

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2025 – SES/SE

PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA, NA **UPA NEÓPOLIS** Nº 003/2025

PROPONENTE: Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP)

ENVELOPE 02

SERGIPE – SE
2025

SUMÁRIO

PARTE 1/6

1. TÍTULO..... 13

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL 13

2.1.1. MODELO GERENCIAL..... 14

2.1.1. A CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL QUE SERÁ IMPLANTADO..... 14

2.1.2. AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO ADOTADAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO, CONSIDERANDO O IMPACTO DA MUDANÇA DE PARADIGMA DO ATUAL MODELO EXISTENTE, A MUDANÇA DE CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL, A GESTÃO DE PESSOAL, A MELHORIA NA EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE 42

2.1.3 OS MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE A SEREM IMPLANTADOS 50

2.1.4 OS INDICADORES DE IMPACTO PROPOSTOS PELA INSTITUIÇÃO 70

2.1.5. A DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL ADOTADOS PELA INSTITUIÇÃO..... 79

2.1.6 MODELO DE RELACIONAMENTO ENTRE O PARCEIRO PRIVADO E A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE 93

2.1.7. OS LIMITES DE RESPONSABILIDADES, CONSIDERANDO O OBJETO DE NEGÓCIO, QUE A INSTITUIÇÃO PROPONENTE DEMONSTRA ESTAR DISPOSTA A ASSUMIR NO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO. 102

2.1.8. DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL. 107

2.1.9. DESCRIÇÃO DE COMO SERÁ GERENCIADO O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DOS PACIENTES DA UNIDADE. 113

2.1.10. CRONOGRAMA COM PRAZOS PROPOSTOS PARA IMPLANTAÇÃO E PARA PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO PROPOSTO. 132

2.1.11. DESCRIÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFORMANDO AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO QUE SERÃO ALOCADAS NA UNIDADE. 135

2.1.12. DESCRIÇÃO DE MODELO DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS, EM ESPECIAL, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR – SIH E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL – SIA. 140

2.1.13. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS - SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, DIFERENTES CLÍNICAS, ATIVIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, AMBULATÓRIO, SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT, CENTRO CIRÚRGICO, UTI, UNIDADE DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIAS). 147

2.1.14. RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, APONTANDO, POR CATEGORIA, A QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS E A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO, POR PERFIL DE PROFISSIONAL. NESTE TÓPICO, SOLICITA-SE UM QUADRO RESUMO DO PERFIL DE TODOS OS PROFISSIONAIS QUE IRÃO TRABALHAR NA UNIDADE, QUE ESTEJAM OU NÃO CONTRATADOS, E COM A EXPRESSÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL DISTRIBUÍDA PELOS DIAS DA SEMANA E COM O ENUNCIADO DO HORÁRIO DE TRABALHO. 152

2.1.15. DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO, EDUCAÇÃO EM SAÚDE. 161

2.1.16. DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE REMUNERAÇÃO DIRETA E INDIRETA, IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E UNIFORMIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS. 172

2.1.17. PODERÃO SER ACRESCIDAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES NÃO ABORDADAS NOS ITENS ANTERIORES OU OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO. NESSE CASO, DEVE APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO ETC..... 176

2.1.18 PLANO DE INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL E GERENCIAL 187

2.2. IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS 189

2.2.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, NÃO RESTRITAS E EXTERNAS 190

2.2.2. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS 190

2.2.3. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS 191

2.2.4. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE 191

3. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 192

3.1 PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UPA NEÓPOLIS..... 192

3.2 PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO 192

3.3 PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 193

3.4 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REGISTROS ELETRÔNICOS DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DA UNIDADE..... 193

4 IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS 194

4.1. PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO GERENCIAL DAS UNIDADES..... 194

4.2. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS..... 194

4.3. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA 196

4.4. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA O ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO 198

PARTE 2/6

QUALIDADE OBJETIVA 200

5. COMISSÕES..... 200

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DOS NÚCLEOS E COMISSÕES PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS..... 201

REGIMENTO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – NEÓPOLIS 216

COMISSÃO DO NÚCLEO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – NEÓPOLIS..... 224

5.1 COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS..... 229

5.2. COMISSÃO DE ÓBITO..... 240

5.3. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA 262

5.4. COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM 271

5.5. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) 279

5.6. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)..... 293

5.7. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)..... 299

5.8. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT) 299

5.9. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE..... 307

5.10. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP) . 316

5.11. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) 324

5.12. COMISSÃO DE TECNOVIGILÂNCIA..... 324

5.13 REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO 325

5.14 PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)..... 341

5.15. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E OPERACIONAIS 342

6. IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: EQUIPE NECESSÁRIA A SISTEMÁTICA DE TRABALHO, HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO..... 343

6.1 PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 348

7. PROTOCOLOS CLÍNICOS 354

7.1. APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO CONFORME O PERFIL DAS UNIDADES..... 354

8. OUTRAS INICIATIVAS..... 356

8.1. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO 356

9. PERCEPÇÃO DO USUÁRIO 358

9.1. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO 358

9.2. CONSULTÓRIOS MÉDICOS 364

9.3. EXPRESSAR ESTRUTURA DE CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS DE CADA CLÍNICA 371

9.4. HORÁRIOS DE ATIVIDADE DE URGÊNCIAS 374

QUALIDADE TÉCNICA 375

9.5 ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA 375

PARTE 3/6

9.6 ESTRUTURA DIRETIVA 405

APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO. 428

9.6.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS 439

9.6.3 RESPONSABILIDADE SOCIAL 441

9.6.4 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS 443

10. PROPOSTA FINANCEIRA E ALOCAÇÃO DOS RECURSOS PARA EXECUÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO 452

10.1. PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA DETALHADA 455

10.2 INVESTIMENTOS NECESSÁRIOS E PROJEÇÕES FUTURAS..... 469

10.3 GESTÃO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E ACREDITAÇÃO..... 469

10.4 LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIA TIPO A – TRANSPORTE SIMPLES REMOÇÃO..... 471

PLANILHA FINANCEIRA 473

PLANILHA FINANCEIRA MENSAL..... 476

11.ATA APROVAÇÃO DO CONSELHO..... 484

ANEXOS 486

ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO / INCIDENTE CRÍTICO – UPA NEÓPOLIS..... 530

ANEXO 2 - SALA SENSORIAL PARA PACIENTESS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NAUNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE. 533

ANEXO 3 - FLUXOS DE ESTABILIZAÇÃO E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR 538

ANEXO 5 - PROTOCOLO DE ABORDAGEM DA DOR TORÁCICA, ABDOMINAL E TRAUMAS 551

ANEXO 4 - PROTOCOLO DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS..... 555

ANEXO 5 - PROTOCOLO DE SÍNDROMES CORONARIANAS E VASCULARES AGUDAS..... 564

ANEXO 6 - PROTOCOLO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS EM SAÚDE MENTAL..... 584

ANEXO 7 - PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE BRONQUIOLITE 591

ANEXO 8 - PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES..... 596

PARTE 4/6

ANEXO 9 - PROTOCOLO SÍNDROME GRIPAL 604

ANEXO 11 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E SUPORTE CLÍNICO NAS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (SRAS) 612

ANEXO 12 - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REVISÃO DE ÓBITOS..... 626

ANEXO 13 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE 631

ANEXO 14 - MINUTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS..... 639

ANEXO 15 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR..... 645

ANEXO 16 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES. 647

ANEXO 17 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE. 652

ANEXO 18 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA 659

ANEXO 19 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE. 665

ANEXO 20 - MINUTA REGIMENTO COMISSÃO VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE..... 671

ANEXO 21 - REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE 677

ANEXO 22 - REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE 688

ANEXO 22 - REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO 691

ANEXO 23 - REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO 694

ANEXO 24 - REGIMENTO DA COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (CMTN)..... 697

ANEXO 25 - BOLETIM DE INVESTIGAÇÃO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO (CIO) 702

ANEXO 26 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS – CIO 705

ANEXO 27 - PLANO DE ACOMPANHAMENTO ANUAL – COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS. 712

ANEXO 28 - GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS 714

ANEXO 29 - GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA..... 717

ANEXO 30 - MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO 723

ANEXO 31 - MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS 729

ANEXO 32 - MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA 733

ANEXO 33 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS 737

ANEXO 34 - REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS 742

ANEXO 35 - REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 746

ANEXO 36 - IMPLANTAÇÃO DE REGISTRO ELETRÔNICO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS 750

ANEXO 37 - MODELO DE FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS 754

ANEXO 38 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS 760

ANEXO 39 - PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE 765

ANEXO 40 - PROJETO DE COMPOSTAGEM PARA RESÍDUOS ORGÂNICOS 772

ANEXO 41 - MINUTA CONTRATUAL SIMPLIFICADA – AMBULÂNCIAS ... 778

ANEXO 42 - SALA SENSORIAL PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NAUNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE 782

ANEXO 43 - COMPONENTES ADICIONAIS DE INOVAÇÃO E SUPORTE TECNOLÓGICO 786

ANEXO 44 - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO – UPA NEÓPOLIS 789

ANEXO 45 - GUIA DE MANEJO E TRATAMENTO DE INFLUENZA 2023 ... 791

PARTE 5/6

ANEXO 46 - PROPOSTA SB GESTÃO DR FACILLITE 852

ANEXO 47 - SAÚDE DA MINHA FAMÍLIA 858

ANEXO 48 - PROJETO TELEMEDICINA E TELESAÚDE UPA NEÓPOLIS 874

ANEXO 49 - REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL 888

ANEXO 50- REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS 898

ANEXO 51 - NOVAS IDEIAS - PROJETO DA READEQUAÇÃO, REFORMA E PADRONIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLISSE. 912

PARTE 6/6

ANEXO 52 - POPS 935

1. TÍTULO

Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, na Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, conforme Edital de Chamamento Público nº 003/2025-SES/SE.

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

2.1. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DAS UNIDADES

Entre os eixos que estruturam a implantação e o funcionamento qualificado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis, destaca-se de forma central a **organização da atividade assistencial**, articulada com um **modelo gerencial integrado, participativo e orientado por resultados**. Essa organização não se limita à disposição de recursos humanos e físicos, mas envolve a definição estratégica de fluxos, responsabilidades, protocolos, indicadores e mecanismos de avaliação contínua, tendo como premissa a integralidade do cuidado e a equidade no acesso aos serviços de saúde. No âmbito do item 1.1, a proposta delineia um **modelo gerencial inovador e resolutivo**, sustentado em princípios da administração pública moderna, com foco em eficiência, transparência, accountability e humanização. A gestão será baseada em **métodos de cogestão e corresponsabilidade entre a equipe técnica e a direção institucional**, com utilização de tecnologias de informação em saúde, indicadores de desempenho clínico-assistenciais e planejamento orientado por metas pactuadas com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Este modelo não apenas normatiza as rotinas da unidade, mas propõe uma nova cultura organizacional fundamentada na valorização profissional, na educação permanente e na escuta ativa dos usuários. A caracterização do modelo, apresentada no item 1.1.1, detalha os instrumentos de gestão clínica e administrativa que serão adotados para garantir a resolubilidade, a segurança do paciente, o cumprimento das diretrizes do SUS e a qualificação contínua da assistência em todos os turnos de funcionamento da UPA. Assim, o que se propõe é um modelo vivo,

dinâmico e responsivo, apto a transformar os desafios diários do atendimento de urgência em oportunidades de excelência institucional e promoção do direito à saúde.

2.1.1. MODELO GERENCIAL

O item 1.1 deste documento apresenta o **Modelo Gerencial** que sustentará a operação e o desempenho da UPA Neópolis, estruturando uma lógica administrativa voltada à eficiência, à transparência e à resolutividade no âmbito da atenção às urgências. Trata-se de uma concepção de gestão que ultrapassa a mera alocação de recursos ou o cumprimento burocrático de metas, e se fundamenta na articulação sistêmica entre planejamento estratégico, monitoramento de indicadores, tomada de decisão baseada em evidências e fortalecimento da governança institucional. Nesse contexto, a gestão será orientada por processos decisórios participativos, envolvendo tanto os profissionais da assistência quanto os setores administrativos e de apoio, o que favorece a corresponsabilização, o comprometimento das equipes e a melhoria contínua da qualidade do cuidado.

Na sequência, o item 1.1.1 detalha a **caracterização específica desse modelo gerencial**, apresentando suas dimensões operacionais, seus instrumentos de suporte técnico, os arranjos intersetoriais previstos e os mecanismos de controle, supervisão e avaliação permanente das ações implementadas. Essa caracterização busca explicitar como os princípios do modelo se traduzirão na prática cotidiana da unidade, considerando as singularidades do território, a complexidade do atendimento e as exigências normativas que regem os serviços de urgência no âmbito do SUS.

2.1.1. A CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL QUE SERÁ IMPLANTADO

SOBRE A INSTITUIÇÃO

O Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP) configura-se como uma Organização da Sociedade Civil de direito privado qualificada como organização social nos estados da Bahia e Sergipe, instituída sob a forma jurídica de associação sem fins lucrativos, cujo estatuto prevê finalidades de interesse público e social. Sua atuação está pautada nos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade,

publicidade, economicidade e eficiência, em consonância com os fundamentos do terceiro setor e os marcos regulatórios das parcerias celebradas com a Administração Pública. Reconhecido por sua natureza filantrópica e por sua qualificação como Organização Social (OS), o INASP apresenta-se como agente catalisador da transformação social e institucional, contribuindo diretamente para o aprimoramento da gestão pública e para a ampliação do acesso a políticas sociais essenciais.

Fundado em 9 de outubro de 2017, no município de Paripiranga, situado no semiárido baiano, o Instituto foi concebido em um contexto de profundas desigualdades socioeconômicas regionais, com o objetivo de desenvolver estratégias que combinassem inovação administrativa, inclusão social e responsabilidade solidária. Desde sua origem, o INASP vem assumindo o compromisso de atuar em áreas sensíveis à vida cidadã, como saúde, educação, assistência social e gestão pública, compreendidas não apenas como serviços setoriais, mas como direitos fundamentais e condições estruturantes para o desenvolvimento humano e territorial. A sede administrativa, localizada no Largo Dois de Julho, nº 175, no centro da cidade de Paripiranga, é também um polo irradiador de ações, projetos e articulações técnicas com municípios vizinhos e com instituições parceiras em diversas regiões do país.

A trajetória institucional do INASP teve início sob a denominação de Associação Desportiva e Social Futura Geração, entidade que se destacou, à época, pela promoção de práticas esportivas educativas e pela oferta de atividades de fortalecimento comunitário voltadas a crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social. Essas ações eram orientadas por uma concepção ampliada de cidadania, que reconhecia o esporte e a educação não apenas como instrumentos de lazer ou formação individual, mas como espaços potentes de socialização, construção de valores, prevenção de violências e superação de desigualdades estruturais.

Durante esse primeiro ciclo institucional, foram desenvolvidas diversas atividades de base comunitária, com registros documentais e fotográficos de mobilizações sociais e projetos esportivos realizados entre os anos de 2017 e 2021. Nesse período, mais de mil crianças e adolescentes foram acolhidas e acompanhadas em iniciativas voltadas à promoção da saúde, ao estímulo ao rendimento escolar, à convivência comunitária e ao respeito às diversidades. Os resultados acumulados

impulsionaram o amadurecimento institucional da entidade, conduzindo a uma transformação estrutural de seu escopo de atuação, de seu quadro técnico e de suas parcerias interinstitucionais.

Com a consolidação dessa nova fase, a entidade passou a adotar o nome de Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP), redefinindo sua identidade institucional para abarcar um campo mais amplo e especializado de atuação, sem abandonar sua vocação original voltada ao cuidado com as populações vulnerabilizadas. Essa transição representou não apenas uma mudança formal de nomenclatura, mas a adoção de uma abordagem técnico-política mais sofisticada, capaz de responder às exigências contemporâneas da gestão pública em suas diferentes esferas.

Figura 01 - Escolinha Futura Geração



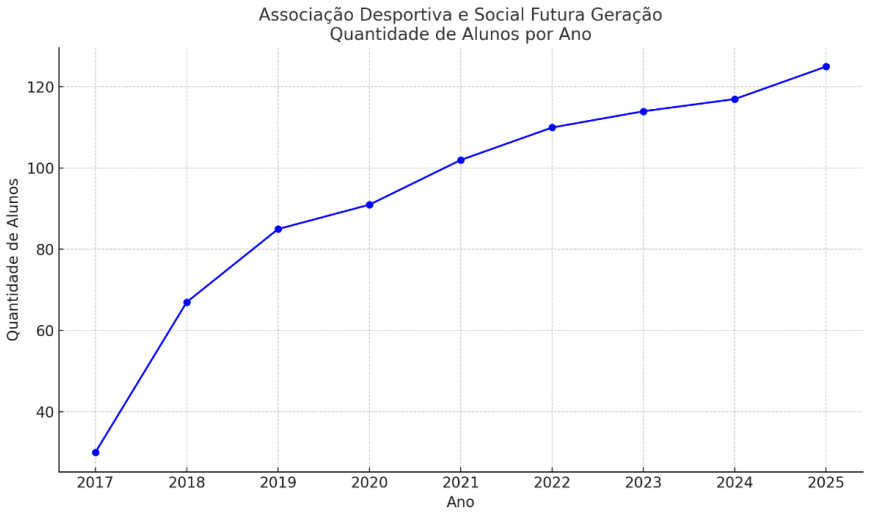
Projeto social desenvolvido pelo INASP voltado à inclusão educacional de crianças em situação de vulnerabilidade no município de Paripiranga (BA). Na imagem, registro da "Escolinha do INASP", criada em 2017 como espaço de acolhimento, aprendizagem e proteção social.
Foto: Acervo INASP (2017).

