. O próprio CREA - Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia confirma o informalismo das atividades de manutenção de equipamentos médico-hospitalares dado o baixo número de empresas credenciadas e autorizadas para a execução desses serviços.

Podemos, ainda, observar que o não gerenciamento de contrato de manutenção, pela inexistência nas unidades hospitalares de especialistas em gestão de manutenção (Engenheiros Clínicos / Engenheiros de Manutenção, etc.), leva a que as organizações permaneçam em um padrão de acompanhamento meramente burocrático dos contratos feitos por não técnicos.

O setor de manutenção não participa das definições dos serviços que serão necessários, assim como não participa dos processos de contratação e nem acompanha a execução dos contratos. O responsável pelo serviço de manutenção predial e instalações nem sempre é reconhecido pelas empresas prestadoras de serviços e nem mesmo pelos próprios servidores da instituição onde trabalha. Não sendo, em muitos casos, nem o interlocutor de fato e de direito.

As solicitações de serviços de manutenção ocorrem de duas maneiras: uma, por meio de memorando do setor requisitante ao serviço de administração que, por sua vez, encaminha a solicitação ao setor de manutenção e, outra, verbalmente, do interessado diretamente ao setor de manutenção.

Quanto ao parque de equipamentos a situação é a mesma com a agravante que os riscos são maiores e com prejuízos econômicos e sociais. Não existe nas instituições públicas de saúde, quadro de carreira para Engenheiros Clínicos, Engenheiros Biomédicos, Técnicos e Artífices. Em sua grande maioria, os que atuam na área se encontram em desvio de função.

A situação acima vem gradual e, ao que parece, irreversivelmente sendo substituída pela privatização dos serviços de manutenção hospitalar, sejam eles relativos a equipamentos, sejam dos prédios e de suas instalações, ficando por conta das equipes das organizações hospitalares as ações de zeladoria. Surgem, no mercado, prestadores de serviços, empresas e organizações diversas, oferecendo a mais variada gama de serviços.

Esse quadro aponta para a necessidade de se criarem, nas organizações de serviços de saúde, estruturas de acompanhamento dos serviços prestados, ou melhor, estruturas efetivas de gerenciamento de contratos de manutenção, na medida em que a organização pode abdicar de fazer os serviços (terceirizar), mas não deve deixar de exigir qualidade e preço justo no que é feito. O que se deve procurar são parceiros com essas funções prestadoras de serviços para obter responsabilizações quanto a resultados.

1.2. Contexto e justificativa do problema

O TCU – Tribunal de Contas da União, no ano de 2013, iniciou a elaboração de relatórios sistêmicos e temáticos sobre funções de governo específicas. O Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde decorre de um levantamento de escopo amplo, alinhado com o objetivo estratégico do Tribunal de atuar, de forma seletiva e sistêmica, em áreas de maiores riscos e relevância. Além disso, constitui um instrumento que pretende fornecer ao Congresso Nacional informações de modo estruturado sobre a situação da saúde no Brasil e os principais trabalhos do TCU na área.

O Relatório em tela traz a visão do Tribunal acerca da matéria e busca ampliar a divulgação de suas análises e conclusões sobre os relevantes temas fiscalizados para, além do Congresso Nacional, destinatário principal deste trabalho, os gestores públicos das três esferas de governo, demais órgãos de controle, conselhos de saúde,

acadêmicos, organismos nacionais e internacionais, Poder Judiciário, Ministério Público.

O Relatório ao ser divulgado para todos aqueles que diretamente e indiretamente estão afetos à área da saúde, oferece conjunto amplo de informações que constitui importante subsídio para fundamentar a proposição de modernização objeto do presente Plano de Intervenção.

Como amostra, no levantamento realizado, foram visitados 116 (cento e dezesseis) hospitais federais, estaduais e municipais em todo o Brasil e, por essa razão, vale destacar os resultados obtidos ao tempo em que são relacionados às ideias principais (palavras-chaves) do tema aqui em exame:

Quanto à manutenção hospitalar:

- Problemas de manutenção ou estrutura predial foram o segundo motivo apontado (18%). Em seguida, foram citadas questões relacionadas a equipamentos (falta 11% e manutenção 7%);
- A manutenção deficiente de equipamentos foi apontada como um dos motivos de bloqueio de 162 leitos nas unidades visitadas (7% dos leitos que se encontravam indisponíveis);
- Os gestores ouvidos apontaram as seguintes causas para esse problema: equipamentos quebrados sem perspectiva de conserto, máquinas não instaladas ou subutilizadas devido à inadequação da estrutura física da unidade, aparelhos obsoletos e inexistência de contratos de manutenção ou celebração desses contratos com graves deficiências;
- Uma das possíveis causas para os problemas detectados na estrutura física é a inexistência de contrato de manutenção predial vigentes. Nesse sentido, apenas 49% das unidades (47 das 96 que responderam a esse questionamento) afirmaram que haviam celebrados tais contratos e que eles ainda estavam vigentes. Além disso, 45% dessas unidades asseveraram que esses contratos não atendiam todas as suas necessidades e 30% avaliaram como regular a tempestividade e a qualidade do atendimento prestado no âmbito dessas avenças;
- [...] que muitos hospitais relatam possuir uma pequena equipe de manutenção própria (eletricista, bombeiro, carpinteiro etc.) que resolve os problemas mais urgentes;
- [...] os problemas na estrutura física e na manutenção dos imóveis geram efeitos negativos, tais como: perda da qualidade do atendimento prestado, desconforto para pacientes e acompanhamentos, bloqueio de leitos, redução da capacidade de atendimento hospitalar ou não prestação de atendimentos, ambiente propício à infecção hospitalar e aumento do tempo para atendimento da fila;

Abordando o déficit de recursos humanos em gestão de Saúde:

- Outra causa apontada para a carência de recursos humanos foi uma suposta inadequação da política de recursos humanos adotada pelos entes contratantes, devida à ausência de ações direcionadas para fortalecer a carreira dos profissionais de saúde;
- Servidores lotados nas unidades hospitalares são indicados para conhecer e acompanhar os contratos de manutenção dos equipamentos e da estrutura física. Isso tem propiciado a melhora da execução contratual, segundo gestores entrevistados;