Figura 02 - Escolinha Futura Geração



Projeto social desenvolvido pelo INASP voltado à inclusão educacional de crianças em situação de vulnerabilidade no município de Paripiranga (BA). Na imagem, registro da "Escolinha do INASP", criada em 2025 como espaço de acolhimento, aprendizagem e proteção social.
Foto: Acervo INASP (2025)

Figura 03 - Gráfico de Evolução da Associação



Evolução anual da quantidade de alunos atendidos pela Associação Desportiva e Social Futura Geração (atual Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público) entre os anos de 2017 e 2025. Fonte: Acervo: INASP (2025)

Atualmente, o Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP) mantém atuação consolidada nos estados da Bahia e de Sergipe, com presença significativa em municípios de pequeno e médio porte, onde a demanda por gestão qualificada dos serviços públicos é historicamente mais aguda. O alcance geográfico do Instituto reflete sua capacidade de articulação intermunicipal e seu comprometimento com a interiorização das políticas sociais, contribuindo para a redução das desigualdades regionais e para a implementação de modelos de gestão pública mais eficazes e responsivos às realidades locais.

A amplitude territorial do INASP é evidenciada por meio de sua cartografia institucional, que registra a execução de projetos e parcerias formais com prefeituras, unidades de saúde, redes de educação e organizações da sociedade civil distribuídas em dezenas de localidades nos dois estados nordestinos. Entre as cidades com atuação destacada na Bahia, constam Paripiranga (onde está situada a sede do Instituto), Fátima, Heliópolis, Adustina, Ribeira do Pombal, Banzaê, Antas, Cícero Dantas, Sítio do Quinto, Novo Triunfo e Itapicuru. Já no estado de Sergipe, destacam-se municípios como Tobias Barreto, Poço Verde, Simão Dias, Lagarto e Neópolis, entre outros que aderiram ao modelo de gestão compartilhada ou receberam apoio técnico especializado para a execução de projetos em saúde, educação ou assistência social.

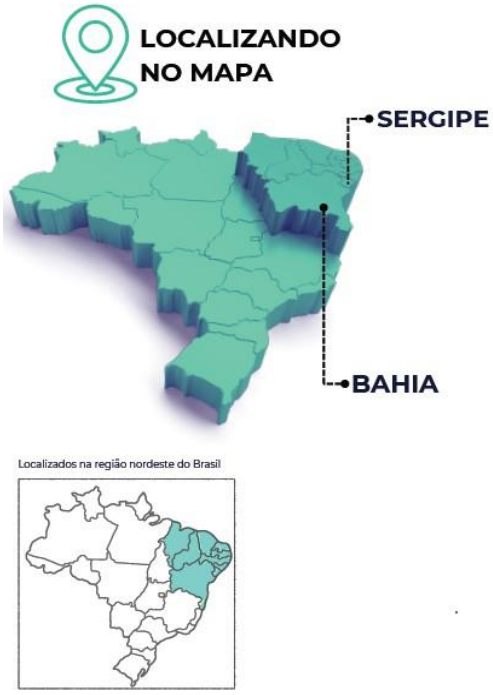
Esse processo de expansão territorial, visualmente representado no gráfico abaixo, revela a capacidade do INASP de atuar com flexibilidade institucional, mas com rigor técnico, adaptando-se às exigências normativas e operacionais de diferentes contextos municipais. A atuação do Instituto não se restringe à execução direta de serviços. Envolve também a elaboração de diagnósticos situacionais, capacitação de equipes, consultoria em planejamento estratégico, implantação de sistemas informatizados de saúde, além do desenvolvimento de projetos com tecnologia assistiva e inovação pedagógica.

A metodologia empregada pelo INASP se baseia em três eixos fundamentais: escuta qualificada da população, abordagem intersetorial e trabalho multiprofissional em rede. Essa tríade metodológica permite construir soluções adequadas às realidades locais, com ênfase na participação social, na valorização do conhecimento

técnico-científico e na promoção de resultados mensuráveis e sustentáveis. As equipes formadas pelo Instituto reúnem profissionais de ampla qualificação, incluindo gestores públicos, sanitaristas, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, advogados, engenheiros, contadores, analistas de sistemas e educadores populares. Todos os profissionais são selecionados com base em critérios técnicos e éticos, compondo quadros funcionais organizados por projetos, o que garante flexibilidade operacional sem perda de qualidade.

A expertise do INASP em gestão pública e serviços essenciais é reconhecida não apenas pela abrangência territorial, mas sobretudo pela capacidade de produzir impactos concretos na vida das populações atendidas. Sua atuação já resultou na qualificação de redes municipais de saúde, na estruturação de programas de apoio escolar, na ampliação do acesso a exames especializados, e na gestão de unidades de pronto atendimento, como ocorre atualmente na UPA Neópolis, em Sergipe. Nessas frentes, o Instituto alia inovação tecnológica à escuta sensível, promovendo uma governança voltada para resultados, centrada nas pessoas e orientada pelo princípio da equidade.

Figura 04 – Mapa



Fonte: Acervo INASP 2025

A experiência do Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP) tem se consolidado por meio da execução de projetos exemplares que dialogam diretamente com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a universalidade, a equidade, a integralidade da atenção e a participação comunitária. Com forte enraizamento territorial e atuação voltada às necessidades reais das populações, o Instituto vem construindo uma trajetória marcada por soluções criativas, eficazes e socialmente legitimadas no campo da saúde coletiva e da assistência social.

Dentre os projetos de maior destaque, merece ênfase o **Projeto CUIDAR**, iniciativa que simboliza a confluência entre solidariedade, ciência e ação comunitária. Estruturado sobre a lógica do cuidado integral, o projeto articula redes de voluntariado, lideranças locais, profissionais da saúde e estudantes, com o objetivo de promover práticas de acolhimento, escuta ativa, educação em saúde, orientação psicossocial e suporte emergencial a grupos vulnerabilizados — entre os quais pessoas idosas, mulheres chefes de família, pessoas com deficiência e moradores de zonas rurais em situação de exclusão. O CUIDAR se sustenta em metodologias participativas, com base em rodas de conversa, visitas domiciliares e mutirões de atenção integral, e é reconhecido localmente por seu impacto positivo na reconstrução de vínculos comunitários e no fortalecimento da rede de proteção social.

Outro exemplo emblemático é o **INASP Reabilita**, um projeto de extensão universitária e atendimento fisioterapêutico gratuito desenvolvido em parceria com o Centro Universitário AGES, no município de Paripiranga, Bahia. Esta iniciativa reúne estudantes e professores do curso de Fisioterapia com profissionais do INASP, promovendo a reabilitação física de pacientes em situação de risco clínico ou social, como pessoas com sequelas pós-COVID-19, idosos com mobilidade reduzida, trabalhadores com lesões osteomusculares e pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. O INASP Reabilita alia conhecimento científico, práticas clínicas supervisionadas e responsabilidade social, oferecendo atendimentos semanais, oficinas de prevenção, planos terapêuticos individualizados e ações de educação corporal para o autocuidado. A articulação com o meio acadêmico também contribui para a formação de profissionais comprometidos com a saúde pública e atentos às realidades do território.

Tais iniciativas são expressão concreta da visão estratégica de desenvolvimento social que orienta a atuação do Instituto. Em vez de atuar de forma fragmentada, o INASP adota uma abordagem sistêmica, integrada e propositiva, desenhando intervenções que buscam não apenas responder a demandas imediatas, mas fomentar mudanças estruturais nas condições de vida da população. Para isso, combina tecnologias sociais com ferramentas de gestão inovadora, planejamento participativo, avaliação de impacto e produção de evidências. Com isso, seus projetos não apenas ampliam o acesso a serviços essenciais, mas também contribuem para a melhoria da eficiência administrativa dos entes públicos, reforçam os vínculos entre Estado e sociedade civil e criam ambientes institucionais mais sensíveis às diferenças culturais, territoriais e humanas.

A atuação do INASP, portanto, ultrapassa os limites da execução técnica de serviços. Ela se ancora em um compromisso ético-político com a justiça social, a dignidade humana e o fortalecimento das capacidades locais. Ao investir na reconstrução do tecido comunitário, no empoderamento de sujeitos coletivos e na valorização da diversidade, o Instituto reafirma seu papel como organização comprometida com a construção de políticas públicas integradas, orientadas não apenas por metas quantitativas, mas por uma concepção ampliada de saúde, cidadania e bem-estar.

Figura 05 – Localização de Paripiranga-BA



Localização de Paripiranga-BA

MISSÃO

Buscar a melhoria da qualidade de vida da população por meio da prestação de serviços à gestão pública e privada, com foco em saúde, educação e administração, respeitando princípios éticos e buscando soluções que promovam eficiência no uso dos recursos.

VISÃO

Ser reconhecido, regional e nacionalmente, como referência em gestão pública e serviços de apoio, promovendo parcerias duradouras e contribuindo para o fortalecimento do terceiro setor.

VALORES

Excelência: compromisso com altos padrões de qualidade nos serviços prestados, por meio de treinamentos e atualização profissional contínua.

Ética e moralidade: pautar-se por condutas responsáveis e transparentes em todas as atividades.

Inovação: estimular práticas criativas e eficazes que possam melhorar os processos internos e os resultados institucionais.

Transparência: assegurar clareza nas ações, contratos e prestação de contas sociais e institucionais.

Humanização: promover o atendimento centrado no usuário, com acolhimento, respeito e dignidade, especialmente nas áreas social e de saúde.

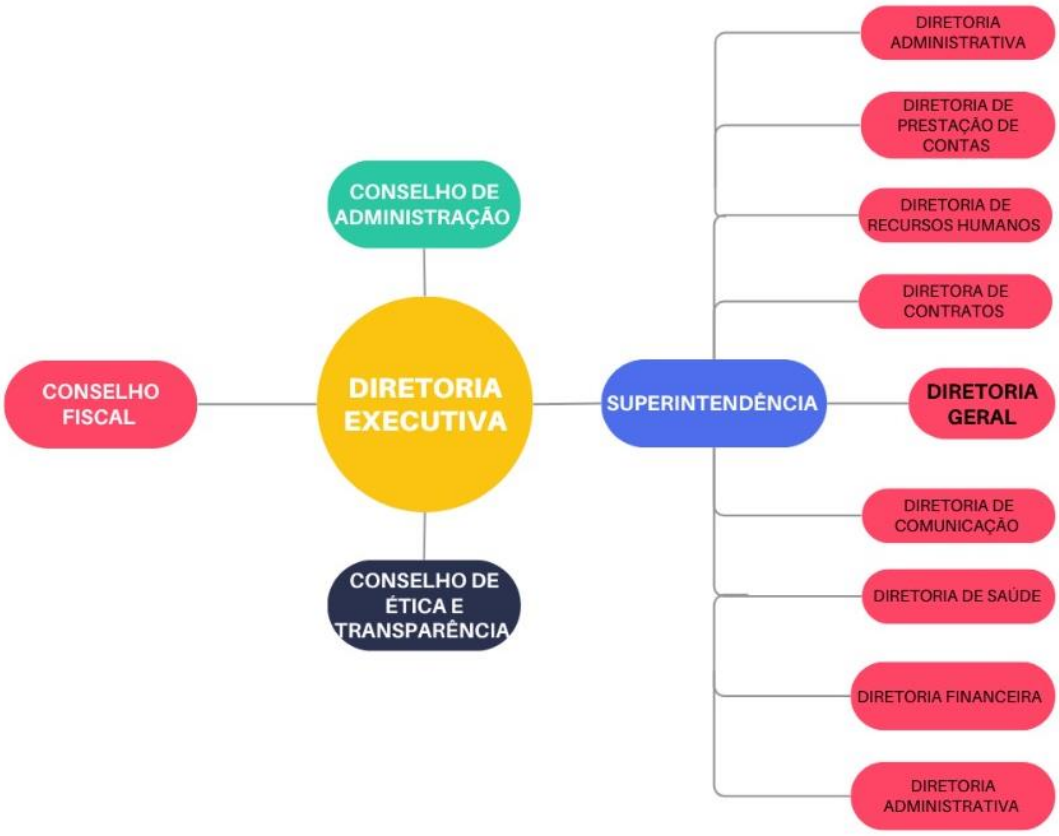
Excelência: buscar o aprimoramento contínuo dos processos, monitorar os resultados obtidos e fornecer à sociedade informações precisas sobre suas demandas atuais e futuras.

ORGANOGRAMA DE GOVERNANÇA INTERNA

Este organograma representa a estrutura hierárquica do Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público - INASP, destacando as principais funções e diretorias que

colaboram para o sucesso coletivo. Através dessa organização é possível visualizar as relações entre os líderes e suas respectivas equipes, promovendo uma comunicação mais clara e eficaz. Cada nível de hierarquia é essencial para a coordenação das operações diárias, com o objetivo de alcançar os objetivos estratégicos da empresa. Este modelo reflete nosso compromisso com a transparência e a colaboração em todos em todos os níveis da organização.

Figura 06 – Organograma de Governança Interna



Fonte: Acervo do INAPS 2025

ÁREAS DE ATUAÇÃO

O Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP) atua de maneira transversal, articulando suas frentes de trabalho em cinco grandes áreas estruturantes: saúde, assistência social, educação, administração pública e tecnologia da informação. Sua atuação é marcada pela execução de soluções técnicas e sociais

especialmente voltadas para os desafios de pequenos e médios municípios, com foco no semiárido nordestino, notadamente nos estados da Bahia e de Sergipe.

Na saúde, o INASP oferece suporte às redes de atenção primária, secundária e ambulatorial, abrangendo desde a gestão de unidades como UPAS até o apoio à Estratégia de Saúde da Família. Realiza campanhas preventivas, feiras de saúde, mutirões, orientação educativa e iniciativas como a aplicação de flúor nas escolas públicas de Paripiranga, beneficiando centenas de crianças com escovação supervisionada e distribuição de kits de higiene bucal. Também promove educação em saúde, vigilância epidemiológica, saúde da mulher e do idoso, em parceria com universidades e conselhos municipais.

Na assistência social, segue as diretrizes do SUAS, atuando na implantação e gestão de CRAS, programas de transferência de renda e segurança alimentar. Conduz oficinas intergeracionais, acolhimento de mulheres vítimas de violência, atendimento às pessoas com deficiência e mobilização comunitária. Projetos como o CUIDAR integram saúde e assistência, promovendo apoio psicossocial e fortalecimento de vínculos.

Na educação, o INASP oferece cursos, oficinas, jornadas pedagógicas e eventos de formação continuada para gestores, técnicos e professores. Atua com projetos de educação ambiental, incentivo à leitura, combate à evasão escolar e fortalecimento cultural, em parceria com universidades e centros de pesquisa.

Na administração pública, presta assessoria em contratos, recursos humanos, planejamento orçamentário e modernização institucional. Contribui para a implantação de consórcios, organiza planos municipais e apoia a captação de recursos.

Na tecnologia da informação, desenvolve sistemas de prontuário eletrônico, regulação ambulatorial, controle de estoque e relatórios gerenciais, alinhados à RNDS e à LGPD. Implanta laboratórios de informática, tecnologias assistivas e núcleos de telemedicina, como o projeto "Saúde + Conectada" na UPA de Neópolis.

O Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP) atua de maneira transversal, articulando suas frentes de trabalho em cinco grandes áreas estruturantes: saúde, assistência social, educação, administração pública e tecnologia da informação. Sua atuação é marcada pela execução de soluções técnicas e sociais

especialmente voltadas para os desafios de pequenos e médios municípios, com foco no semiárido nordestino, notadamente nos estados da Bahia e de Sergipe.

Na saúde, o INASP oferece suporte às redes de atenção primária, secundária e ambulatorial, abrangendo desde a gestão de unidades como UPAs até o apoio à Estratégia de Saúde da Família. Realiza campanhas preventivas, feiras de saúde, mutirões, orientação educativa e iniciativas como a aplicação de flúor nas escolas públicas de Paripiranga, beneficiando centenas de crianças com escovação supervisionada e distribuição de kits de higiene bucal. Também promove educação em saúde, vigilância epidemiológica, saúde da mulher e do idoso, em parceria com universidades e conselhos municipais.

Na assistência social, segue as diretrizes do SUAS, atuando na implantação e gestão de CRAS, programas de transferência de renda e segurança alimentar. Conduz oficinas intergeracionais, acolhimento de mulheres vítimas de violência, atendimento às pessoas com deficiência e mobilização comunitária. Projetos como o CUIDAR integram saúde e assistência, promovendo apoio psicossocial e fortalecimento de vínculos.

Na educação, o INASP oferece cursos, oficinas, jornadas pedagógicas e eventos de formação continuada para gestores, técnicos e professores. Atua com projetos de educação ambiental, incentivo à leitura, combate à evasão escolar e fortalecimento cultural, em parceria com universidades e centros de pesquisa.

Na administração pública, presta assessoria em contratos, recursos humanos, planejamento orçamentário e modernização institucional. Contribui para a implantação de consórcios, organiza planos municipais e apoia a captação de recursos.

Na tecnologia da informação, desenvolve sistemas de prontuário eletrônico, regulação ambulatorial, controle de estoque e relatórios gerenciais, alinhados à RNDS e à LGPD. Implanta laboratórios de informática, tecnologias assistivas e núcleos de telemedicina, como o projeto "Saúde + Conectada" na UPA de Neópolis.

Entre os projetos estruturantes, destacam-se:

Projeto CUIDAR: Desenvolvido em municípios do sertão baiano e sergipano, o Projeto CUIDAR integra ações de saúde, assistência social e voluntariado, com foco na escuta sensível e na resposta humanizada às populações vulnerabilizadas. A iniciativa realiza visitas domiciliares regulares, rodas de conversa temáticas, triagens

sociais e de saúde, encaminhamentos para a rede SUS e apoio psicossocial contínuo. Profissionais de diferentes áreas, como psicologia, serviço social e enfermagem, atuam em conjunto com lideranças comunitárias e voluntários locais, fortalecendo vínculos sociais e ampliando o acesso aos serviços.

Figura 07 - Atendimento da equipe INASP em residência para a consulta e cuidados



Fonte: Acervo do INASP 2025

Projeto INASP Reabilita: Desenvolvido em parceria com o Centro Universitário AGES, o projeto oferece atendimento fisioterapêutico gratuito a pessoas em situação de risco clínico e social, incluindo pacientes em reabilitação pós-COVID-19, idosos com comprometimentos motores e trabalhadores com queixas musculoesqueléticas. Os atendimentos ocorrem em estrutura equipada com aparelhos de reabilitação, supervisionados por docentes e acadêmicos do curso de fisioterapia. As ações incluem oficinas de alongamento, educação postural, reeducação funcional e atividades de prevenção a lesões.

Figura 08 – Atendimento Fisioterapêutico domiciliar da equipe INASP



Fonte: Acervo do INASP 2025

Projeto de Fluoretação Escolar: Realizado junto à rede municipal de ensino de Paripiranga, o projeto promove a saúde bucal de crianças em idade escolar por meio de ações periódicas de aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada, palestras educativas e distribuição de kits de higiene. A iniciativa alcança alunos da Educação Infantil e do Ensino Fundamental, com foco na prevenção da cárie e na promoção de hábitos saudáveis. Os dados preliminares mostram redução de até 40% nos casos de cárie entre os participantes regulares.

Figura 09 – Atendimento odontológico da equipe INASP



Fonte: Acervo INAPS 2025

Ações Esportivas: Com raízes no histórico da instituição enquanto Associação Desportiva e Social Futura Geração, as ações esportivas são voltadas à promoção da saúde física, da inclusão social e do desenvolvimento cidadão de crianças e adolescentes. A prática regular de esportes, especialmente o futebol, fortalece vínculos, reduz comportamentos de risco e incentiva o protagonismo juvenil. As atividades são realizadas em espaços comunitários ou escolares, com orientação de voluntários e acompanhamento de profissionais da saúde e da educação.

Figura 10: Escolinha Futura Geração voltado à inclusão de crianças em situação de vulnerabilidade no Município.



Foto: Acervo INASP (2017)

Essas iniciativas reafirmam o compromisso do INASP com a equidade, a justiça social e a qualidade dos serviços públicos prestados às populações mais vulnerabilizadas.

Essas iniciativas reafirmam o compromisso do INASP com a equidade, a justiça social e a qualidade dos serviços públicos prestados às populações mais vulnerabilizadas.

GESTÃO E GOVERNANÇA

O INASP é organizado conforme padrões de boa governança, com quadro societário definido (presidência exercida por Cleiton Antonio de Oliveira) e atuação baseada em parcerias interinstitucionais. Mantém canais de comunicação acessíveis, como portal de transparência, WhatsApp institucional, e-mail e telefone para contato. A instituição também se beneficia de imunidades tributárias típicas de entidades sem fins lucrativos, o que permite oferecer serviços com custos reduzidos e maior qualidade.

A implantação de um modelo gerencial eficiente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Neópolis, no Estado de Sergipe, representa um passo decisivo para garantir a melhoria contínua da qualidade assistencial, o fortalecimento do vínculo com os usuários e a valorização dos profissionais de saúde. Diante da

complexidade e da rotatividade inerente aos serviços de urgência e emergência, a gestão da UPA deve ir além de metas quantitativas, incorporando diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, voltadas à integralidade do cuidado, à democratização das relações institucionais e à organização ética dos fluxos assistenciais.

A UPA Neópolis desempenha um papel estratégico na região, operando como ponto de atenção intermediário entre a Atenção Básica e a Média Complexidade Hospitalar. Sua boa gestão influencia diretamente a resolutividade da rede, o tempo de resposta às urgências clínicas, a redução de internações evitáveis e o fortalecimento do sistema de regulação. Por isso, o modelo proposto não se restringe à eficiência administrativa ou à prestação de contas. Ele propõe uma gestão integral, que articula planejamento, acolhimento, escuta qualificada, reorganização de processos e compromisso com o cuidado centrado no usuário.

FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Figura 11: Organograma de Imagens e Princípios Orientadores



Fonte: Acervo INASP 2025

A proposta gerencial da UPA Neópolis fundamenta-se nos seguintes princípios do SUS e da PNH:

- Universalidade, garantindo que todo cidadão tenha acesso igualitário ao serviço.
- Equidade, priorizando o cuidado conforme o grau de vulnerabilidade clínica e social.
- Integralidade, assegurando que cada atendimento seja parte de um processo contínuo de cuidado.
- Acolhimento com classificação de risco, como dispositivo organizador da porta de entrada.
- Gestão participativa, fortalecendo espaços coletivos de decisão e corresponsabilidade institucional.
- Valorização do trabalho em saúde, por meio de condições adequadas e educação permanente.
- Ambiência acolhedora, humanizando os espaços físicos e funcionais da unidade.

Figura 12: Organograma Objetivos Estratégicos da proposta Gerencial



Fonte: Acervo INASP 2025

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA PROPOSTA GERENCIAL

- Reduzir o tempo de espera para atendimento na urgência.
- Aprimorar a capacidade de resposta da unidade diante dos quadros clínicos prioritários.
- Garantir o cuidado humanizado, mesmo em situações de alta demanda e complexidade.
- Promover o trabalho em equipe com corresponsabilidade e comunicação eficiente.
- Integrar a UPA às demais esferas da rede regional de saúde.
- Qualificar os fluxos de entrada, permanência e saída dos usuários.
- Otimizar o uso dos recursos públicos com base em resultados e indicadores.

Eixos estruturantes do modelo gerencial humanizado da UPA Neópolis

1. Gestão Participativa e Democrática

A gestão da UPA Neópolis será orientada pela criação de espaços institucionais que permitam o compartilhamento de decisões entre direção, trabalhadores e, quando aplicável, representantes do controle social estadual. A constituição de colegiados gestores internos e a realização periódica de reuniões de equipe, rodas de escuta e processos de avaliação participativa fazem parte deste eixo.

Essas ações visam garantir maior corresponsabilidade sobre os resultados da unidade, aumentar o comprometimento das equipes e possibilitar ajustes contínuos conforme a realidade local. A escuta dos trabalhadores é fundamental para aprimorar a ambiência e reduzir o adoecimento ocupacional.

2. Acolhimento e Qualificação do Acesso

A porta de entrada da UPA Neópolis será organizada a partir da classificação de risco com base em protocolos validados (como o Protocolo de Manchester). Os

usuários serão acolhidos por equipe treinada, com escuta qualificada, priorização clínica e sensibilidade à condição social.

Será implantado um sistema de triagem estruturada, acompanhado de fluxogramas clínicos operacionais, com encaminhamento ágil e organização dos fluxos internos. A equipe será orientada a evitar a medicalização excessiva e a verticalização do atendimento, prezando pelo cuidado integral.

3. Trabalho em Equipe e Valorização dos Profissionais

A qualidade do cuidado está diretamente ligada à valorização de quem o oferece. Por isso, o modelo propõe:

- Promoção de educação permanente com temas clínicos e éticos.
- Avaliações periódicas com feedback formativo.
- Estabelecimento de canais de escuta para demandas laborais.
- Respeito à carga horária, pausas regulares e ambientes adequados de descanso.

A interdisciplinaridade será estimulada por meio de discussões de casos clínicos, construção coletiva de protocolos e planos terapêuticos singulares, quando aplicável.

4. Vinculação e Continuidade do Cuidado

A UPA Neópolis, mesmo sendo unidade de atendimento pontual, deve funcionar como ponte assistencial, assegurando a continuidade do cuidado. Isso inclui:

- Emissão de relatórios de atendimento com orientações claras para continuidade na Atenção Básica ou especializada.
- Registro clínico qualificado e padronizado no sistema de informação (SIH/SISREG/SAMU/SIH/SAI).
- Articulação com a rede de regulação para garantir encaminhamentos conforme protocolos clínicos.

Casos de maior vulnerabilidade social ou recorrência devem ser referenciados com prioridade para acompanhamento pela ESF ou NASF, em articulação com a Secretaria de Estado da Saúde.

5. Ambiência e Qualificação dos Espaços Físicos

A proposta inclui a requalificação dos espaços da UPA para torná-los mais seguros, confortáveis e acessíveis. Isso abrange:

- Recepção com sinalização visual clara, ambientes climatizados e cadeiras adequadas.
- Sala de espera com priorização para gestantes, idosos e pessoas com deficiência.
- Sala de observação organizada, respeitando a privacidade e conforto do paciente.
- Organização dos fluxos internos com separação clara entre pacientes com sintomas respiratórios e demais demandas, respeitando as diretrizes de biossegurança.

6. Defesa dos Direitos dos Usuários

A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS: Um Compromisso com a Dignidade e a Excelência no Atendimento em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública essencial e conquista social garantida pela Constituição Federal de 1988, assegura a todos os brasileiros, sem distinção, o direito a um atendimento de saúde integral, universal, gratuito e de qualidade. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, instituída pela Lei nº 13.460/2017, representa um marco na defesa dos direitos dos cidadãos, estabelecendo princípios e diretrizes que transformam a relação entre usuários, profissionais e gestores da saúde.

Os 10 Pilares da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS

1. Atendimento Humanizado e Livre de Discriminação

Todo cidadão tem direito a ser tratado com respeito, dignidade e empatia, independentemente de raça, gênero, religião, orientação sexual ou condição social. A humanização não é um favor – é um dever ético e legal.

2. Acesso Universal e Igualitário

   O SUS não pode negar atendimento a quem dele necessitar. Seja em uma UPA, um posto de saúde ou um hospital de referência, a porta está aberta para todos, sem filas privilegiadas ou barreiras econômicas.

3. Informação Clara e Acessível

   O paciente tem direito a receber explicações compreensíveis sobre seu diagnóstico, tratamento e riscos, na linguagem que entender. Profissionais devem comunicar-se de forma transparente, garantindo consentimento informado.

4. Tempo de Espera Razoável

   Ninguém pode morrer na fila. Emergências devem ser atendidas imediatamente, enquanto consultas e exames eletivos devem seguir prazos máximos definidos por protocolos.

5. Qualidade e Segurança no Atendimento

   Desde a higiene das unidades até a competência técnica dos profissionais, o SUS deve oferecer serviços que sigam padrões nacionais e internacionais de segurança do paciente, evitando erros, infecções e negligências.

6. Participação no Próprio Cuidado

   O usuário não é um espectador passivo. Ele tem o direito de opinar sobre seu tratamento, solicitar segunda opinião médica e recusar procedimentos, desde que ciente das consequências.

7. Privacidade e Confidencialidade

   Dados médicos são sigilosos. Nenhuma informação pessoal pode ser exposta sem autorização, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e normas éticas.

8. Acesso a Medicamentos e Tecnologias

   O SUS deve fornecer, gratuitamente, todos os medicamentos, próteses, vacinas e terapias comprovadamente eficazes, sem atrasos burocráticos.

9. Reclamação e Prestação de Contas

Se um direito for violado, o cidadão pode denunciar por meio de canais oficiais (Ouvidorias, Ministério Público, Conselhos de Saúde) e exigir respostas rápidas das autoridades.

10. Participação Social na Gestão
    - O SUS é construído por todos. Conselhos de Saúde, conferências e fóruns permitem que a população decida junto as prioridades e fiscalize a aplicação dos recursos públicos.
    - Por que a Carta dos Direitos é Revolucionária?
    - Transforma usuários em protagonistas, combatendo a cultura do "favor" e fortalecendo a cidadania.
    - Exige transparência dos gestores, reduzindo corrupção e má gestão.
    - Salva vidas ao garantir que nenhum direito seja negligenciado.
    - Como Defender Seus Direitos?
    - Conheça a Lei: Acesse a Carta completa no site do Ministério da Saúde.
    - Documente Tudo: Guarde laudos, recibos e registros de atendimento.
    - Denuncie: Disque 136 (Ouvidoria do SUS) ou recorra ao Ministério Público em casos graves.

A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS não é apenas um documento, é um instrumento de luta. Ela existe para lembrar que saúde não é caridade, mas um direito inegociável. Cada cidadão informado é um vigilante contra a negligência, e cada reclamação registrada é um passo rumo a um SUS mais justo e eficiente. A saúde pública que queremos começar com a defesa intransigente desses princípios.

Figura 13 - Cartaz Informativo dos direitos dos Usuários da Saúde



Fonte: Site SUS

A gestão da UPA deve reforçar o caráter cidadão do SUS. Serão implementados mecanismos de escuta dos usuários, como:

- Caixas de sugestões e ouvidoria ativa com retorno das respostas.

- Aplicação de pesquisas de satisfação periódicas.
- Participação dos trabalhadores e gestores em processos de análise das críticas recebidas, com foco em melhorias contínuas.

O modelo também prevê capacitações com enfoque na ética do cuidado, na escuta qualificada e nos direitos dos usuários.

Benefícios Futuros

A adoção do modelo gerencial proposto para a UPA Neópolis, fundamentado nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), deverá produzir uma série de impactos positivos tanto na dimensão assistencial quanto na organizacional da unidade. Em primeiro lugar, espera-se uma melhoria significativa na velocidade e na eficiência do atendimento, com ênfase na priorização clínica dos casos por meio de protocolos estruturados de classificação de risco. Isso permitirá que os pacientes em situação de maior gravidade sejam rapidamente identificados e recebam atenção adequada e tempestiva, reduzindo os riscos de agravamento e as complicações decorrentes de atrasos.

Além disso, o modelo deverá contribuir para a redução das filas de espera e do tempo médio de permanência dos usuários na unidade, tornando os fluxos mais ágeis e organizados. Essa reorganização assistencial impacta diretamente a experiência do usuário, que tende a perceber o serviço como mais eficaz, acolhedor e comprometido com sua demanda. A consequência esperada é a ampliação da resolutividade dos atendimentos, ou seja, a capacidade da UPA de resolver a maior parte dos casos recebidos sem necessidade de encaminhamentos desnecessários ou retorno precoce por falhas na abordagem inicial. Esse fator fortalece, ainda, o vínculo entre a UPA e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sobretudo com a atenção básica, a atenção especializada e os serviços de urgência hospitalar, favorecendo o funcionamento em rede de maneira integrada, regionalizada e contínua.

Outro resultado relevante será o aumento da satisfação dos usuários, acompanhado da redução de conflitos institucionais. A escuta qualificada, o acolhimento humanizado e a presença de canais efetivos de participação e reclamação possibilitam que o cidadão se sinta respeitado e ouvido, contribuindo para

a construção de um ambiente de cuidado ético e participativo. Por outro lado, os trabalhadores da saúde também são beneficiados pela implementação de práticas de valorização profissional, como processos de capacitação contínua, reconhecimento do trabalho coletivo, melhoria das condições laborais e estímulo à interdisciplinaridade. Com isso, projeta-se a valorização das equipes de saúde e o consequente fortalecimento da identidade institucional da UPA Neópolis, que passa a ser reconhecida não apenas como um ponto de atenção emergencial, mas como um espaço público de cuidado comprometido com a cidadania e com os princípios fundantes do SUS.

Por fim, a proposta gerencial prevê o monitoramento sistemático dos indicadores assistenciais, com base em metas pactuadas com a gestão estadual. Essa dimensão avaliativa é essencial para garantir a transparência, a efetividade das ações, a responsabilidade na aplicação dos recursos públicos e a promoção da melhoria contínua dos serviços. A gestão da UPA será, portanto, orientada por dados concretos, permitindo ajustes dinâmicos e a construção de processos de governança baseados em evidências.

Esse conjunto de diretrizes e ações encontra plena compatibilidade com as normas e políticas públicas vigentes nas esferas federal e estadual de saúde. Em nível nacional, a proposta está integralmente alinhada à Política Nacional de Humanização (PNH), que orienta a organização dos serviços do SUS com base no acolhimento ético, na participação popular e na corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários. Também respeita as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que regulamenta a organização da Rede de Atenção às Urgências (RUE) em todo o território nacional, definindo os parâmetros técnicos e operacionais para o funcionamento das UPAs e serviços de pronto atendimento.

No que se refere ao contexto estadual, o modelo proposto está em consonância com as normas da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), especialmente no que diz respeito à organização das portas de entrada da rede, ao processo regulatório de internações e ao encaminhamento para unidades de referência hospitalar e ambulatorial. Ressalta-se, ainda, a aderência aos princípios estruturantes do SUS, em especial a regionalização e a hierarquização da atenção à

saúde, que orientam a estruturação das redes de serviços conforme o perfil epidemiológico, a capacidade instalada e a necessidade dos territórios.