E sobre a inadequação das políticas públicas em saúde:

- Entre os problemas detectados destacam-se o número insuficiente de equipamentos, o déficit do quadro de profissionais capacitados para operá-los e a inadequação da estrutura física para instalação e utilização desses aparelhos;
- A adequação e a renovação do parque tecnológico das unidades hospitalares são dificultadas pela ausência ou insuficiência de ações relacionadas ao inventário patrimonial dos equipamentos. A falta de informações confiáveis sobre a quantidade, o estado de conservação e o tempo restante de vida útil dos aparelhos impacta na contratação de serviços de manutenção e no planejamento, o que facilita a obsolescência ou a indisponibilidade de equipamentos hospitalares;
- [...] da mesma forma, foram identificados problemas no que se refere aos equipamentos hospitalares, como por exemplo:
 - a) falta de equipamentos de alto custos;
 - b) bloqueio de leitos por falta ou manutenção inadequada de equipamentos;
 - c) existência de equipamentos que não foram instalados devido à inadequação da estrutura física da unidade;
 - d) presença de equipamentos obsoletos;
 - e) ausência ou deficiência de contratos de manutenção;
- No entanto, verificou-se que nem sempre o gestor do hospital estabelece canais que possibilitem de forma tempestiva e qualificada a coleta de informações acerca da obsolescência, do mau funcionamento ou da quebra de equipamentos localizados em sua unidade;
- Em 27 hospitais (23% da amostra), foi informada a existência de equipamentos que não foram instalados ou eram subutilizados devido à inadequação da estrutura física da unidade a que se destinavam;
- Contudo, as estruturas físicas das unidades hospitalares que iriam receber esses aparelhos não foram previamente reformadas, o que inviabilizou sua instalação;
- Em 68 hospitais (59% da amostra), foi relatada a existência de equipamentos obsoletos, incluindo alguns de altos custos;
- Gestores de 85 unidades hospitalares (73% do total) afirmaram que a estrutura física dessas unidades não era adequada ao atendimento da respectiva demanda. Aduz-se que essa inadequação foi apontada como um dos principais problemas pelos responsáveis por 50% dos hospitais. No dizer dos administradores, os principais problemas eram os seguintes:
 - a) mau estado de conservação do imóvel ou estrutura antiga: prejudica a instalação de novos equipamentos. Nesse sentido, 23% dos hospitais visitados relataram a existência de equipamentos de alto custo não utilizados ou subutilizados por ausência de estrutura física adequada;
 - b) projeto arquitetônico ruim ou defasado;
 - c) o hospital ocupava um imóvel que foi projetado com outros fins, tais como hotéis ou unidades administrativas;
 - d) problemas com a lavanderia (equipamentos velhos ou quebrados);
 - e) problemas nas instalações hidráulicas, elétricas ou de gás;

- [...] os gestores hospitalares apontaram como possíveis causas para a não adequação da estrutura física problemas nas licitações e falta de recursos financeiros para realizar as reformas necessárias;
- [...] a maioria dos gestores das unidades hospitalares visitadas afirmou que a estrutura física dessas unidades não era adequada ao atendimento de sua demanda;
- [...] por outro lado, vale ressaltar que a Resolução ANVISA nº 50/2002, que aprovou o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, à programação, à elaboração, à avaliação e à aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, é aplicável a:
 - a) construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde em todo o país;
 - b) ampliações ou reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
 - c) reformas de imóveis anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde. (BRASIL, 2014)

Em resumo, a presente proposição justifica-se em razão do estado de conservação dos estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS, confirmado pelo aumento indiscriminado de notícias veiculadas, nos últimos anos, nos meios de comunicação (rádios, televisões e jornais), sem que haja um real conhecimento da importância da manutenção predial e de equipamentos nestas unidades, e pelo pressuposto técnico de que a manutenção é entendida como o conjunto de processos e operações que se realizam nos componentes de um dado sistema, visando à obtenção de nível satisfatório de desempenho.

1.3. Metodologia de coleta de dados

Os dados serão coletados através dos princípios que regem a gestão de manutenção hospitalar, os preceitos dos recursos físicos e tecnológicos da saúde, a aplicabilidade e funcionalidade da ferramenta Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado – SIME para gerenciamento dos sistemas de manutenção predial e de equipamentos, adotando-se a prática da educação continuada para os partícipes do processo, congregando a força de trabalho envolvida.

De acordo com Azevedo Neto (2004), o Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado – SIME implementado com sucesso no Instituto Nacional de Saúde, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF, unidade da Fundação Oswaldo Cruz, é considerado referência de instrumento para a gestão de manutenção em

ambientes hospitalares, apoiada na informática definindo as ações a serem tomadas para cada componente da unidade hospitalar.

1.4. Localização do Plano de Intervenção

Será realizado no Município do Rio de Janeiro, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde visando atender, inicialmente, a uma unidade de saúde da rede, na qualidade de projeto piloto, denominada Hospital Municipal Salgado Filho - HMSF, tão logo seja confirmado o interesse por parte da alta direção da Secretaria e validado como prioritário pelo Chefe do Executivo da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

1.5. Público-Alvo

O público alvo será a população que se utiliza dos serviços do Hospital Municipal Salgado Filho - HMSF, unidade assistencial integrante da rede de unidades de saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – PCRJ. Trata-se de hospital de emergência na Zona Norte da cidade, de médio porte, na Área de Planejamento 3.2, com atendimento estimado de 400 (quatrocentas) pessoas por dia, apenas no atendimento emergencial (Setor de Emergência).

1.6. Valor Previsto

Quanto ao sistema e à infraestrutura necessários para suportá-lo, não haverá custos diretos aplicados a este projeto. Os custos deverão ser indiretos, ou seja, abarcados pelos contratos já existentes no HMSF.

A IPLANRIO – Empresa Municipal de Informática S.A, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, responsável pela administração dos recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação da cidade, irá avaliar a infraestrutura atual que irá suportar a implantação do SIME para o projeto piloto no HMSF. As melhorias e necessidades futuras serão avaliadas pelo referido Instituto e comunicadas ao Patrocinador e à Equipe do Projeto para providências (ver item 4.7).

A capacitação de, aproximadamente, 20 (vinte) servidores do HMSF e/ou da PCRJ será promovida pela Equipe do Projeto e as peças de comunicação destinadas à divulgação e mobilização para reunir apoio e adesão à iniciativa por parte dos diferentes segmentos envolvidos serão elaboradas e impressas pela Assessoria de Comunicação – ASCOM, da PCRJ.

Os serviços técnicos serão realizados pela IPLANRIO, por meio dos Contratos de Sustentação e Segurança e de Banco de Dados de Tecnologia da Informação¹, cujos valores já estão empenhados e são custos fixos da PCRJ. Esse modelo de contrato contribui para que órgãos e entidades planejem as contratações de bens e serviços de TI, de forma a utilizá-las para alavancar suas operações e entregar os resultados almejados pela sociedade, que cobra cada vez mais efetividade, eficácia, eficiência, transparência e lisura dos entes públicos.

1.7. Duração

A implementação da presente proposta está prevista para o exercício compreendido entre 02 de janeiro de 2019 a 02 de junho de 2020.

1.8. Instituição / unidade funcional gestora e idealizadora

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - PCRJ, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

¹ Guia de boas práticas em contratação de soluções de tecnologia da informação, Tribunal de Contas da União / TCU.

2. OBJETIVOS

O objetivo da presente proposição é apresentar o contexto e um conjunto de subsídios para melhorar a gestão da manutenção em ambientes hospitalares, que, apoiados nas Tecnologias de Informação e Comunicação – TICs, sejam capazes de definir as ações mantenedoras dos elementos característicos e funcionais na Unidade de Saúde, agregando qualidade e eficiência à especificação técnica do elemento em estudo, ao projeto elaborado, à aquisição para a construção ou adequação e à instalação de equipamentos médico-hospitalares relacionados com o ambiente hospitalar, na perspectiva de processos decisórios mais eficazes.

O presente Plano de Intervenção propõe, como dimensões desse ambiente hospitalar, os espaços edificados, instalados e ocupados, os parques de equipamentos e os sistemas funcionais prediais. A compreensão integrada destes, com suas complexidades decorrentes, possibilitam os campos para identificação das necessidades de manutenção dos equipamentos médico-hospitalares e de suas necessárias infraestruturas, hoje carentes de controles dos riscos e de maiores racionalidades econômicas.

Neste Plano de Intervenção é proposta a adequação de tecnologia automatizada para a gestão de ambientes hospitalares, particularmente para a gestão dos equipamentos. A ferramenta SIME incorpora diversas funcionalidades. Dessa forma, uma proposta para a manutenção de equipamentos médico-hospitalares será desenvolvida como contribuição para o maior controle dos níveis de segurança e qualidade no atendimento aos pacientes, acompanhantes, visitantes e profissionais da saúde que transitam nas unidades de saúde, particularmente nos hospitais.

A ideia é partir do escopo já existente e disponibilizado pela ferramenta SIME adequando-a, porém, à necessidade da unidade hospitalar, objeto do Plano de Intervenção, em razão da presença de características de atendimentos diferentes entre as unidades hospitalares Instituto Nacional de Saúde, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF e Hospital Municipal Salgado Filho - HMSF. Nesse processo serão propostos, portanto, novas práticas para o conhecimento da gestão de prédios, instalações e equipamentos e as formas assumidas pelo risco característico da sinergia desses componentes e a interação humana nesses

ambientes hospitalares, onde o gerenciamento do ambiente hospitalar pode ser definido como um conjunto de processos utilizados para planejar, construir, equipar e manter a confiabilidade de espaços e tecnologia.

Um planejamento, para ser adequado e eficiente à operação e manutenção de ambientes hospitalares, deverá possuir estratégias de ação que venham a otimizar o uso desse ambiente com segurança, além de propiciar uma redução em custos operacionais.

3. MARCO TÉCNICO E TEÓRICO

Segundo MS. Ministério da Saúde (2006), O sistema de saúde vigente em nosso país foi modelado há, relativamente, pouco tempo, culminando um processo de mudanças que remonta à década de 70. Acelerou-se ao longo dos anos 80 e adquiriu estatuto institucional no fim dessa década. Fruto de um processo interno de forte densidade política e social, mas também influenciado por diversos modelos externos, em particular por aqueles vigentes nos *welfare states*, nosso sistema foi estabelecido pela Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, estando regulado pelas leis federais nº8.080 e nº8.142, ambas de 1990. É conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS) justamente porque sua formulação correspondeu a uma unificação dos vários subsistemas existentes até então, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior federal (saúde previdenciária, saúde pública etc.) quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal, estadual, municipal), e também separando o setor estatal do setor privado.

Ao estabelecer princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção, e como as diretrizes organizacionais da descentralização e da participação da sociedade, o SUS rompeu com o sistema anterior, fundou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para o provimento das ações e dos serviços de saúde no país, então considerados como direito universal da cidadania e dever do Estado.

Enquanto o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do Estado e a contenção dos gastos públicos, aqui se expandiam os direitos sociais e se ampliava a responsabilidade estatal com o seu provimento. Na verdade, o atual sistema de saúde no Brasil não é nem a aplicação literal do desenho legal do SUS, nem fruto de prescrições estipuladas, de fora do processo social que o originou.

Vejamos, então, as principais características desse sistema, não como um retrato estático de suas regras e preceitos, mas como um processo de construção de um modelo brasileiro de sistema de saúde, ainda em curso e ainda chamado a dar resposta efetiva aos desafios sanitários de nosso país.