Assim, a proposta gerencial para a UPA Neópolis não apenas dialoga com os marcos legais e normativos que regem o Sistema Único de Saúde, como também os concretiza de forma inovadora, transformando-os em práticas cotidianas que beneficiam usuários, trabalhadores e gestores. Ao aliar humanização, eficiência e gestão por resultados, o modelo apresentado reafirma o compromisso institucional com a construção de um sistema de saúde público, universal, equitativo e de qualidade.

O modelo gerencial humanizado proposto para a UPA Neópolis parte do entendimento de que é possível aliar eficiência operacional com acolhimento ético e cuidado de qualidade. Por meio de uma abordagem centrada na humanização, na escuta ativa e na articulação com os demais pontos da rede, a gestão da unidade pode oferecer respostas concretas às necessidades reais da população, reduzindo desigualdades, promovendo a dignidade e qualificando o sistema público de saúde.

Figura 14 – Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU



Fonte: Site ONU

Alinhamento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

O INASP apoia indiretamente os ODS da ONU por meio de suas intervenções em saúde, educação e redução das desigualdades. As ações da instituição fortalecem os objetivos de erradicação da pobreza, promoção da saúde e bem-estar, educação de qualidade, equidade social e parcerias para o desenvolvimento sustentável.

A trajetória do INASP demonstra um compromisso firme com a transformação social, alicerçado na busca por excelência, inovação, ética e humanização. As suas ações concretas nas áreas de saúde, educação, assistência social e gestão pública reafirmam sua relevância nas comunidades onde atua. A atuação estruturada e articulada do INASP representa um modelo de organização do terceiro setor voltado à promoção da cidadania e melhoria da qualidade de vida da população.

A presente proposta de modelo gerencial para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis, no estado de Sergipe, está alicerçada nos marcos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nas diretrizes da Portaria GM/MS nº 1.020/2009, que regulamenta o funcionamento das UPAs, bem como nas recomendações do Manual de Implantação de Unidades de Pronto Atendimento 24h e do Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP).

Trata-se de uma proposta estruturada segundo os princípios da legalidade, eficiência, equidade, integralidade e humanização, que visa garantir uma gestão inovadora, transparente e orientada a resultados. O modelo proposto considera a complexidade operacional de uma unidade de urgência e emergência e adota práticas modernas de governança clínica e administrativa, com foco na resolubilidade do atendimento, na racionalização de recursos e na valorização das equipes multiprofissionais.

O gerenciamento será conduzido por um arranjo organizacional horizontalizado, com núcleos de apoio técnico e setores integrados sob coordenação matricial, assegurando sinergia entre os fluxos assistenciais, logísticos e gerenciais. As práticas serão norteadas por protocolos clínico-assistenciais validados, metas pactuadas de desempenho, e sistemas informatizados de apoio à decisão clínica e ao monitoramento em tempo real.

A proposta contempla ainda um sistema de gestão baseado em indicadores-chave de desempenho (KPI), ferramentas de planejamento estratégico situacional, controle de metas contratuais, e instrumentos de gestão do trabalho em saúde, como plano de cargos, processos seletivos por competência e estratégias de educação permanente.

2.1.2. AS ESTRATÉGIAS QUE SERÃO ADOTADAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO, CONSIDERANDO O IMPACTO DA MUDANÇA DE PARADIGMA DO ATUAL MODELO EXISTENTE, A MUDANÇA DE CLIMA E CULTURA ORGANIZACIONAL, A GESTÃO DE PESSOAL, A MELHORIA NA EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE

Modelo Gerencial Humanizado para a UPA Neópolis sob Gestão do INASP

A atuação do INASP na gestão da UPA Neópolis, Sergipe, se fundamenta em princípios sólidos de planejamento estratégico, gestão participativa e humanização da assistência à saúde. Como Organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos, com histórico de excelência na execução de projetos em saúde e educação, o INASP pauta sua atuação em metas claras, cultura organizacional inclusiva e compromisso com a melhoria contínua dos serviços prestados.

A cultura organizacional do INASP é compreendida como elemento estruturante do processo de gestão, tanto interna quanto externamente. A forma como os profissionais se relaciona, tomam decisões e enfrentam desafios institucionais está diretamente ligada aos valores cultivados pela instituição, como ética, corresponsabilidade, inovação e respeito à dignidade humana. A compreensão de que as mudanças organizacionais exigem transformações culturais e comportamentais está no centro da proposta gerencial. Assim, gestores e colaboradores devem conhecer e respeitar os valores, crenças e normas institucionais, ao mesmo tempo em que propõem melhorias adaptativas para fortalecer os processos de cuidado.

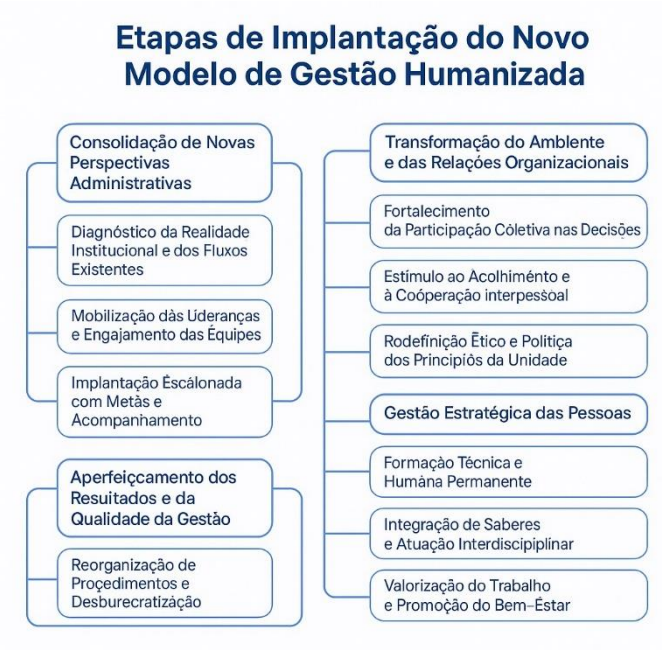
Nesse sentido, o INASP propõe um modelo de gestão que enfatiza os princípios da administração participativa, da escuta qualificada e da negociação coletiva, adotando dispositivos organizacionais que favorecem a horizontalidade nas relações

de trabalho, o engajamento proativo dos profissionais e o fortalecimento do vínculo com os usuários. A estratégia central para alcançar esses objetivos é a integração organizacional, concebida em quatro níveis conhecidos como os "4 C's":

- Conformidade: refere-se à capacitação dos colaboradores quanto às normas legais, regulamentos internos e diretrizes técnicas;
- Clarificação: consiste em garantir que os profissionais compreendam com clareza suas funções, metas e responsabilidades;
- Cultura: envolve a vivência dos valores institucionais, incluindo normas formais e práticas informais que orientam o comportamento cotidiano;
- Conexão: relaciona-se ao fortalecimento dos vínculos interpessoais e à construção de redes colaborativas dentro e fora da instituição.

Com base nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), o INASP propõe que a transição para esse modelo seja conduzida com transparência, escuta ativa e comunicação institucional eficaz. A transformação organizacional não se impõe de forma unilateral, mas é construída de forma participativa, envolvendo trabalhadores, gestores e representantes do controle social.

Etapas de Implantação do Novo Modelo de Gestão Humanizada



Consolidação de Novas Perspectivas Administrativas

a) Diagnóstico da Realidade Institucional e dos Fluxos Existentes

Será conduzida uma análise minuciosa do modelo organizacional em vigor, identificando suas potencialidades e fragilidades. A avaliação contemplará fluxos de atendimento, processos administrativos e mecanismos de regulação, além de entrevistas qualitativas com profissionais, gestores e usuários, buscando captar suas experiências, necessidades e propostas.

b) Mobilização das Lideranças e Engajamento das Equipes

O novo modelo será apresentado em diferentes formatos participativos, como oficinas, rodas de diálogo e encontros técnicos. A transparência da comunicação será central, reforçando os benefícios esperados para todas as esferas envolvidas. Lideranças comunitárias e institucionais serão convidadas a atuar como apoiadoras estratégicas da mudança.

c) Implantação Escalonada com Metas e Acompanhamento

A adoção do novo arranjo ocorrerá em etapas progressivas, iniciando com ações piloto monitoradas de forma sistemática. As boas práticas identificadas nas fases iniciais serão documentadas e replicadas para outras áreas da unidade, permitindo consolidação progressiva do modelo.

Transformação do Ambiente e das Relações Organizacionais

A construção de um ambiente organizacional saudável, colaborativo e ético é condição essencial para a consolidação de uma unidade de saúde eficiente, resolutiva e comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para além da infraestrutura física, é necessário investir na transformação simbólica e relacional dos espaços de trabalho, fortalecendo a corresponsabilidade, o diálogo e a valorização das pessoas. Essa transformação exige práticas concretas de participação coletiva, escuta qualificada e acolhimento, bem como uma redefinição ética das relações de

poder, dos vínculos profissionais e das diretrizes institucionais que orientam o cuidado em saúde.

a) Fortalecimento da Participação Coletiva nas Decisões

Serão instituídos espaços de gestão compartilhada, com representação de trabalhadores, gestores e usuários, quando possível. O papel dos conselhos de saúde será ampliado, priorizando sua atuação na escuta qualificada e no acompanhamento das políticas internas. A comunicação institucional será aprimorada para garantir o acesso equitativo às informações.

b) Estímulo ao Acolhimento e à Cooperação Interpessoal

Atividades periódicas de integração entre equipes, como rodas de conversa, serão promovidas para fomentar o espírito colaborativo, a valorização dos saberes e o fortalecimento do vínculo entre os profissionais. A escuta ativa será adotada como uma metodologia permanente de gestão e cuidado.

c) Redefinição Ética e Política dos Princípios da Unidade

Será realizada uma atualização do regimento interno para incorporar explicitamente os valores da atenção humanizada. Campanhas educativas e momentos formativos tratarão de temas como respeito à diversidade, equidade no atendimento, ética relacional e corresponsabilidade no trabalho.

Essas ações buscam instaurar uma nova cultura organizacional, pautada pelo respeito mútuo, pela transparência nas relações institucionais e pela valorização do trabalho em equipe como fundamento do cuidado integral. Ao investir na dimensão subjetiva e relacional dos processos de trabalho, a unidade se fortalece enquanto espaço de pertencimento, produção de saúde e dignidade humana, tornando-se mais eficiente, acolhedora e coerente com os princípios do SUS.

Gestão Estratégica das Pessoas

O êxito de qualquer modelo de atenção à saúde está diretamente ligado ao grau de valorização das pessoas que o sustentam. A gestão estratégica de pessoas, no contexto do SUS, deve ir além da administração de recursos humanos, assumindo-

se como campo político de cuidado com os sujeitos, com seus saberes, afetos e trajetórias. Por isso, propõe-se aqui uma abordagem que articule qualificação técnica permanente, promoção da saúde mental (anexo 8), reconhecimento profissional e fortalecimento do trabalho coletivo. Trata-se de investir no desenvolvimento humano como dimensão estruturante da excelência institucional.

a) Formação Técnica e Humana Permanente

Será estruturado um programa continuado de qualificação para todos os profissionais da unidade, com ênfase em humanização, cogestão e metodologias inovadoras de cuidado. Parcerias com instituições de ensino superior garantirão cursos, oficinas e módulos de especialização voltados às realidades locais.

b) Integração de Saberes e Atuação Interdisciplinar

As equipes serão incentivadas a realizar reuniões multiprofissionais periódicas para análise de casos, elaboração conjunta de condutas e construção coletiva de projetos terapêuticos. A interdisciplinaridade será reconhecida como pilar da integralidade do cuidado.

c) Valorização do Trabalho e Promoção do Bem-Estar

Serão adotadas medidas para readequar as jornadas, organizar escalas com mais equidade e ampliar ações de cuidado com os trabalhadores. Espaços de apoio emocional, rodas de escuta e estratégias de prevenção ao adoecimento ocupacional serão implantados como parte da política institucional de saúde mental (anexo 8).

Ao promover uma gestão estratégica centrada nas pessoas, a unidade de saúde se compromete com uma lógica organizacional menos hierárquica e mais solidária, em que o bem-estar do trabalhador é compreendido como indissociável da qualidade da atenção prestada. A valorização do trabalho, o estímulo à formação continuada e o acolhimento das subjetividades tornam-se, assim, fundamentos de uma prática gestora que busca gerar pertencimento, compromisso e potência coletiva para a construção de um SUS vivo e transformador.

Aperfeiçoamento dos Resultados e da Qualidade da Gestão

A qualificação da gestão em unidades de saúde exige um compromisso permanente com a eficiência, a transparência e os resultados socialmente relevantes. No contexto do SUS, isso significa organizar processos com racionalidade técnico-operacional, monitorar indicadores com rigor metodológico e incorporar inovações capazes de melhorar a experiência dos usuários e a efetividade dos serviços. O aperfeiçoamento da gestão, portanto, não se reduz à administração burocrática, mas constitui uma estratégia de transformação institucional com base em evidências, planejamento participativo e tecnologias aplicadas ao cuidado.

a) Reorganização de Procedimentos e Desburocratização

Os fluxos internos serão reavaliados com o objetivo de suprimir etapas redundantes, garantir mais fluidez nos processos e reduzir gargalos administrativos. A organização buscará maior sinergia entre os setores assistenciais e administrativos, com ênfase na resolutividade e no tempo-resposta.

b) Avaliação Contínua por Meio de Indicadores Qualificados

Serão definidos indicadores de desempenho que contemplem aspectos clínicos, operacionais e de satisfação do usuário. Reuniões periódicas de avaliação de resultados serão incorporadas à rotina, promovendo uma gestão orientada por evidências e pela melhoria contínua.

c) Inovação Tecnológica como Ferramenta de Cuidado e Gestão

A informatização será ampliada por meio da digitalização de prontuários, integração de sistemas e uso de plataformas de telessaúde. A tecnologia será um meio para garantir a continuidade do cuidado, a qualidade das informações e a comunicação ágil entre os diversos níveis da rede.

Esse conjunto de ações visa consolidar uma cultura de excelência baseada em dados confiáveis, decisões estratégicas e protagonismo institucional. A gestão da qualidade, ao integrar pessoas, processos e tecnologias, amplia a capacidade resolutiva da unidade e fortalece sua inserção na rede de atenção. Trata-se de

construir um modelo organizacional dinâmico, responsivo e comprometido com a melhoria permanente do cuidado em saúde e com os direitos dos cidadãos.

Calendário de Ações Estratégicas - 2025

Etapas e Estratégias	Mês											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Análise Estrutural e Diagnóstico Funcional da Unidade	x					x			x			x
2. Engajamento Institucional e Mobilização Interativa	x	x										
3. Início das Formações e Implementações Experimentais		x		x		x		x		x		x
4. Integração de Valores e Redefinição da Cultura Interna	x	x	x			x			x		x	
5. Verificação Parcial e Ajustes Baseados em Indicadores			x			x			x			
6. Expansão Gradativa e Aplicação Multissetorial		x		x		x		x		x		
7. Consolidação de Resultados e Divulgação Estratégica						x						x
8. Qualificação Permanente e Avaliação Contínua de Clima Organizacional	x		x		x	x		x		x		

Calendário de Ações Estratégicas - 2026

Etapas e Estratégias	MÊS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Diagnóstico com Foco em 5S (Mapeamento de Ineficiências)	x			x			x			x		x
2. Implantação dos 5S por Setor (Fases 1 a 5)		x	x	x	x	x						
3. Treinamentos Práticos de 5S (Workshops e Auditorias)		x		x		x		x		x		x
4. Cultura 5S: Comitês de Acompanhamento e KPIs	x		x		x		x		x		x	
5. Feedback Contínuo via *Checklists* e Indicadores		x		x		x		x		x		x
6. Expansão do 5S para Parceiros e Fornecedores					x		x			x	x	
7. Certificação 5S e Reconhecimento de Melhores Práticas						x			x			x
8. Sustentação do 5S (Auditorias Surpresa e Melhoria Contínua)	x			x			x			x		x

Obs.: O **5S** é uma ferramenta de gestão originária do Japão, focada na organização, produtividade e qualidade no ambiente de trabalho. Seu nome deriva de cinco princípios, todos iniciados com a letra "S" em japonês: 1) **Seiri (Senso de Utilização)** – Separar o essencial do desnecessário, eliminando excessos e otimizando recursos 2) **Seiton (Senso de Organização)** – Organizar itens de forma lógica e acessível, facilitando a localização e o uso. 3) **Seiso (Senso de Limpeza)** – Manter o ambiente limpo e funcional, promovendo a inspeção contínua e a prevenção de falhas; 4) **Seiketsu (Senso de Padronização)** – Estabelecer normas claras para sustentar os três primeiros "S", garantindo consistência; e 5) **Shitsuke (Senso de Disciplina)** – Cultivar hábitos de melhoria contínua, com comprometimento individual e coletivo.

Para garantir o cumprimento das metas pactuadas e o acompanhamento progressivo das ações estruturantes da UPA Neópolis, foi elaborado um calendário

detalhado de execução e monitoramento, distribuído ao longo dos anos de 2025 e 2026. Esse instrumento orientador permitirá o alinhamento entre as atividades operacionais, as avaliações periódicas de desempenho e os momentos de prestação de contas à Secretaria de Estado da Saúde. O cronograma também foi desenhado para assegurar a articulação entre os eixos clínico-assistenciais, tecnológicos e de infraestrutura física, possibilitando a condução das melhorias de forma integrada, transparente e gradual.