Segundo Carvalho e Barbosa (2014), ao desenhar uma nova forma de exercer a gestão pública da saúde, buscando melhorar o desempenho do Estado, pode-se dizer que a Reforma Sanitária antecipava alguns dos preceitos que, mais tarde, estariam

presentes na Agenda de Reforma do Estado, pelo menos nas suas prescrições mais voltadas para melhorar o desempenho estatal no exercício da responsabilidade pública. Buscava-se um novo formato do Estado, de modo a favorecer sua agilidade e permeabilidade à sociedade.

Além da unificação dos comandos institucionais, as categorias que deram eixo ao novo desenho foram a descentralização e a participação. Os marcos aqui são dados pelas referidas leis que detalham o desenho e estabelecem os mecanismos operacionais para a descentralização político-administrativa e para participação através dos Conselhos.

Quanto à unificação/descentralização, a legislação é bastante clara ao definir a situação-objetivo da direção única em cada esfera de governo. A Lei 8.080/90 define, em seu artigo 7º, diversos princípios, dentre os quais: “IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”.

Paralelamente, os avanços científicos e tecnológicos disponibilizam soluções eficientes para cada vez mais problemas de saúde, sobretudo, para quem pode pagar por eles, aumentando a pressão em relação ao financiamento do setor sem que estudos de custo-efetividade sejam operacionalizados para balizar escolhas e prioridades na alocação dos recursos de investimentos e, conseqüentemente, na incorporação de novas tecnologias de atenção à saúde.

Segundo TCU (2014), é indiscutível que o processo de incorporação de tecnologias na assistência médico-hospitalar ocorra de modo acelerado, irreversível e implacável. Tal processo é marcado por quatro dimensões “estruturantes”, que lhe imprimem maior grau de complexidade:

- a incorporação de máquinas e equipamentos biomédicos não substitui a mão-de-obra existente;
- a incorporação de tecnologia para o apoio ao diagnóstico é cumulativa – uma nova tecnologia não prescinde da anterior;
- a incorporação de tecnologias na saúde pressupõe a formação/capacitação constante de operadores;
- a incorporação de tecnologias na saúde pressupõe cuidados redobrados com ‘a saúde’ do parque tecnológico, com vistas a sua confiabilidade.

Segundo Pessoa (2006), nesse sentido, premido pelas demandas da sociedade, cabe ao Sistema de Saúde buscar nova função para cada unidade hospitalar existente, revendo seus papéis nas Redes de Serviços loco-regionais, por percebê-las como um dos componentes mais complexos e onerosos para o SUS. Será necessário, então, repensar o porte, o perfil, a complexidade e a capacidade resolutiva de cada Unidade Hospitalar, racionalizando processos e procedimentos.

4. ESCOPO

4.1. Estrutura Analítica

A análise, estudo, testes e posterior implantação do Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado – SIME, da gestão eletrônica de documentos e de procedimentos de manutenção, em substituição ao tradicional uso de documentos em papel, é uma ação de modernização da gestão pública e deriva da necessidade de maior eficiência do Estado. Dentre os principais benefícios desta modernização e como objetivos específicos do Plano de Intervenção, merecem destaque:

- o aperfeiçoamento da gestão de documentos (produção, armazenamento, organização, acesso e circulação da informação);
- a redução de custos financeiros, operacionais e ambientais associados à impressão de documentos em papel;
- a maior facilidade de acesso e compartilhamento de documentos;
- a maior agilidade e qualidade na instrução e tramitação de documentos;
- a maior segurança da informação e possibilidade de otimização de processos de trabalho.

A implantação de um projeto piloto no Hospital Municipal Salgado Filho – HMSF permitirá verificar ganhos de produtividade, agilidade e qualidade na instrução e tramitação dos processos e documentos, além de otimização dos processos de trabalho e diminuição de perdas de documentos. Após a conclusão do projeto piloto, a adoção da ferramenta já terá condições de gradualmente ser estendida a outras unidades da Rede Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

4.2. Não escopo

Não faz parte do escopo deste projeto:

- Mapeamento dos processos de trabalho existentes no Hospital Municipal Salgado Filho – HMSF;
- A integração do Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado – SIME com sistemas já existentes no Hospital Municipal Salgado Filho – HMSF;

- Suporte, manutenção corretiva e evolutiva do Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado – SIME;
- Importação de processos encerrados e arquivados (legado) para o ambiente do Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado – SIME;
- Implantação do Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado – SIME em toda a Rede Assistencial de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - PCRJ, ficando restrito ao projeto piloto, foco deste Plano de Intervenção, a ser implementado nas dependências do Hospital Municipal Salgado Filho – HMSF.

4.3. Levantamento de restrições

- As eventuais solicitações de alteração deste Plano de Intervenção, para serem analisadas e atendidas, deverão ser solicitadas aos profissionais mencionados no Quadro de trabalho / equipe, apresentados no item 4.7;
- O número de funcionários no serviço não deverá ultrapassar o número previamente previsto, para cumprimento mensal do orçamento mensal estimado no cronograma (vide citação item 1.6);
- O serviço de implementação do Plano de Intervenção deverá ser integralmente entregue no prazo definido por cronograma (vide item 5);
- O custo máximo do serviço de manutenção do Sistema SIME, será o estimado em orçamento apresentado pela PCRJ no tocante à unidade administrativa HMSF, sendo aceito acréscimo de até por 10% (dez por cento), a partir de análise e viabilidade de execução pelos profissionais mencionado no Quadro de trabalho/equipe, mencionado no item 4.7;
- Na hipótese de a Administração Pública Municipal não ter disponibilidade de recursos, apresentando restrições orçamentárias severas para os Serviços de Manutenção Hospitalar deverá ser estudada alternativa de buscar captar recursos, conforme apresentado no Anexo I.

4.4. Premissas

Para executar o presente plano de intervenção será necessário celebrar Acordo de Cooperação Técnica entre o Instituto Nacional de Saúde, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) nos moldes do apresentado no Anexo II.