Critérios para Acompanhamento da Evolução Estrutural da Unidade

Para garantir que a transição para o novo modelo gerencial da UPA Neópolis ocorra de maneira eficaz, transparente e orientada por evidências, o INASP propõe um conjunto de indicadores específicos voltados ao monitoramento da adaptação organizacional e à promoção de uma cultura institucional participativa. Esses indicadores permitirão não apenas acompanhar os avanços na implementação das estratégias, mas também corrigir rotas e aprofundar ações conforme as necessidades emergentes da equipe e dos usuários.

Entre os principais indicadores propostos, destacam-se: o percentual de trabalhadores que participaram das capacitações ofertadas, o nível de satisfação das equipes, medido por questionários padronizados, a taxa de rotatividade de pessoal após a implantação do novo modelo, a quantidade de sugestões encaminhadas pelos trabalhadores, a frequência e o engajamento nas rodas de escuta organizadas regularmente, bem como o tempo médio de resposta da gestão às demandas levantadas pelos profissionais.

Quadro 2 – Etapas do Diagnóstico Situacional da UPA Neópolis

Etapa	Descrição
Mapeamento de Processos Assistenciais e Administrativos	Análise detalhada dos fluxos operacionais que compõem o cotidiano da unidade, incluindo rotinas de atendimento, gestão de insumos, regulação interna e processos de enfermagem. O objetivo é identificar gargalos, duplicidades e oportunidades de padronização.
Levantamento da Experiência do Usuário	Aplicação de instrumentos de escuta ativa com usuários e familiares, por meio de questionários presenciais e digitais, com foco na percepção sobre acolhimento, comunicação, ambiente físico e efetividade do cuidado prestado.

Inspeções de Qualidade e Segurança do Paciente	Condução de auditorias internas regulares em setores estratégicos da unidade, avaliando conformidade com protocolos assistenciais, controle de riscos, condições ambientais e adesão às normas da vigilância sanitária e da ONA Nível 1.

A mensuração desses indicadores será viabilizada por um conjunto de ferramentas integradas de apoio à gestão. O Comitê de Humanização atuará como instância permanente de escuta, mediação e proposição de melhorias, com participação ativa de representantes dos diversos setores da unidade. Serão elaborados relatórios trimestrais de acompanhamento dos resultados, consolidando dados qualitativos e quantitativos, que servirão de base para a tomada de decisão. Além disso, serão implantados painéis visuais de indicadores nas unidades, garantindo transparência, envolvimento da equipe e democratização do acesso às informações. Uma plataforma digital específica será desenvolvida para coleta contínua de feedback dos profissionais e usuários, promovendo a responsividade da gestão e a correção oportuna de eventuais desvios.

A consolidação desse sistema de monitoramento e participação ativa contribuirá para que a mudança seja realizada de forma sustentável, ampliando os benefícios para os trabalhadores da saúde, os usuários e a própria gestão do SUS no Estado de Sergipe. A chave para o sucesso dessa implantação está na coerência entre os princípios da Política Nacional de Humanização e a prática cotidiana da gestão, valorizando os sujeitos envolvidos, qualificando os processos e promovendo uma cultura institucional centrada no cuidado, na ética e na corresponsabilidade coletiva.

Este plano representa o compromisso institucional do INASP com uma gestão pública ética, participativa e centrada no cuidado. A transição para um modelo gerencial humanizado não é apenas um imperativo técnico, mas também um projeto político de fortalecimento do SUS como política pública de cidadania, acolhimento e justiça social.

2.1.3 OS MODELOS E CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE A SEREM IMPLANTADOS

A busca pela excelência no atendimento e na gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis exige a adoção de modelos e certificações de

qualidade que assegurem a padronização dos processos, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos serviços prestados. Comprometido com esse desafio, o Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP) propõe a implantação estruturada de referenciais reconhecidos nacional e internacionalmente, adaptados às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e à realidade local da unidade. Essa implantação será precedida por um diagnóstico situacional criterioso, com análise dos fluxos operacionais, auditorias internas de segurança, escuta ativa dos profissionais e aplicação de pesquisas de satisfação junto a usuários e familiares. A partir desses insumos, serão definidas as estratégias de qualidade com maior potencial de impacto sobre os processos assistenciais e administrativos da unidade.

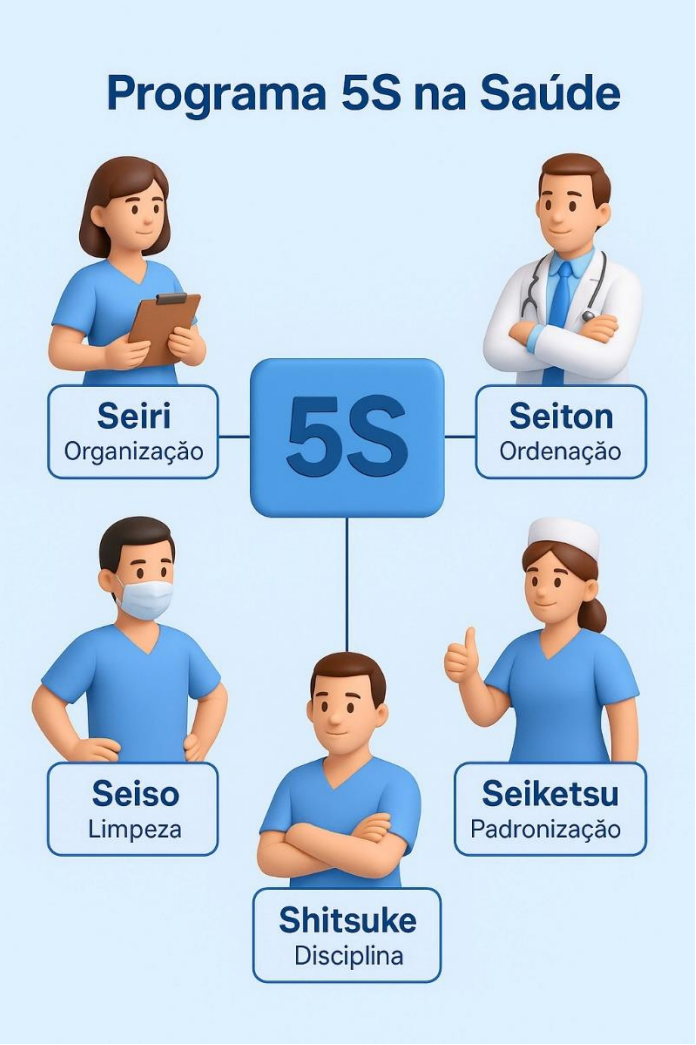
Entre os modelos considerados prioritários para a certificação institucional está a **Acreditação ONA – Nível 1 (Organização Nacional de Acreditação)**, que estabelece requisitos fundamentais de segurança e gestão integrada dos processos assistenciais. A proposta contempla, ainda, a adesão a protocolos clínico-assistenciais baseados em evidências, a consolidação de um Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) e a implantação de ferramentas de gestão por indicadores, com metas pactuadas, revisadas periodicamente, e acompanhadas por equipe multiprofissional.

Essas certificações não devem ser compreendidas como fim em si mesmas, mas como instrumentos estruturantes para o aperfeiçoamento institucional contínuo. Elas permitem identificar falhas sistêmicas, mapear riscos, promover a cultura da segurança, reconhecer boas práticas e consolidar uma lógica organizacional orientada à aprendizagem permanente. Ao se comprometer com esses referenciais, a UPA de Neópolis fortalece sua posição como equipamento estratégico da Rede de Urgência e Emergência (RAUE), elevando o padrão de atendimento e qualificando a experiência do usuário no cuidado em saúde.

Identificar falhas de segurança e oportunidades de melhoria

A busca pela excelência no atendimento e na gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis exige a adoção de modelos e certificações de qualidade que assegurem a padronização dos processos, a segurança do paciente e

a melhoria contínua dos serviços prestados. Comprometido com esse desafio, o Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP) propõe a implantação estruturada de referenciais reconhecidos nacional e internacionalmente, adaptados às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e à realidade local da unidade. Essa implantação será precedida por um diagnóstico situacional criterioso, com análise dos fluxos operacionais, auditorias internas de segurança, escuta ativa dos profissionais e aplicação de pesquisas de satisfação junto a usuários e familiares. A partir desses insumos, serão definidas as estratégias de qualidade com maior potencial de impacto sobre os processos assistenciais e administrativos da unidade.



A consolidação de um ambiente organizacional saudável, eficiente e seguro requer mais do que estrutura física adequada e profissionais qualificados. Pressupõe

a existência de uma cultura institucional orientada à disciplina coletiva, à racionalidade no uso de recursos e à valorização dos espaços como extensões do cuidado. Nesse contexto, a **metodologia 5S** se apresenta como um dos pilares estratégicos para a construção de práticas sustentáveis e de alta performance no âmbito da gestão da saúde.

O 5S é uma metodologia de origem **japonesa**, concebida no período pós-Segunda Guerra Mundial, dentro do processo de reconstrução econômica do Japão e da reformulação dos modelos de produção industrial. Desenvolvida inicialmente por **Kaoru Ishikawa**, engenheiro e teórico da qualidade, a proposta se integra ao movimento de **Qualidade Total (Total Quality Management – TQM)**, fundamentado na eliminação de desperdícios, padronização de processos e engajamento coletivo. Ao longo das décadas, o método extrapolou os limites da indústria e passou a ser adotado em escolas, escritórios, repartições públicas e, com especial destaque, em **instituições de saúde**, onde a padronização e a segurança dos ambientes são elementos críticos para a qualidade da assistência.

O termo "5S" refere-se às iniciais de cinco palavras japonesas que representam princípios organizacionais interdependentes. A seguir, apresenta-se um quadro com a tradução, o conceito e os objetivos de cada um desses princípios:

Palavra Japonesa	Tradução	Conceito Operacional	Objetivo Prático
Seiri	Senso de Utilização	Separar o necessário do desnecessário no ambiente de trabalho	Reduzir estoques, eliminar excessos e liberar espaço
Seiton	Senso de Ordenação	Organizar os materiais necessários de forma lógica e acessível	Facilitar o acesso, evitar perda de tempo e reduzir erros
Seiso	Senso de Limpeza	Limpar o ambiente e manter a higienização como hábito contínuo	Prevenir infecções, aumentar o bem-estar e preservar equipamentos
Seiketsu	Senso de Padronização	Sistematizar as práticas anteriores com regras visuais e rotinas	Garantir a manutenção dos padrões estabelecidos
Shitsuke	Senso de Disciplina	Cultivar a autodisciplina e o comprometimento com os padrões	Sustentar a melhoria contínua e fortalecer a cultura organizacional

A aplicação do 5S nas **unidades de saúde** possui efeitos comprovados na redução de desperdícios, melhoria na segurança do paciente, maior controle de

infecções e aumento da produtividade das equipes. Um estudo realizado pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por exemplo, demonstrou que a adoção do 5S resultou em **redução de até 40% no tempo de busca por insumos**, além da melhora no ambiente de trabalho e satisfação dos profissionais envolvidos (SANTOS; SILVA; MOREIRA, 2016).

Na UPA de Neópolis, a adoção da Metodologia 5S será implementada como **estratégia fundacional**, antecedendo e preparando o terreno para a institucionalização de protocolos de segurança, rotinas assistenciais e indicadores de desempenho. O objetivo é promover uma **mudança de cultura**, em que a organização dos espaços não seja vista como tarefa pontual, mas como expressão diária do compromisso com a excelência e com a vida dos usuários atendidos.

A implantação seguirá uma metodologia participativa, com **diagnóstico inicial**, sensibilização das equipes, **formação de multiplicadores**, criação de **rotinas de monitoramento** e **auditorias internas periódicas**. Os ambientes físicos, como salas de atendimento, farmácia, almoxarifado, setor de triagem e áreas administrativas, serão reorganizados com base nos cinco sensos. A padronização visual por meio de etiquetas, cores, fluxos e mapas de localização será integrada ao sistema de prontuário e regulação, garantindo rastreabilidade, clareza e eficiência.

Além disso, o método será reforçado por **ações educativas continuadas**, utilizando estratégias como oficinas práticas, desafios setoriais, painéis de indicadores e premiações simbólicas, buscando o engajamento espontâneo das equipes. A ideia é transformar o 5S não em uma meta a ser atingida, mas em um valor a ser vivenciado no cotidiano, influenciando positivamente o cuidado, a ética do trabalho e a satisfação dos usuários.

Como desdobramento do 5S, será implantado o **Protocolo de Segurança do Paciente**, conforme determina a **Resolução RDC nº 36/2013 da Anvisa**, que institui a obrigatoriedade de programas de segurança em serviços de saúde. A proposta prevê a criação do **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**, responsável por coordenar ações de prevenção de incidentes, qualificação da equipe, disseminação da cultura de segurança e integração com os processos assistenciais.

A notificação de incidentes será incentivada por meio de um modelo educativo e não punitivo, permitindo o mapeamento de riscos e a retroalimentação dos fluxos

institucionais. Capacitações regulares, manuais operacionais, rotinas padronizadas e revisão periódica dos protocolos clínicos integrarão a estratégia do NSP, garantindo coerência entre os princípios do 5S e os eixos da segurança do paciente: **identificação correta, comunicação eficaz, prevenção de quedas, cirurgia segura, higienização das mãos e uso seguro de medicamentos**.

Assim, a **adoção da metodologia 5S associada à política de segurança do paciente** representa um investimento não apenas em infraestrutura ou produtividade, mas sobretudo na **qualidade da atenção e na dignidade do cuidado**, reafirmando o compromisso da UPA de Neópolis com os princípios fundadores do SUS: **universalidade, integralidade, equidade e participação social**.

Outra frente essencial será a incorporação dos Indicadores de Qualidade e Desempenho da Atenção Especializada, definidos pelo Ministério da Saúde, permitindo o acompanhamento sistemático de parâmetros como tempo médio de espera, índice de resolutividade, taxa de retratamento, grau de satisfação do usuário e efetividade das intervenções clínicas. Esses indicadores serão analisados periodicamente por comissões técnicas do INASP e utilizados para subsidiar decisões estratégicas, correções de rotas e transparência institucional. Em médio prazo, a meta é alcançar a Certificação de Boas Práticas em Serviços de Saúde (CBPSS), conferida por entidades acreditadoras reconhecidas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A obtenção do nível 1 da Acreditação – Acreditado – será uma demonstração concreta do compromisso da UPA Neópolis com a segurança do paciente, a gestão por processos e a cultura da qualidade.

Complementarmente, será instituído um sistema de Avaliação Contínua da Satisfação dos Usuários, com aplicação de questionários presenciais e digitais, bem como a criação de canais permanentes de escuta, como urnas de sugestões e plataformas digitais de *feedback*. Essa escuta estruturada permitirá a identificação de fragilidades, o aprimoramento dos fluxos assistenciais e a melhoria da experiência dos cidadãos que buscam atendimento na unidade. Como ferramenta de gestão, será adotado um modelo de governança baseado na Gestão por Processos, com a elaboração de fluxogramas operacionais, manuais de rotinas e protocolos clínicos integrados. Essa estratégia busca assegurar a uniformidade das condutas

profissionais, a coerência dos procedimentos e o fortalecimento da governança clínica.

A integração progressiva desses modelos e certificações à rotina da UPA Neópolis promoverá a qualificação técnica e institucional da unidade, proporcionando maior confiabilidade nos serviços ofertados, valorização das equipes multiprofissionais, fortalecimento da cultura organizacional e ampliação da credibilidade institucional junto à população usuária e aos órgãos de controle. A consolidação de uma gestão pautada pela qualidade, pela segurança e pela escuta ativa será, portanto, um diferencial estratégico que qualificará o papel da UPA Neópolis no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Sergipe.

O Anexo 1 apresenta o **Formulário de Notificação de Evento Adverso / Incidente Crítico da UPA Neópolis (anexo 1, p. 491)**, instrumento essencial para o fortalecimento da segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade assistencial. Este formulário foi elaborado com base nas diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituída pela Portaria MS n.º 529/2013, e visa padronizar o registro de ocorrências que comprometam, ou tenham o potencial de comprometer, a integridade física, emocional ou funcional dos usuários durante o atendimento. A notificação deve ser preenchida por qualquer profissional envolvido ou que tenha conhecimento do evento, permitindo a análise sistemática das causas, a elaboração de planos corretivos e a prevenção de reincidências. Ao promover a cultura do relato, o formulário contribui para a transparência, a responsabilização institucional e a qualificação dos processos assistenciais na unidade.

Excelência Operacional na UPA Neópolis: Estratégias Integradas de Qualidade

Na busca pela excelência assistencial, a UPA Neópolis adota um modelo híbrido de gestão da qualidade, combinando metodologias consagradas internacionalmente com adaptações às especificidades do atendimento pediátrico e de urgência. Este sistema multifacetado estrutura-se em três pilares complementares:



Metodologias Estruturadas para Processos Clínicos

A proposta de gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis adota a Acreditação ONA Nível 1 como diretriz estratégica fundamental para a qualificação dos processos clínico-assistenciais. Esta escolha se ancora no compromisso com a segurança do paciente, a padronização dos fluxos de atendimento e o alinhamento rigoroso às normativas nacionais preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A ONA Nível 1 foca prioritariamente na segurança do paciente e na organização dos processos assistenciais, sendo a base para a estruturação de rotinas clínicas bem definidas, auditáveis e integradas aos sistemas de informação da unidade. Esta certificação será utilizada como eixo norteador para a implementação e o monitoramento contínuo de protocolos críticos como:

- A identificação segura e inequívoca do paciente, desde a admissão até a alta, reduzindo riscos de erros de medicação e procedimentos incorretos;
- A prevenção de quedas, com fluxos de triagem, classificação de risco e acompanhamento específico para pacientes vulneráveis;

- A gestão segura de medicamentos de alto risco, com controle rigoroso de armazenamento, prescrição, dispensação e administração, conforme diretrizes técnicas atualizadas.