4.5. Riscos

No Referencial Básico de Gestão de Riscos, recente publicação do Tribunal de Contas da União – TCU, são identificado como formas de tratamentos de riscos em ambiente corporativo, institucional ou mesmo de um projeto: evitar, reduzir (mitigar), transferir (compartilhar) e aceitar (tolerar) o risco. O quadro a seguir foi adaptado, apresentando como alternativa a definição das seguintes formas de tratamento, a saber: conviver, mitigar e neutralizar.

Risco	Tratamento	Como tratar
Interrupção ou paralisação do projeto.	Conviver	<ul style="list-style-type: none">✓ Demonstrar a importância do projeto e do sistema SIME para o HMSF;✓ Demonstrar as facilidades e os ganhos com a utilização do sistema SIME.
Falta de orçamento	Mitigar	<ul style="list-style-type: none">✓ Prever a implantação na previsão orçamentária da PCRJ, alinhada com o Quadro de Detalhamento de Despesa - QDD;✓ Utilizar infraestrutura, contratos e ferramentas já existentes na PCRJ;✓ Maximizar o aproveitamento da infraestrutura tecnológica já existente na PCRJ.
Resistência dos usuários para a utilização do SIME	Mitigar	<ul style="list-style-type: none">✓ Demonstrar as facilidades e os ganhos com a utilização do SIME.✓ Realizar treinamento para todos os usuários;✓ Estimular o uso do SIME;✓ Mostrar exemplo de outra EAS que já utiliza o SIME.

Risco	Tratamento	Como tratar
Capacitação da equipe do projeto e usuários do SIME insuficiente ou inadequada	Mitigar	✓ Promover capacitação treinamentos específicos para a Equipe do Projeto
Resistência dos gestores das unidades	Neutralizar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obter o apoio e comprometimento da alta administração no processo de convencimento para a utilização do sistema SIME; ✓ Promover institucionalização do sistema SIME dentro da PCRJ; ✓ Prover orientações técnicas focadas em setores mais críticos;
Dificuldade na operacionalização de alguns processos administrativos	Neutralizar	✓ Redesenhar os processos administrativos de trabalho para o meio eletrônico, otimizando, de forma a não se prender a realidade do fluxo com o uso do papel.

4.6. Estrutura de gestão e principais atores envolvidos

A Equipe do Projeto consiste nas pessoas com papéis e responsabilidades designadas para a condução e acompanhamento do Plano de Intervenção, e tem o objetivo de garantir um resultado bem-sucedido do projeto.

4.7. Quadro de trabalho / equipe

Papel	Responsabilidade
Patrocinador	Pessoa ou grupo que fornece apoio político e/ou recursos financeiros para a realização do projeto, esclarecendo dúvidas sobre o escopo e exercendo influência sobre outras pessoas para beneficiar o projeto. Quando um projeto é concebido, o patrocinador o defende. Isso inclui servir de porta-voz para os níveis gerenciais mais elevados, buscando obter apoio de toda a organização e promover os benefícios que o projeto trará.
Coordenador Funcional do Projeto	Pessoa que fornece o apoio gerencial para a realização do projeto, sendo corresponsável junto com a equipe do projeto pelo sucesso do mesmo. O coordenador funcional responde oficialmente perante a alta administração pelo andamento do projeto. Tem

	também a função de identificar oportunidades e facilitar o trâmite do líder de projeto nas áreas envolvidas, contatando outros gerentes funcionais e ajudando a resolver os possíveis entraves do projeto
Equipe de Gerenciamento do Projeto	É composta pelo líder de projetos e por outros membros da equipe que executam as atividades relacionadas. É desejável que a equipe seja formada por pessoas ligadas às áreas que serão afetadas pela execução ou pelo produto do projeto. Deve ser composta por pessoas com o conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para a execução das atividades e é vital para o sucesso do projeto.

Os profissionais acima serão definidos e indicados pela Alta Administração da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - PCRJ, que autoriza e valida o Plano de Intervenção. Os demais profissionais que, porventura, em um segundo momento, vierem a atuar na implementação do Plano de Intervenção, serão definidos e indicados pelos servidores anteriormente identificados pela Alta Administração.

Com a necessidade de profissionais qualificados para a área específica de manutenção, vale considerar a necessidade de concentração em cinco perfis básicos de atuação, tais como: Artífices em manutenção de equipamentos; Técnicos em eletrônica e eletrotécnica; Engenheiro Biomédico; Engenheiro Clínico; Engenheiros; Arquitetos e profissionais terceirizados. Todos esses perfis fazem parte do conjunto de profissionais multidisciplinares envolvidos no sistema.

5. CRONOGRAMA

A seguir, é apresentado o cronograma do Plano de Intervenção, com suas principais fases, atividades/entregas de cada fase e data limite para cada atividade/entrega.

Fase	Atividade/Entrega	Data Limite
Gerenciamento de Projetos	Termo de Abertura do Projeto	02/01/2019
	Plano de Gerenciamento do Projeto	02/01/2019
Iniciação	Adesão ao Plano de Intervenção	02/03/2019
	Acordo de Cooperação Técnica	02/04/2019
	Portaria de nomeação da Equipe	02/05/2019
	Estratégia de Implantação	15/05/2019
	Capacitação da Equipe de Projeto	15/07/2019
Planejamento	Recursos Tecnológicos	15/09/2019
	Capacitação das áreas de negócios	15/10/2019
	Divulgação interna na EAS	30/10/2019
	Treinamento dos usuários	30/11/2019
	Atos Normativos	02/01/2020
Transição	Instalação/Configuração	02/03/2020
	Homologação	02/04/2020
	Produção	02/06/2020
	Encerramento	02/06/2020

Segue o detalhamento das fases e descrição dos elementos e procedimentos para o Plano de Intervenção.