A estruturação orientada pela ONA permite ainda fortalecer a cultura organizacional voltada para a qualidade e a melhoria contínua, com envolvimento das equipes multiprofissionais e foco na responsabilização coletiva pelos desfechos assistenciais.

Com essa abordagem, assegura-se não apenas a conformidade com os marcos regulatórios nacionais, mas também a construção de um modelo assistencial sustentável, ético e centrado no cuidado resolutivo e seguro ao cidadão.

Implementação gradual e contextualizada

A operacionalização do modelo gerencial proposto para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis será realizada de forma gradativa, respeitando os contextos epidemiológico, socioeconômico e organizacional do território. O cronograma de implantação compreende o biênio 2025-2026 e está alicerçado nos princípios e diretrizes do SUS, em especial na diretriz da integralidade do cuidado, na humanização dos serviços e na racionalização dos recursos por meio da gestão por resultados. O modelo privilegia a certificação ONA Nível 1 como eixo norteador da estruturação dos processos assistenciais, com ênfase na segurança do paciente, no controle de riscos e na padronização de rotinas clínicas.

A primeira fase da implementação será marcada pelo fortalecimento do engajamento institucional, com a criação de espaços permanentes de escuta e corresponsabilização das equipes multiprofissionais. Essa estratégia está alinhada à Política Nacional de Humanização (PNH), que reconhece a valorização dos trabalhadores da saúde como condição para qualificar a atenção. A liderança clínica será estimulada por meio de pactuações mensais, coordenadas pelos médicos responsáveis técnicos, com foco na análise de indicadores de desempenho e na co-construção de soluções operacionais. Paralelamente, será implantado o programa de formação continuada “Qualidade em Ação”, voltado ao desenvolvimento de competências assistenciais e gerenciais. Esse programa incluirá simulações

trimestrais de atendimento em situações de urgência e emergência, oficinas práticas sobre incidentes assistenciais frequentes em unidades de pronto atendimento e capacitações periódicas sobre segurança do paciente, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

No campo da avaliação, será implantado um sistema de monitoramento baseado em indicadores-chave de desempenho (KPIs), definidos a partir das diretrizes da Portaria nº 1.654/2011 e da metodologia ONA. Os indicadores foram escolhidos para atender às especificidades da atenção em urgência pediátrica, priorizando parâmetros de tempo-resposta, qualidade da triagem e eficácia clínica. Serão acompanhados, por exemplo, o tempo médio para a primeira avaliação médica dos pacientes classificados com risco elevado (com meta de atendimento inferior a 15 minutos), a taxa de reconhecimento precoce de quadros de sepse e os índices de readmissão em até 72 horas após a alta, cuja redução é um dos objetivos centrais da proposta. Também será monitorado o grau de satisfação dos usuários e seus familiares, por meio de pesquisa aplicada no momento da alta, com expectativa de alcançar níveis superiores a 90% em relação ao acolhimento, à comunicação e à resolutividade da assistência prestada.

A sustentação tecnológica do modelo é considerada um eixo estratégico para a qualificação da assistência. O prontuário eletrônico será adaptado às demandas do atendimento pediátrico e configurado com mecanismos de alerta automático para situações críticas, como dosagens incompatíveis com peso e idade, histórico de alergias e esquemas vacinais incompletos. Essa ferramenta permitirá a construção de um ambiente mais seguro e responsivo, compatível com os critérios da ONA Nível 1. Além disso, será implantado um sistema informatizado de gestão de fluxo assistencial, integrando a ocupação de leitos, a utilização de equipamentos e a escala de profissionais, garantindo o uso racional e transparente dos recursos.

A cultura da melhoria contínua será promovida por meio de práticas de monitoramento ativo e de resposta rápida. Estão previstas auditorias semanais nos setores críticos, conduzidas pela Comissão de Qualidade, bem como a análise sistemática dos chamados eventos sentinela, com o objetivo de identificar não conformidades e prevenir reincidências. O modelo inclui ainda a coleta diária de dados

de experiência do usuário, por meio de plataformas digitais instaladas nas áreas de saída da unidade, garantindo um retorno imediato para a gestão.

Para além do monitoramento, o modelo prevê mecanismos ágeis de correção e inovação institucional. Será estruturado um Núcleo de Resposta Rápida, com composição multiprofissional e capacidade de intervenção em três frentes principais: correções operacionais imediatas, realização de treinamentos pontuais em situações de falha técnica e redesenho de fluxos assistenciais sempre que a análise sistêmica indicar necessidade. Essa abordagem reforça o princípio da resolubilidade, conforme previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, e dialoga com o compromisso ético de aprimoramento contínuo dos serviços públicos de saúde.

Por fim, será criado o Fórum Mensal de Inovação Clínica, espaço democrático de construção coletiva, em que todos os profissionais poderão apresentar propostas de melhoria. As sugestões acolhidas pela gestão serão avaliadas tecnicamente em até quinze dias, testadas em formato piloto no prazo de um mês e, sendo eficazes, implementadas de forma escalonada na unidade. Essa estratégia visa fortalecer a participação ativa dos trabalhadores na gestão do serviço, valorizando o conhecimento produzido na prática cotidiana, conforme preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Cultura da Transparência e Aprendizado Institucional

A consolidação de uma cultura organizacional baseada na transparência é um dos pilares estruturantes da proposta de gestão da UPA de Neópolis. Em consonância com os princípios do SUS, especialmente os da universalidade, da integralidade e do controle social, entende-se que a prestação de contas contínua à população e aos órgãos reguladores é não apenas uma exigência ética, mas também uma estratégia eficaz para qualificar a assistência e fortalecer a confiança institucional. A gestão propõe, assim, um modelo baseado na divulgação periódica de resultados, na valorização da notificação voluntária de falhas e na institucionalização do aprendizado coletivo a partir dos erros.

Nesse sentido, será implantado um sistema sistemático de relatórios públicos trimestrais, com ampla transparência sobre o desempenho da unidade. Esses

relatórios conterão informações objetivas sobre metas alcançadas e não alcançadas, acompanhadas de planos de ação corretivos detalhados, elaborados em conjunto com os responsáveis pelos setores envolvidos. Além disso, serão apresentados os principais eventos adversos ocorridos no período, com ênfase não em punições, mas na identificação das lições aprendidas e nas medidas preventivas implementadas. Essa estratégia busca romper com a lógica punitiva tradicional e fomentar uma cultura institucional de segurança, em consonância com as diretrizes da Portaria GM/MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Como reforço a essa política de segurança e participação, será ativado o programa interno denominado "Eu Vi Erro", destinado a estimular a notificação espontânea de falhas ou riscos por parte dos profissionais de saúde. A proposta reconhece que o silêncio diante do erro é um dos principais obstáculos à melhoria contínua e à prevenção de danos, sobretudo em ambientes de alta complexidade como as unidades de urgência e emergência. Por isso, as notificações voluntárias, anônimas ou identificadas, serão valorizadas, analisadas por comissões técnicas e, quando pertinentes, premiadas simbolicamente, como reconhecimento ao compromisso com a qualidade e a ética profissional. Trata-se de uma ação alinhada às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que preconizam ambientes seguros para a denúncia e gestão dos riscos assistenciais.

A proposta de Neópolis também se diferencia pelo uso de metodologias estruturadas de análise de causas e efeitos. Um dos instrumentos que já se encontra em uso é o Diagrama de Ishikawa, adaptado à realidade da sala de emergência pediátrica da unidade, com foco na investigação dos fatores associados a óbitos evitáveis. A sistematização dos dados levantados permitiu identificar elementos críticos em diversas dimensões: infraestrutura, fluxos operacionais, recursos humanos e governança clínica. Na dimensão técnica, por exemplo, detectou-se a necessidade de rotatividade entre os profissionais mais expostos a eventos adversos, além da ampliação do parque tecnológico com aquisição de bombas de infusão e sistemas de alarme automatizado. Em relação ao método de trabalho, foram propostos mecanismos de rastreamento mais rigorosos para montagem de equipamentos,

revisão documental com apoio do setor jurídico e reorganização ambiental segundo os princípios do 5S, visando ao controle de ruído, temperatura e luminosidade.

A análise também evidenciou lacunas na padronização dos procedimentos assistenciais. Nesse aspecto, a equipe de Qualidade elaborará Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para as principais patologias atendidas na emergência, além de implementar a coleta e análise sistemática dos indicadores de mortalidade. A dimensão material, por sua vez, apontou a necessidade de aprimorar o controle e a organização dos equipamentos disponíveis, incluindo a implantação de um sistema de gestão tecnológica em parceria com a engenharia clínica. Esses achados foram integrados em um plano de ação que envolve não apenas os setores assistenciais, mas também áreas de apoio técnico e administrativo, reafirmando o caráter transversal e intersetorial da política de segurança.

Esse modelo de gestão, construído especificamente para a realidade da UPA de Neópolis, representa um equilíbrio entre rigor metodológico e flexibilidade operacional, qualidades indispensáveis para a sustentabilidade de padrões de excelência em contextos de alta demanda, como os serviços de urgência pediátrica. A integração entre tecnologia, ferramentas de qualidade, engajamento profissional e participação social constitui o diferencial competitivo da proposta. Além disso, ao institucionalizar o monitoramento contínuo das causas de eventos adversos e a revisão periódica das estratégias adotadas, conforme indicadores clínicos e operacionais, a gestão assegura a capacidade de resposta rápida a desafios emergentes e a construção de uma trajetória de cuidado cada vez mais segura, eficaz e humanizada, conforme preconizado nas políticas públicas de saúde.

Tabela: Análise de Causa e Efeito – Diagrama de Ishikawa (Óbitos na Sala de Emergência)

Categoria	Responsável	Ações Propostas
Máquina	RH / Gestão de Enfermagem	Realizar rotatividade dos colaboradores envolvidos nas principais ocorrências.
	Gestão de Enfermagem	Solicitar capacitação para o receituário especializado nos protocolos de maior prevalência.

	Gestão de Enfermagem Clínica	Solicitar aquisição de novos equipamentos (ex.: bomba de infusão) para sala de emergência.
Método	Gestão de Enfermagem	Elaborar mecanismos de controle para rastreamento e montagem dos equipamentos assistenciais.
	Departamento Jurídico	Avaliar e validar documentos internos.
Ambiente	Gestão de Enfermagem	- Identificar e reorganizar a disposição dos corpos- Reduzir o número de pacientes por leito- Implantar protocolos de controle de ruído, luminosidade e temperatura. - Implantar 5S na sala de emergência.
	Gestão de Enfermagem Clínica	Revitalizar o local e padronizar os dados clínicos assistenciais.
Medida	Qualidade	Elaborar POP com as principais patologias atendidas na sala de emergência.
	Gestão de Enfermagem / Qualidade	Elaborar a coleta e análise dos indicadores de óbitos.
Material	Gestão de Enfermagem / Engenharia Clínica	- Avaliar e organizar os equipamentos disponíveis na sala de emergência. - Implantar sistema de gestão para controle diário do parque tecnológico (com apoio da engenharia clínica).

A sistematização das causas identificadas por categoria evidencia a necessidade de uma abordagem integrada, envolvendo setores assistenciais, administrativos e de suporte técnico. A adoção das ações propostas nesta análise permitirá não apenas a redução de eventos adversos com óbitos na sala de emergência, mas também a melhoria contínua da qualidade do cuidado, da segurança do paciente e da efetividade da gestão. Recomenda-se que essas medidas sejam acompanhadas por um plano de monitoramento contínuo e revisadas periodicamente com base em indicadores específicos de desempenho e desfecho clínico.

O **Modelo de Aprendizagem Contínua para Excelência Operacional**, concebido como uma estratégia estruturante para o aprimoramento dos processos assistenciais, administrativos e gerenciais da UPA Neópolis. Fundamentado em

princípios da gestão do conhecimento e da melhoria contínua, este modelo visa promover a incorporação sistemática de boas práticas, o desenvolvimento de competências institucionais e a consolidação de uma cultura organizacional orientada para resultados. Por meio de ciclos regulares de avaliação, capacitação, implementação e monitoramento, o modelo propõe um fluxo permanente de aprendizado coletivo, alinhado às diretrizes do SUS e aos parâmetros de qualidade exigidos por organismos certificadores, como a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Dessa forma, o Anexo 3 configura-se como ferramenta essencial para sustentar a excelência operacional da unidade, com foco na segurança do paciente, eficiência nos serviços e valorização dos profissionais.

MODELO DE APRENDIZAGEM CONTÍNUA PARA EXCELÊNCIA OPERACIONAL

A gestão da UPA Neópolis será orientada por um Modelo de Aprendizagem Contínua, estruturado para consolidar uma cultura organizacional voltada para a qualidade assistencial, segurança do usuário e eficácia operacional, em consonância com os princípios do SUS e com os compromissos assumidos no Contrato de Gestão 2025–2028.

Esse modelo se fundamenta na transformação de experiências práticas, avaliações internas e eventos críticos em subsídios estratégicos para o aperfeiçoamento constante das rotinas, protocolos e processos de cuidado. Mais do que um ciclo fechado, trata-se de um sistema adaptativo e participativo, que mobiliza inteligência coletiva, tecnologias de informação e instâncias de governança clínica para alcançar a excelência no atendimento à população.

Alinhamento estratégico e justificativa do modelo

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis vivencia desafios que são recorrentes em serviços de saúde de média complexidade, especialmente no que diz respeito à organização dos processos assistenciais e à integração entre setores. Entre os principais pontos críticos identificados, destacam-se a dificuldade em manter a uniformidade dos fluxos de atendimento entre os diferentes turnos, o que compromete

a continuidade e a previsibilidade das ações clínicas; a subnotificação de eventos adversos, que limita a capacidade de análise de riscos e impede uma tomada de decisão realmente fundamentada em evidências; e a ausência de articulação efetiva entre a leitura dos dados clínicos produzidos no cotidiano e a formulação de intervenções gerenciais que possam reverter cenários de ineficiência ou vulnerabilidade. Tais obstáculos não devem ser enfrentados por medidas isoladas ou reativas, mas sim por uma estratégia abrangente que incorpore a lógica da melhoria contínua como eixo estruturante da gestão. Nesse sentido, propõe-se a adoção de um modelo de aprendizagem organizacional permanente, que transforma cada erro, cada acerto e cada vivência profissional em insumo valioso para a qualificação progressiva do cuidado. Trata-se de um sistema sistêmico e participativo, no qual o saber construído na prática alimenta um ciclo dinâmico de monitoramento, análise crítica, intervenção e institucionalização de boas práticas. Ao invés de tratar as ocorrências como episódios desconectados, o modelo reconhece nelas oportunidades concretas de revisão de protocolos, reorganização de fluxos, requalificação da equipe e fortalecimento da governança clínica. Assim, a UPA Neópolis avança no sentido de consolidar uma cultura organizacional voltada para a segurança do usuário, a resolutividade dos atendimentos e a eficiência operacional, alinhando-se às diretrizes do Sistema Único de Saúde e aos compromissos assumidos no Contrato de Gestão vigente.

A implantação do modelo de gestão da UPA Neópolis está ancorada em um ciclo contínuo de aprendizagem organizacional, que transforma dados assistenciais, experiências cotidianas e incidentes críticos em subsídios estratégicos para o aperfeiçoamento institucional. Trata-se de uma proposta estruturada em quatro etapas interdependentes, cujo objetivo é garantir que a tomada de decisão se fundamente em evidências, que as intervenções sejam testadas antes da expansão e que as boas práticas se tornem padrão organizacional. O quadro a seguir sintetiza essa arquitetura de aprendizagem, com suas ferramentas, métodos e finalidades.

Quadro Ciclo de Aprendizagem Organizacional Integrado (UPA Neópolis)

Etapa	Instrumentos e Estratégias	Finalidade da Etapa

1. Coleta Inteligente de Dados	- Painel de Business Intelligence com atualização em tempo real (integrado ao SIGA-UPA) - Análise automatizada de prontuários eletrônicos para extração de padrões clínicos	Transformar dados dispersos em conhecimento útil para decisões estratégicas e gestão orientada por evidências.
2. Leitura Crítica de Riscos	- Aplicação do Diagrama de Causa e Efeito (Ishikawa) - Análise de Pareto para categorização de não conformidades clínicas e operacionais	Promover reflexão institucional qualificada a partir de incidentes críticos, identificando falhas estruturais recorrentes.
3. Intervenção com Validação Dirigida	- Testagem de novos protocolos em setores-chave - Implantação de projetos-piloto com avaliação controlada de impacto	Garantir que as mudanças implantadas sejam previamente validadas e sustentadas por resultados concretos.
4. Institucionalização de Boas Práticas	- Inclusão de metas de qualidade no Plano de Cargos e Salários (PCS) - Integração ao sistema de acreditação (ex.: ONA) e aos núcleos internos de qualidade	Consolidar as melhorias em práticas permanentes, auditáveis e replicáveis em toda a unidade.