5.1. Gerenciamento de Projetos

5.1.1. Termo de Abertura do Projeto - Documento que autoriza formalmente o início do projeto, aderente aos padrões de gerenciamento de projetos da PCRJ;

5.1.2. Plano de Gerenciamento do Projeto - Documento que define como o projeto é executado, monitorado, controlado e encerrado. O plano de gerenciamento do projeto integra e consolida todos os planos de gerenciamento auxiliares e linhas de base dos processos de planejamento;

5.1.3. Relatórios de acompanhamento - Relatórios que serão gerados semanalmente para comunicar o andamento do projeto;

5.1.4. Atas de reuniões - Documentos escritos que conterão os registros das reuniões.

5.2. Iniciação

5.2.1 Adesão ao Plano de Intervenção - Documento que formaliza a adesão do HMSF ao SIME junto a PCRJ;

5.2.2. Acordo de cooperação técnica – Documento que contém as atividades necessárias para a celebração do Acordo de Cooperação Técnica (ACT) da PCRJ com o Instituto Nacional de Saúde, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), tais como o envio da minuta do ACT para análise da Consultoria Jurídica e a assinatura do acordo;

5. 2.3 Portaria de nomeação da equipe - Portaria que contém a designação formal da Equipe que participará do Projeto;

5.2.4. Estratégia de implantação - Envolve as ações necessárias para definição do escopo e a estratégia de implantação. No Plano de Intervenção foi definido que o sistema será implantado inicialmente no HMSF, em caráter de projeto-piloto, e depois será implantado nas demais unidades de saúde da PCRJ;

5.2.5. Capacitação da equipe do projeto - Processo de treinamento e capacitação da equipe do Plano de Intervenção na operação do sistema. Apresentação de Manual de Operação pela equipe de Gerenciamento do Projeto.

5.3. Planejamento

5.3.1. Recursos tecnológicos - Compreende o levantamento, planejamento e obtenção da Infraestrutura necessária para a implantação do SIME;

5.3.2. Áreas de negócio - Áreas da PCRJ responsáveis pela definição dos processos de negócio, quantificação e qualificação dos procedimentos de manutenção (predial e de equipamentos) envolvidos e do volume de elementos

técnicos (escopos, manuais, normas, etc.) dos sistemas que deverão ser integrados;

5.3.3. Divulgação interna - Ações para promover a divulgação interna, no âmbito do HMSF, da adoção e utilização do SIME. Estas ações são necessárias para auxiliar a mudança de cultura do órgão;

5.3.4. Treinamento dos usuários - Cursos para treinamento dos usuários do HMSF que utilizarão o SIME:

5.3.5. Atos normativos - Elaboração e aprovação dos atos normativos necessários para o uso do SIME. Envolve também a definição/aplicação das políticas de TI e a definição da equipe de gestão do SIME e suporte do sistema após a implantação no órgão.

5.4. Transição

5.4.1. Instalação/ Configuração - Envolve as ações necessárias para instalação, configuração, implantação e parametrização do SIME nos ambientes de TI. Contempla ainda as entregas da área de TI relacionadas à definição de regras de autorização e autenticação do sistema;

5.4.2. Homologação - Homologação do SIME e aceite da área de negócio;

5.4.3. Produção - Entrada em produção e lançamento oficial do SIME;

5.4.4. Encerramento - Atividades de registro para o encerramento do projeto, desmobilização da equipe e registro das lições aprendidas;

5.4.5. Operação normal – Monitoramento e geração de indicadores após a implantação do sistema em produção.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito principal deste Plano de Intervenção é a implantação da gestão eletrônica de rotinas e procedimentos de manutenção predial e de equipamentos, em substituição ao tradicional uso de documentos em papel, por meio da utilização de sistema eletrônico com a implantação do Sistema de Gestão da Manutenção Informatizado – SIME, inicialmente no Hospital Municipal Salgado Filho, como projeto-piloto. Os riscos foram previamente levantados e foram planejadas formas de mitigação, visando ao menor impacto no desenvolvimento e implementação do Plano de Intervenção. O Acordo de Cooperação Técnica deverá ser celebrado no prazo previsto; devendo haver alinhamento quanto às expectativas do SIME; a infraestrutura existente no HMSF deverá ser disponibilizada no tempo necessário e também ser suficiente para a implantação do sistema; a capacitação deverá ser suficiente e adequada para os funcionários; a mudança de cultura terá de ocorrer paulatinamente, conforme esperado, sem gerar resistência à implantação e ao uso do SIME; conforme definido no Plano de Intervenção, tendo os usuários acesso disponíveis nos momentos necessários.

A proposição para os próximos passos, após a bem-sucedida implantação em produção do SIME como projeto piloto será a implantação do sistema nas demais unidades de saúde da PCRJ. Considera-se ganho a redução do uso de papel nas rotinas administrativas, as rotinas de manutenção serão otimizadas com a sistematização dos procedimentos, otimização das rotinas de trabalho, automatização na geração de relatórios sobre os processos administrativos que envolvem a manutenção predial e de equipamentos, o que facilita a produção de informações e a gestão dos processos e das equipes.

Haverá, também, melhoria na transparência, com a disponibilização dos documentos em tempo real, acompanhamento imediato do andamento dos processos e redução dos riscos operacionais, relativos à perda de processos físicos. Quanto à coleta dos dados, serão identificadas informações da quantidade e qualidade das rotinas de manutenção em tramitação na área objeto deste Plano de Intervenção. Serão, também, identificados os números totais de processos gerados, número de processos públicos, restritos e sigilosos e, também, quantidade total de documentos externos e gerados, todos dentro do SIME. A ferramenta permite criar informações técnicas de forma simples, o que facilita a implantação, o uso e a manutenção de consultas e análises dos dados de tramitação dos processos e documentos, com

impacto efetivo no fluxo e na qualidade do atendimento e melhoria na resolutividade da rede municipal de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO NETO, Francisco de Paula Bueno de. **Desenvolvimento de tecnologia de gestão para ambientes hospitalares: o caso do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ**. Dissertação. (Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. FIOCRUZ, 2004, 108 f.
- BALDISSERA, Adelina. Pesquisa-Ação: Uma Metodologia do “Conhecer” e do “Agir” Coletivo. **Sociedade em Debate**, Pelotas, n. 7, v. 2, p. 5-25, Agosto/2001.
- BRANDÃO, Carlos. A necessidade de o Estado adentrar nos territórios: por uma revolução na provisão de direito, bens e serviços público-coletivos no chão/terreno da vida cotidiana das pessoas. **Fundação Perseu Abramos**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2015/06/01/a-necessidade-do-estado-adentrar-nos-territorios-por-uma-revolucao-na-provisao-de-direitos-bens-e-servicos-publico-coletivos-no-chaoterreno-da-vida-cotidiana-das-pessoas/>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Guia de boas práticas em contratação de soluções de tecnologia da informação: riscos e controles para o planejamento da contratação.**– Versão 1.0. Brasília: TCU, 2012.
- _____. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de gestão de riscos**. Brasília: TCU, Secretaria Geral de Controle Externo (Segecex), 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de qualificação da gestão de investimentos em saúde**. Curso de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde / REFIT – Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 6 volumes, 2006.
- CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde de fundamentos e diretrizes do SUS**. 3. ed. rev. e atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES/ UAB, 2014.
- GOMES JÚNIOR, Jarém Guarany. **Gerenciamento de projetos de engenharia de manutenção em edifícios públicos: uma abordagem transdisciplinar** 2012. Dissertação. (Mestrado Profissional em Construção Civil.). Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos da Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG, 2012, 105f.
- GUIMARÃES, José Mauro Carrilho. **A problemática da manutenção predial e de equipamentos em estabelecimentos de saúde pública do município do Rio de Janeiro**. Dissertação. (Mestrado Profissional). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2012. 66 f.

_____. Manutenção de EAS: chave para a sobrevivência e a economicidade dos EAS. In: BITENCOURT, Fábio; COSTEIRA, Elza. **Arquitetura e engenharia hospitalar**. Rio de Janeiro: Rio Books, 2014. p. 366-399.

_____. Gestão de recursos físicos e tecnológicos da saúde. **Revista do Tribunal de Contas da União**, Brasília; v. 46, n. 131, p. 62-67, set./dez. 2014.

_____. Manutenção, eis a questão: fazer ou não fazer? **Notícias Hospitalares - Gestão de saúde e, debate**, São Paulo, p. 24 - 25, 01 mar. 2012.

_____. **Proposta para criação de unidades de manutenção no âmbito da sms – secretaria municipal de saúde da pcrj – prefeitura da cidade do rio de janeiro**. Dissertação. (Mestrado Profissional). MBA Gestão em Saúde, Fundação João Goulart (FJG), Rio de Janeiro, 2006. 87f.

_____; GONDIM, G. M. de M. **O papel da politécnica na formação de técnicos de nível médio envolvidos na área da manutenção predial e de equipamentos em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS)**. [internet], 2008. Disponível em: <http://www.senept.cefetmg.br/galerias/Anais_2010/Artigos/GT3/O_PAPEL_DA_POLITECNIA.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

MARCORIN, W. R.; LIMA, C. R. C. Análise dos custos de manutenção e de não-manutenção de equipamentos produtivos. **Revista de Ciência e Tecnologia**, v. 11, n. 22, p. 35-42, jul./dez. 2003.

PESSÔA, Luisa Regina. **Mergulho em Montes Claros**: desafios da alocação de recursos na rede SUS. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Planejamento e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde, 2005. – Rio de Janeiro, 2006, 175 f.

RUA, Maria das Graças, ROMANINI, Roberta, **Para aprender políticas públicas**: volume I conceitos e teoria. Brasília: IGEPP, 2014.

SILVA, Lonara Ferreira Da. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação. (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. 100 f.

ANEXO I

OPÇÃO DE INVESTIMENTO

Na hipótese da indisponibilidade de recursos no orçamento público no exercício de 2019 para execução dos Serviços de Manutenção Hospitalar pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - PCRJ deverá ser examinada a oportunidade de se promover uma consulta ao Banco Nacional de Desenvolvimento Social – BNDES para conhecer em detalhes as linhas de financiamento disponíveis para os Municípios. A contratação de financiamento do BNDES atenderá a análise técnica do Plano de Intervenção proposto pela PCRJ, bem como da capacidade financeira do município do Rio de Janeiro para pagar o financiamento.

Por isso, para analisar qualquer apoio é necessário que o Município já tenha o plano de investimento estruturado, com projeto (básico ou executivo), orçamento, cronograma físico-financeiro, e da adequação do mesmo às linhas e condições disponíveis.

Sem dispensar a oportunidade do contato entre as equipes da PCRJ e do BNDES, é possível realizar um levantamento inicial, verificando se o projeto pleiteado se enquadra nas linhas oferecidas. O site do BNDES oferece uma ferramenta chamada "Navegador de financiamentos", onde são listadas todas as opções de financiamento para os diferentes setores. Para verificar as opções disponíveis para Municípios, basta filtrar a busca por "Administração Pública":

<https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/financiamento/navegador>.

A solicitação de financiamento atualmente é feita eletronicamente. Este link contém mais informações sobre o processo:

<https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/financiamento/roteiros/consulta-eletronica>.

ANEXO II

MODELO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO

A de constituir um Acordo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Instituto Nacional de Saúde, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) e Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) identificados no instrumento abaixo:

Cláusula Primeira – Do Objeto

1.1. O presente Acordo de Cooperação Técnica tem por objeto disciplinar o intercâmbio de informações, tecnologias de acesso remoto e bases de dados entre os partícipes.

1.2. O IFF e a PCRJ compartilharão bases de dados abertas, inclusive parametrizadas.

1.3. As formas de acesso, os meios e a periodicidade das extrações de dados serão definidas em comum acordo entre as áreas técnicas das instituições partícipes do presente Acordo de Cooperação.

1.4. Os dados constantes das bases objeto deste Acordo poderão ser utilizados por meio de soluções informatizadas adotadas para fins do desempenho das funções institucionais dos partícipes, assim como para ações conjuntas com órgãos de controle com os quais o IFF mantenha acordo de cooperação técnica com previsão de realização de trabalhos conjuntos.