Esse modelo cíclico não apenas permite reações imediatas a ocorrências indesejáveis, como também fortalece a capacidade institucional de antecipar riscos, consolidar práticas exitosas e assegurar a coerência entre planejamento, execução e avaliação. Ao articular tecnologia, análise crítica e gestão participativa, a UPA Neópolis dá um passo decisivo na construção de uma cultura de excelência e inovação em saúde pública.

Para que o ciclo de aprendizagem se torne efetivo, é essencial que ele esteja sustentado por uma estrutura de governança sólida, transparente e funcional. A gestão da UPA Neópolis propõe a criação de instâncias específicas com funções bem delimitadas, capazes de operacionalizar as decisões estratégicas e garantir o acompanhamento contínuo dos processos de melhoria. A tabela abaixo apresenta a configuração dessas instâncias e suas respectivas competências.

Quadro - Governança Operacional do Modelo de Melhoria Contínua

Instância	Composição	Responsabilidades
Comitê Gestor da Qualidade e Inovação	Direção técnica, coordenação de enfermagem, ouvidoria, equipe de qualidade	- Acompanhar os indicadores do ciclo de aprendizagem - Aprovar ações corretivas/preventivas - Realocar recursos estratégicos

Núcleo Técnico de Análise e Intervenção	Subgrupos especializados: - Núcleo de Segurança do Paciente (clínicos + TI) - Núcleo de Implementação e Avaliação (enfermagem + CCIH + qualidade)	- Analisar criticamente os dados coletados - Estruturar e testar intervenções - Monitorar os impactos institucionais

A descentralização com responsabilização compartilhada fortalece a governança clínica e assegura que as decisões tomadas sejam técnica e eticamente fundamentadas. O envolvimento direto das equipes assistenciais e técnicas nas instâncias de análise e planejamento garante maior aderência às mudanças e promove uma cultura organizacional voltada para a corresponsabilidade e a resolutividade.

Além de propor estruturas e processos, o modelo de aprendizagem contínua assume compromissos gerenciais explícitos com os resultados esperados. Esses resultados não se limitam a indicadores numéricos, mas envolvem transformações qualitativas nos modos de cuidar, gerir e avaliar. O quadro a seguir sintetiza os principais impactos esperados com a consolidação da proposta na rotina da UPA Neópolis.

Quadro – Compromissos Gerenciais e Resultados Institucionais Esperados

Dimensão	Resultados Esperados com a Implantação do Modelo
Eficiência Clínica e Operacional	Maior resolutividade nas ações assistenciais e nos fluxos internos, com redução de falhas e de retrabalho.
Segurança e Qualidade	Diminuição progressiva de riscos evitáveis por meio da análise de causas sistêmicas e intervenções planejadas.
Transparência e Gestão Participativa	Consolidação de práticas de escuta qualificada, prestação de contas institucional e valorização da cultura de melhoria contínua.

Dessa forma, o modelo de gestão proposto para a UPA Neópolis não apenas aprimora os resultados assistenciais, mas reposiciona a unidade como um espaço de formação contínua, responsabilidade coletiva e compromisso com a saúde pública de qualidade. O foco em melhoria contínua, com base em evidências e corresponsabilidade institucional, representa um avanço concreto na direção da excelência no SUS.

Estratégia de Implementação e Projeção de Impactos Institucionais

A adoção do modelo de aprendizagem contínua na UPA Neópolis será operacionalizada por meio de um plano escalonado de implementação, articulado com os processos assistenciais, a cultura organizacional e os mecanismos de avaliação da qualidade. A proposta prevê uma sequência de fases estruturadas, com metas qualitativas e marcos operacionais, acompanhadas por dispositivos de mitigação de riscos e avaliação do retorno institucional da intervenção.

Cronograma de Execução por Etapas

Período (2025)	Etapas Principais	Resultados Esperados
1º Trimestre	Integração do SIGA-UPA e capacitação das equipes operacionais	Automação inicial de indicadores estratégicos e engajamento institucional
2º Trimestre	Pilotagem de novos protocolos clínicos em áreas críticas	Redução de eventos adversos com impacto direto na assistência
3º Trimestre	Avaliação externa por equipe de benchmarking	Consolidação de práticas prévias à certificação institucional
4º Trimestre	Expansão do modelo para toda a unidade	Equipes capacitadas, processos padronizados e modelo institucionalizado

Riscos Identificados e Estratégias de Mitigação

Entre os riscos identificados para a implantação do modelo de aprendizagem contínua na UPA Neópolis, destaca-se a possível resistência à mudança organizacional, especialmente em contextos marcados por rotinas consolidadas e culturas institucionais mais rígidas. Para mitigar esse risco, será implementado o programa “Embaixadores da Qualidade”, voltado à valorização de lideranças internas e à formação de agentes multiplicadores, capazes de estimular a adesão participativa das equipes e fomentar o engajamento coletivo nas ações de melhoria. Outro desafio previsto refere-se à sobrecarga de trabalho dos profissionais já atuantes na unidade, o que pode comprometer a execução adequada das etapas do plano. Como medida preventiva, será alocada uma pessoa exclusivamente dedicada à coordenação da

implantação, com a função de apoiar tecnicamente as lideranças setoriais, monitorar o cumprimento do cronograma e assegurar a fluidez entre os diferentes núcleos envolvidos.

Indicadores de Resultado e Avaliação de Impacto

A avaliação dos resultados será realizada com base em indicadores de processo, qualidade e impacto, acompanhados por painéis de gestão e instrumentos de escuta ativa. O objetivo é garantir que os efeitos positivos da implantação possam ser monitorados, comparados e ampliados.

Indicador Estratégico	Situação Atual (Linha de Base)	Meta Institucional	Relevância Estratégica
Tempo médio de triagem	14 minutos	Redução para ≤ 9 minutos	Maior agilidade no acolhimento e organização dos fluxos
Ocorrência de erros de medicação	8,2%	Redução para ≤ 3,5%	Prevenção de danos e aumento da segurança do paciente
Notificações espontâneas de incidentes	23%	Aumento para ≥ 65%	Fortalecimento da cultura de segurança institucional

Deliberação Institucional e Encaminhamentos

Considerando o escopo estratégico da proposta de implantação do modelo de aprendizagem contínua na UPA Neópolis, propõe-se que a instância gestora avalie a viabilidade de sua adoção integral, conforme o planejamento apresentado e os resultados esperados em termos de qualificação da atenção, melhoria da eficiência operacional e fortalecimento da cultura de segurança. Caso não se julgue oportuno o encaminhamento imediato da proposta em sua totalidade, poderá ser considerada a implementação faseada, iniciando-se por um piloto restrito à incorporação tecnológica e à capacitação básica das equipes. Alternativamente, a gestão poderá solicitar ajustes específicos no modelo apresentado, com vistas ao seu aprimoramento e posterior reencaminhamento para nova apreciação institucional. Em todos os casos, recomenda-se que a deliberação seja orientada por critérios de viabilidade técnica, sustentabilidade financeira e aderência às diretrizes do Sistema Único de Saúde e do Contrato de Gestão em vigor.

2.1.4 OS INDICADORES DE IMPACTO PROPOSTOS PELA INSTITUIÇÃO

O conjunto de ferramentas de gestão e assistência será operacionalizado por meio do Sistema de Indicadores de Gestão e Assistência da UPA (SIGA-UPA), plataforma digital própria com painéis analíticos de fácil visualização, atualizados semanalmente, e submetidos a revisões técnicas mensais pela equipe multiprofissional. Essa sistematização permitirá o monitoramento em tempo real de parâmetros críticos, assegurando a capacidade de resposta imediata a desvios e a consolidação de uma cultura institucional orientada por dados e resultados.

Figura – Organograma de Indicadores de Desempenho do Projeto



Fonte: Autoria do INASP

Entre os principais indicadores a serem acompanhados destacam-se:

Indicadores de Desempenho do Projeto

Indicador	Meta	Método de Aferição	Importância
Tempo médio de atendimento médico	≤ 30 minutos	Registro eletrônico do tempo entre classificação de risco e primeira avaliação médica	Reflete a agilidade da resposta clínica, alinhada aos protocolos de urgência.

Índice de resolutividade clínica	≥ 85%	Análise de prontuários (casos resolvidos sem transferência/total de atendimentos)	Demonstra capacidade resolutiva da equipe e eficiência dos fluxos internos.
Taxa de absenteísmo profissional	≤ 3%	Registro de faltas não justificadas/total de dias trabalhados	Impacta na continuidade e qualidade do atendimento.
Satisfação do usuário	≥ 90%	Pesquisas digitais/presenciais (NPS adaptado ao SUS)	Mede a percepção do usuário sobre humanização e eficácia do serviço.
Tempo de espera para exames laboratoriais	≤ 2 horas	Tempo entre solicitação médica e liberação do resultado	Garante integração eficaz entre diagnóstico e tomada de decisão clínica.

A coordenação e análise desses indicadores estarão sob responsabilidade do Núcleo de Qualidade e Avaliação de Desempenho (NQAD), instância técnica com autonomia consultiva, vinculada diretamente à Diretoria Técnica da UPA. O NQAD atuará com poder de recomendação para correção de desvios, formulação de planos de ação imediata, reestruturação de processos críticos e, também, para o reconhecimento e disseminação de boas práticas institucionais.

Esse modelo de monitoramento contínuo permitirá que a UPA Neópolis atue de maneira proativa, baseada em evidências e alinhada às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, promovendo um serviço público mais eficiente, transparente e centrado no usuário.

O cenário da atenção às urgências exige uma gestão baseada em evidências, capaz de se adaptar às rápidas mudanças nas demandas e às necessidades da população. Nesse contexto, a UPA Neópolis propõe um modelo robusto de monitoramento baseado em indicadores de impacto, concebido para fortalecer a governança clínica, aprimorar o desempenho assistencial e consolidar uma cultura organizacional voltada para a excelência em saúde pública.

Este documento apresenta a estrutura original dos indicadores de impacto a serem operacionalizados, integrando tecnologia, gestão estratégica e participação multiprofissional. O desenvolvimento e supervisão desse modelo será responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASP), parceiro técnico da UPA Neópolis.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

A consolidação de uma gestão qualificada em unidades públicas de saúde, como a UPA Neópolis, exige mais do que estruturas operacionais ou fluxos bem definidos. Implica, sobretudo, a construção de uma cultura organizacional orientada pela avaliação contínua e responsiva, capaz de transformar os dados do cotidiano em instrumentos de transformação institucional. A avaliação, nesse contexto, não se restringe a um procedimento técnico de monitoramento de indicadores, mas deve ser compreendida como um princípio ético-político de governança pública, que assegura a escuta qualificada das demandas, o aperfeiçoamento das práticas e a responsabilização coletiva pelos resultados.

Implantar uma cultura de avaliação contínua significa institucionalizar práticas sistemáticas de análise crítica sobre os processos, os produtos e os efeitos das ações desenvolvidas pela unidade. Para tanto, é essencial que os indicadores assistenciais estejam alinhados às diretrizes do Sistema Único de Saúde, de modo a assegurar coerência entre os objetivos locais e os compromissos nacionais assumidos pelo Estado brasileiro em relação ao acesso universal, à equidade e à integralidade do cuidado. Isso implica a revisão constante dos parâmetros adotados, a adequação dos instrumentos de coleta e a articulação entre os dados qualitativos e quantitativos que emergem do cotidiano assistencial.

Ao assumir esse compromisso, a UPA Neópolis se posiciona como um espaço de produção de dados confiáveis, sensíveis às realidades locais e úteis para a tomada de decisão em todos os níveis da gestão. Informações sobre tempo de espera, resolutividade clínica, adesão a protocolos e satisfação dos usuários não devem ser tratadas como formalidades burocráticas, mas como ferramentas decisivas para o planejamento, a correção de rumos e a ampliação da qualidade do cuidado. A confiabilidade desses dados depende, por sua vez, da capacitação das equipes, da padronização dos registros e da utilização de sistemas de informação compatíveis com as exigências técnicas da rede pública de saúde.

Paralelamente, a transparência nos resultados alcançados emerge como um valor central desse modelo de gestão. Informar a população sobre os avanços, os desafios e os investimentos realizados contribuem para o fortalecimento da confiança

social na unidade e para a legitimação das políticas implementadas. Mais do que publicar números, trata-se de criar canais de diálogo com os usuários, com os conselhos de saúde e com as comunidades atendidas, garantindo que as decisões tomadas reflitam, de fato, as necessidades concretas da população. A transparência, nesse sentido, não é apenas uma obrigação legal, mas um mecanismo de democratização da gestão e de fomento ao controle social, ambos pilares constitucionais do SUS.

Outro aspecto estratégico do processo de qualificação gerencial está na estabilização de vínculos operacionais entre a unidade e a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Tal articulação é indispensável para a integração efetiva da UPA na rede regional de atenção às urgências, assegurando o acesso a retaguardas hospitalares, suporte logístico, formação profissional e cofinanciamento de serviços. A coordenação Inter federativa e a sinergia entre os diferentes entes gestores favorecem a continuidade do cuidado, o uso racional dos recursos públicos e a implantação de políticas mais ajustadas às realidades locais.

Portanto, o êxito da proposta de gestão para a UPA Neópolis depende da capacidade da instituição de transformar a avaliação em uma prática cotidiana, transversal e participativa, conectada aos valores do SUS e comprometida com resultados reais para os usuários. É por meio desse investimento institucional em inteligência organizacional, transparência pública e articulação federativa que se torna possível consolidar uma unidade não apenas tecnicamente eficiente, mas também socialmente responsável e eticamente comprometida com o direito à saúde.

ESTRUTURA TÉCNICA DO MONITORAMENTO

A sistematização será realizada por meio da plataforma SIGA-UPA – Sistema de Indicadores de Gestão e Assistência da UPA. Essa ferramenta digital permitirá o acompanhamento visual e analítico dos dados assistenciais, atualizados semanalmente e revisados mensalmente por equipe multiprofissional. O sistema possibilita alertas automáticos para desvios de metas e padroniza a gestão por resultados.

Quadro 1: Estrutura de Funcionamento do SIGA-UPA

Componentes	Descrição
Painel Analítico	Interface visual para consulta pública e técnica
Módulo Assistencial	Registro dos fluxos clínicos, exames e resoluções de casos
Módulo de RH	Monitoramento de jornada, absenteísmo e capacitação
Auditoria Técnica	Ciclos mensais de revisão com emissão de recomendações gerenciais
Relatórios Gerenciais	Exportação de dados em tempo real e cruzamento por segmento assistencial

INDICADORES DE IMPACTO PRIORITÁRIOS

A definição dos indicadores de impacto da UPA Neópolis parte da compreensão de que o monitoramento contínuo da qualidade assistencial é um instrumento essencial de governança, conforme orienta a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS. Os parâmetros apresentados a seguir foram selecionados com base em critérios de relevância clínica, gerencial e institucional, sendo fundamentais para assegurar a eficiência, a resolutividade e a humanização do atendimento. Estes indicadores servirão como norteadores para os processos de supervisão técnica, melhoria contínua e prestação de contas à gestão pública e à sociedade.

Indicador	Meta	Finalidade	Aplicabilidade
Tempo Médio de Atendimento Médico	≤ 30 minutos	Reflete a agilidade na resposta clínica e na triagem baseada em risco.	Avalia o desempenho da equipe médica e a eficiência dos fluxos de urgência.
Índice de Resolutividade Clínica	≥ 85%	Mede a proporção de atendimentos resolvidos na própria UPA.	Reflete a autonomia técnica da equipe e a capacidade de gestão de casos de média complexidade.
Taxa de Absenteísmo Profissional	≤ 3%	Avalia a continuidade da força de trabalho disponível para o atendimento.	Subsidiará estratégias de gestão de pessoas, escalas, prevenção de adoecimentos e retenção de equipe.

Índice de Satisfação do Usuário	≥ 90%	Mede a percepção dos usuários quanto à qualidade, acolhimento e escuta.	Utiliza métodos como NPS adaptado e pesquisas digitais e presenciais, orientando ações de humanização.
Tempo de Espera para Exames Laboratoriais	≤ 2 horas	Garante agilidade na confirmação diagnóstica em contextos críticos.	Avalia a integração entre os serviços de apoio diagnóstico e o atendimento clínico assistencial.

Esses indicadores serão monitorados regularmente por meio de painel gerencial interno, com auditoria mensal e revisão trimestral das metas, conforme ciclos de avaliação propostos pelo modelo ONA Nível 1. Os resultados obtidos subsidiarão tanto a reavaliação dos fluxos operacionais quanto a tomada de decisão estratégica, garantindo que o modelo assistencial da UPA Neópolis se mantenha alinhado às diretrizes do SUS, centrado no cuidado de qualidade, seguro e resolutivo.

Governança, Responsabilidade e Fluxos de Decisão

A sustentabilidade de qualquer modelo de gestão em saúde pública exige uma arquitetura institucional clara, transparente e comprometida com os princípios da eficácia, da accountability e da responsabilização técnica. Na UPA Neópolis, a governança clínica e operacional será estruturada com base em um sistema de tomada de decisão participativa, com definição precisa de competências e instâncias de deliberação.