Cláusula Segunda – Dos Objetivos

O presente Acordo tem por objetivos conferir maior eficiência, eficácia e efetividade à gestão pública e contribuir para melhoria da Administração Pública por meio do acesso a sistemas e informações constantes de bases de dados a cargo dos partícipes.

Cláusula Terceira – Das Forma de Cooperação

A cooperação pretendida pelos partícipes consistirá em:

3.1. Intercâmbio de informações e bases de dados entre os partícipes, preferencialmente por meio eletrônico;

3.2. Disponibilização de dados e informações por meio de web service, extrações periódicas ou fornecimento de cópias de bases de dados contempladas no objeto deste Acordo, ou ainda outras tecnologias de acesso remoto;

3.3. realização de trabalhos conjuntos em áreas de interesse comum, observadas as normas que disciplinam o planejamento das unidades envolvidas.

Cláusula Quarta – Das Responsabilidades dos Partícipes

Constituem atribuições dos partícipes, por intermédio das unidades e órgãos que integram a sua estrutura:

- 4.1. Designar unidade de sua estrutura organizacional responsável pela interlocução e articulação das ações decorrentes do presente Acordo;
- 4.2. Fornecer um ao outro, nos meios e na periodicidade acordados, acesso e extrações das bases de dados objeto deste Acordo de Cooperação;
- 4.3. Adotar providências necessárias para que os servidores do seu quadro de pessoal conheçam as normas e observem os procedimentos de segurança e de tratamento da informação definidas para os sistemas objeto do Acordo, em especial as estabelecidas pela Lei nº 12.527, de 18.11.2011, e pelo Decreto nº 7.845, de 14.11.2012;
- 4.4. Manter o grau de confidencialidade atribuído pelo cedente às informações a que tiver acesso por força deste Acordo, nos termos da legislação em vigor e respectiva regulamentação interna;
- 4.5. Guardar sigilo dos dados e informações postos à disposição, utilizando-os, exclusivamente, em processo formalmente constituído ou por meio de solução informatizada desenvolvida para fins do exercício de funções institucionais;
- 4.6. Cumprir todas as regras e rotinas estabelecidas pelo cedente para fins de credenciamento e autorização de acesso às bases de dados abrangidos por este Acordo;
- 4.7. Exigir, para fins de credenciamento e autorização de acesso às bases de dados abrangidas por este Acordo, quando for o caso, o preenchimento de Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo - TCMS, conforme o art. 18 do Decreto nº 7.845, de 14.11.2012, ou documento equivalente;
- 4.8. Habilitar e desabilitar usuários para acesso ao sistema ou às bases de dados a que se refere este Acordo de Cooperação;
- 4.9. Comunicar ao cedente qualquer dúvida ou observação que tiver a respeito de imprecisões ou indícios de inconsistências nas informações acessadas;
- 4.10. Adotar outras providências a seu cargo que se fizerem necessárias à execução do presente instrumento de cooperação;

Parágrafo Único. A guarda do TCMS a que se refere esta cláusula é de responsabilidade do respectivo partícipe solicitante e poderá ser em meio físico ou eletrônico, desde que garantida a identificação inequívoca do signatário, conforme estabelece a Lei nº 11.419, de 19 de dezembro de 2006.

Cláusula Quinta – Dos Recursos

5.1 O presente Acordo é celebrado a título gratuito, não implicando compromissos financeiros ou transferências de recursos entre os partícipes. Cada signatário arcará com os respectivos custos necessários ao alcance do objeto pactuado.

5.2. As ações e atividades realizadas em virtude do presente Acordo não implicarão cessão de servidores, tampouco acarretarão alteração de seu vínculo funcional com o órgão ou instituição de origem, o qual deverá arcar com todos os encargos de natureza funcional, trabalhista, previdenciária, fiscal e securitária dele decorrentes.

5.3. No caso de ocorrência de despesas, os procedimentos deverão ser consignados em instrumentos específicos, os quais obedecerão às condições previstas na legislação vigente.

Cláusula Sexta – Da Alteração

O presente instrumento poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante termo aditivo, por conveniência administrativa ou de comum acordo entre os partícipes.

Cláusula Sétima – Da Denúncia ou Rescisão

Este Acordo poderá ser denunciado por descumprimento de cláusula ou rescindido, a qualquer tempo, de comum acordo entre os partícipes, ou mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de trinta dias, assegurada a continuidade das atividades em andamento a fim de que não haja prejuízo aos partícipes.

Cláusula Oitava – Da Vigência e Publicação

8.1. O presente Acordo de Cooperação/Técnica terá eficácia a partir de sua assinatura e vigência pelo prazo de 60 (sessenta) meses.

8.2. A publicação no Diário Oficial da União (DOU) ficará a cargo da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Cláusula Nona – Do Acompanhamento e da Fiscalização

O presente Acordo será acompanhado por meio de reuniões técnicas regulares, devidamente documentadas, entre representantes das Instituições.

Cláusula Décima – Dos Casos Omissos e Foro

10.1. Os casos omissos do presente instrumento serão supridos de comum acordo entre os partícipes, podendo ser firmados, se necessário, termos aditivos que farão parte deste ajuste.

10.2. Caso não se chegue a um entendimento convergente, os partícipes deverão solicitar o deslinde da questão por meio de conciliação a ser realizada pela Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Pública Federal, órgão da Advocacia-Geral da União, nos termos estabelecidos na Portaria nº 1.281/AGU, de 27 de setembro de 2007, e normativos que a sucederem.

10.3. As questões decorrentes da execução deste instrumento que não puderem ser dirimidas administrativamente serão processadas e julgadas na Justiça Federal, no Foro da cidade de Brasília, Seção Judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja salvo nos casos previstos no art. 102, inciso L alínea "d", da Constituição Federal.

10.4. E, por estarem, em comum acordo, assinam o presente acordo em duas vias, de igual teor e forma, para que se produzam os necessários efeitos legais.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

PCRJ

IFF