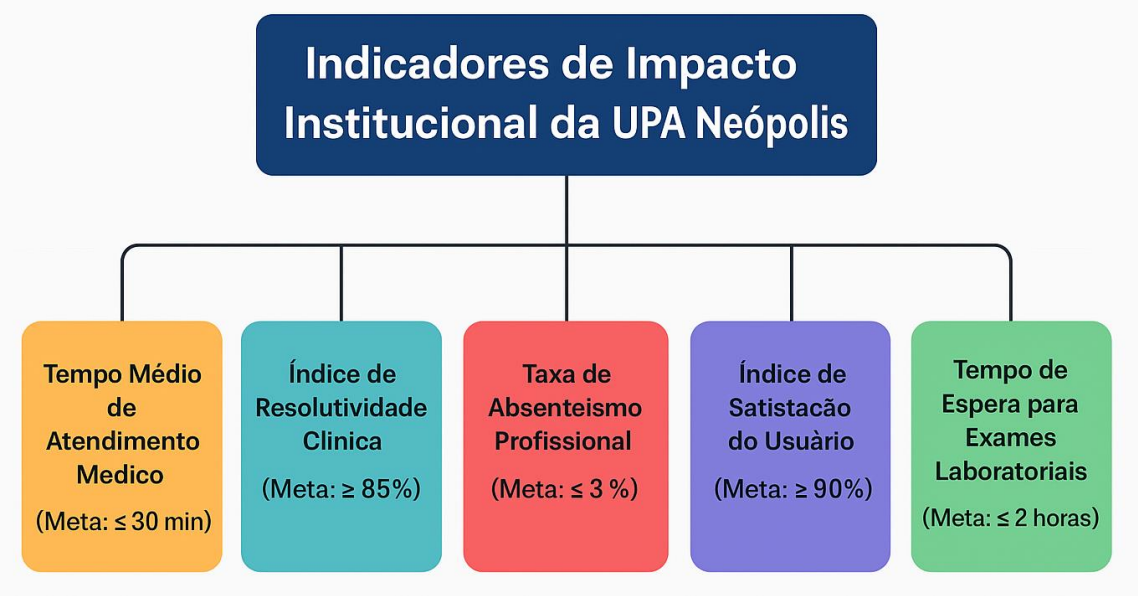
A coordenação técnica dos processos de monitoramento e avaliação da qualidade assistencial ficará sob responsabilidade do Núcleo de Qualidade e Avaliação de Desempenho (NQAD), instância de caráter consultivo vinculada diretamente à Diretoria Técnica da unidade. Com autonomia técnica e mandato institucionalizado, o NQAD atuará como eixo articulador entre os setores assistenciais, administrativos e gerenciais, exercendo poder de recomendação para ações estratégicas e operacionais.

Entre as principais atribuições do NQAD, destacam-se a análise contínua de indicadores críticos de desempenho, a proposição de planos de ação corretivos ou preventivos, a sistematização e divulgação de boas práticas institucionais, além da

emissão de pareceres técnicos fundamentados para subsidiar a tomada de decisão da gestão superior. Essa configuração está em consonância com a Política Nacional de Gestão da Clínica no SUS e contribui para consolidar uma cultura organizacional centrada na melhoria contínua da qualidade e na segurança do paciente.

A seguir, apresentamos o Diagrama 1, que sintetiza o fluxo de avaliação e resposta gerencial, desde a coleta de dados e identificação de desvios até a proposição de medidas corretivas e sua implementação.

Figura Diagrama de Fluxo de Avaliação e Resposta Gerencial



Fonte:

Esse arranjo decisório fortalece o papel da avaliação como instrumento de gestão, promove a integração entre as equipes multiprofissionais e assegura maior eficiência nos processos de resposta institucional. Ao manter um canal permanente entre análise técnica e gestão executiva, o modelo contribui para antecipar riscos, alinhar estratégias e garantir que o funcionamento da unidade se mantenha coerente com os princípios do SUS e com os critérios de qualidade definidos pela acreditação ONA Nível

Integração com a Secretaria de Estado da Saúde

A atuação da UPA Neópolis será conduzida em estreita articulação com a Secretaria de Estado da Saúde, em conformidade com os princípios da gestão compartilhada e da regionalização da atenção à saúde, tal como preconizado pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080/1990 e pelas diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Essa integração é essencial para garantir a coerência entre os fluxos assistenciais locais, o uso racional dos recursos e a qualificação dos serviços prestados à população.

A UPA Neópolis atuará em consonância com o Plano de Monitoramento Pactuado, por meio de:

- **Definição de Metas Conjuntas** com base em benchmarks regionais e nacionais.
- **Planejamento de Ações** alinhado às diretrizes do SUS.
- **Relatórios Trimestrais e Semestrais**, com revisões técnicas e gerenciais.
- **Auditorias Internas e Externas**, para validação dos indicadores e proposição de melhorias.

Como parte desse alinhamento interfederativo, a unidade participará de um **Plano de Monitoramento Pactuado**, elaborado em conjunto com a gestão estadual, com metas previamente definidas com base em benchmarks regionais e nacionais, especialmente aqueles fornecidos pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e por experiências bem-sucedidas em outras unidades de pronto atendimento. Essas metas, tanto assistenciais quanto operacionais, serão monitoradas continuamente, servindo de base para decisões estratégicas e correções de rota.

Além disso, será instituído um ciclo de planejamento conjunto de ações, com revisões trimestrais e semestrais, envolvendo tanto os aspectos clínico-assistenciais quanto os gerenciais. Esse processo prevê a produção de **relatórios técnicos regulares**, submetidos à Secretaria de Estado da Saúde, contendo dados consolidados sobre os indicadores pactuados, análise crítica dos resultados alcançados, identificação de fragilidades e proposição de medidas de melhoria.

Outro pilar dessa articulação será a realização sistemática de **auditorias internas e externas**, que funcionarão como instrumentos de validação dos dados, de transparência na gestão e de estímulo à melhoria contínua. As auditorias contarão

com a participação da própria Secretaria, fortalecendo os vínculos de corresponsabilidade entre os entes federados e reforçando a legitimidade das ações adotadas. A partir dessas análises, serão elaborados planos de ação detalhados, com prazos definidos e responsabilidades atribuídas, assegurando a efetividade do ciclo avaliativo.

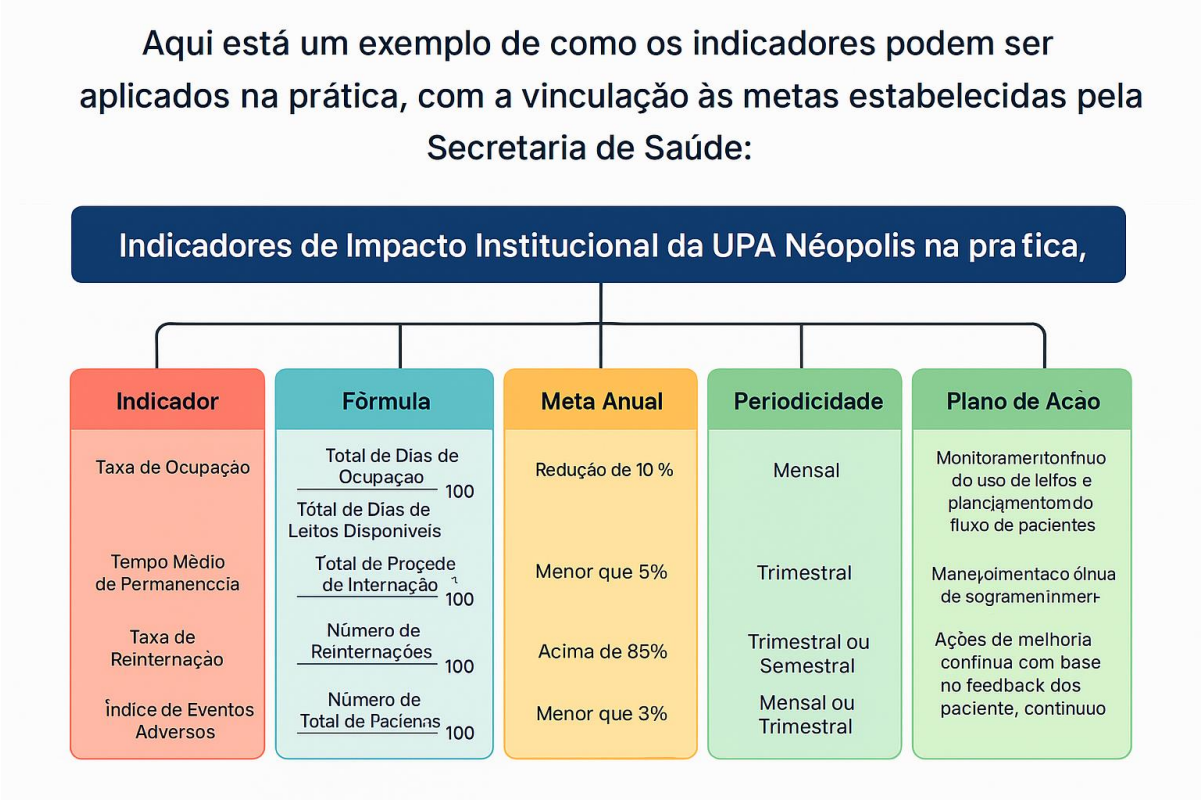
Dessa forma, a integração entre a UPA Neópolis e a Secretaria de Estado da Saúde não se limita a um acompanhamento burocrático, mas configura-se como uma **estratégia estruturante** para o fortalecimento da rede de atenção às urgências, promovendo maior eficiência, controle social e alinhamento com as políticas públicas de saúde em vigor.

Quadro 2: Metas Pactuadas e Aplicabilidade

Indicador	Meta Pactuada	Periodicidade	Utilidade
Reinternações Pós-Urgência	≤ 10%	Trimestral	Avaliar segurança e eficácia da alta médica
Satisfação do Usuário (NPS)	≥ 90	Semestral	Orientar acolhimento e comunicação
Taxa de Infecção em Sala Vermelha	≤ 2%	Mensal	Monitorar segurança do paciente
Tempo de Permanência em Observação	≤ 6 horas	Diário	Refletir fluxo e gestão de leitos

O modelo proposto pela UPA Neópolis posiciona a unidade como referência em inovação assistencial e governança clínica. A gestão orientada por dados permite decisões informadas, respostas ágeis e maior controle sobre os resultados institucionais. Com o suporte técnico do INASP e o compromisso da equipe multiprofissional, será possível consolidar um serviço de urgência transparente, eficiente e centrado no usuário.

Figura: Organograma de Indicadores de Impacto Institucional da Upa Neópolis



2.1.5. A DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL ADOTADOS PELA INSTITUIÇÃO.

A proposta de gestão da UPA Neópolis está alicerçada em uma abordagem contemporânea e integrada da administração em saúde, compatível com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social) e alinhada às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Com foco na eficiência, transparência e qualificação contínua dos processos, serão adotados ferramentas e instrumentos de modernização gerencial capazes de ampliar a capacidade de resposta da unidade, assegurar a qualidade da assistência e fortalecer a governança institucional.

Estrutura por Eixos de Modernização da Gestão na UPA de Neópolis

A proposta de modernização gerencial da UPA de Neópolis será alicerçada em uma estrutura estratégica composta por cinco eixos integradores, concebidos para assegurar a eficiência, a transparência e a qualidade dos processos assistenciais e administrativos. Essa arquitetura gerencial não apenas organiza as ferramentas de gestão por áreas de aplicação, mas também estabelece uma matriz de governança que dialoga diretamente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com a legislação vigente e com os referenciais contemporâneos de excelência institucional.

O primeiro eixo estruturante refere-se à **Governança Clínica e Corporativa**, dimensão central para garantir decisões baseadas em evidências, corresponsabilidade entre equipes e alinhamento estratégico entre áreas assistenciais e gerenciais. Nesse âmbito, será promovida a implantação de comitês permanentes, como o Comitê Técnico Assistencial, a Comissão de Ética e o Núcleo de Qualidade e Avaliação de Desempenho (NQAD). Tais estruturas não terão caráter meramente consultivo, mas funcionarão como instâncias decisórias e deliberativas, com capacidade de análise crítica e acompanhamento sistemático dos resultados. A formulação estratégica será orientada por um modelo de **planejamento participativo**, fundamentado em dados epidemiológicos, indicadores de produção e escuta qualificada das equipes. Para assegurar a integração entre metas clínicas, operacionais e de gestão, será adotado o **Balanced Scorecard (BSC)** como ferramenta de apoio à tomada de decisão, permitindo a visualização de objetivos e metas em quatro perspectivas: financeira, cliente, processos internos e aprendizado organizacional.

O segundo eixo é voltado à **Protocolização e Padronização dos Processos**, com foco na segurança do paciente, na racionalização dos fluxos de trabalho e na eliminação de variações indesejadas nos atendimentos. Serão implantados **Protocolos Assistenciais Integrados (PAIs)**, desenvolvidos com base em evidências científicas e alinhados às diretrizes da Rede de Atenção às Urgências (RAU). Esses protocolos serão organizados por linhas de cuidado e disponibilizados de forma acessível aos profissionais, garantindo homogeneidade na conduta clínica e agilidade nas decisões. Manuais operacionais, fluxogramas de atendimento e

instrumentos de boas práticas serão incorporados ao cotidiano da unidade como ferramentas de uso contínuo. Todo esse aparato será estruturado em um **Banco de Protocolos Clínicos Integrados**, associado a um Sistema de Gestão da Qualidade, com revisões periódicas e indicadores vinculados a metas assistenciais.

O terceiro eixo aborda a **Digitalização e Informatização dos Serviços**, considerado essencial para garantir agilidade, rastreabilidade e interoperabilidade das informações clínicas e administrativas. A unidade contará com um **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** totalmente integrado aos sistemas do Ministério da Saúde, como e-SUS AB, CNES, SIVEP-Gripe, GAL e ACONE, garantindo a conformidade com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Além disso, será implantado um **Sistema de Gestão Hospitalar (SGH)** abrangente, responsável por integrar os setores de recepção, farmácia, prescrição médica, exames laboratoriais, regulação de leitos e recursos humanos. Complementando esse sistema, será adotada uma plataforma de **Business Intelligence (BI)**, com **painéis interativos e dashboards atualizados em tempo real**, permitindo o monitoramento da performance da unidade e o suporte qualificado à gestão. Tais ferramentas serão complementadas por um aplicativo interno de comunicação entre as equipes, promovendo fluidez no fluxo de informações e segurança na coordenação das ações assistenciais.

Quadro: Recursos Digitais Implantados

Sistema	Função Principal	Integração com SUS
PEP	Registro clínico do paciente	e-SUS, CNES
SGH	Gestão operativa e administrativa	SIA/SIH
Plataforma BI	Monitoramento de indicadores	SIGA-UPA
Aplicativo de Comunicação	Canal interno entre equipes	Recursos locais

O quarto eixo se refere à **Gestão por Desempenho e Valorização das Equipes**, articulando acompanhamento sistemático de resultados, reconhecimento de boas práticas e desenvolvimento humano permanente. O modelo a ser adotado prevê a **avaliação contínua do desempenho individual e institucional**, com metas pactuadas por setor e critérios claros de monitoramento. As informações serão organizadas em um **Painel de Metas Institucionais**, atualizado mensalmente,

servindo de base para o redimensionamento das equipes, ajustes operacionais e decisões estratégicas. A educação permanente será uma diretriz transversal, com oferta de capacitações, oficinas temáticas, rodas de aprendizagem e estratégias de coaching clínico-assistencial. Além disso, o Instituto buscará estabelecer um ambiente institucional que favoreça o bem-estar dos trabalhadores, com valorização das competências, diálogo transparente e cuidado com a saúde mental das equipes (anexo 8). A redistribuição dos recursos humanos será orientada por critérios técnicos de competência, resolutividade e necessidades locais, promovendo a equidade interna e o reconhecimento do mérito profissional.

Finalmente, o quinto eixo diz respeito à **Participação Social e ao Controle Externo Qualificado**, indispensáveis para garantir a legitimidade das decisões, a transparência dos resultados e a democratização do acesso às informações. Estão previstas ações estruturantes como a **implantação de um Canal Digital de Ouvidoria da Saúde**, a realização de **audiências públicas periódicas**, a publicação de relatórios técnicos e a abertura de **consultas públicas** sobre temas relevantes da gestão. A articulação com o **Conselho de Estado da Saúde** será intensificada, garantindo escuta permanente e controle social das ações executadas. Todo esse esforço será sustentado por uma plataforma digital de escuta qualificada e por um **Portal Interativo de Transparência**, acessível à sociedade, com dados atualizados sobre produção, recursos aplicados, metas atingidas e indicadores de desempenho. A proposta assegura, ainda, a conformidade com os dispositivos da **Lei nº 8.142/1990**, que regulamenta a participação popular na formulação e controle das ações em saúde.

A estrutura em eixos permite que a modernização não ocorra de forma fragmentada, mas sim como um processo sistêmico, coordenado e orientado à construção de um novo modelo de gestão em saúde, mais eficiente, mais humano e mais alinhado às necessidades da população usuária. A UPA de Neópolis, ao adotar esse modelo, posiciona-se como referência regional em inovação gerencial no campo da urgência e emergência.

Figura: Diagrama 1 Conexão entre Sistemas Digitais e Ferramentas da UPA Neópolis



Ferramentas Específicas e Aplicações

A incorporação de ferramentas tecnológicas específicas e metodologias de apoio à gestão clínica e administrativa será um dos diferenciais estruturantes da UPA Neópolis, refletindo um compromisso firme com a inovação, a qualidade e a governança em saúde. Em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e com os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde,

pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a unidade adotará um ecossistema de soluções integradas voltado à eficiência técnica, à segurança do paciente e à sustentabilidade gerencial.

O **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** será uma das principais ferramentas assistenciais da UPA, assegurando o acesso rápido, seguro e contínuo às informações clínicas dos usuários. Ao centralizar o histórico médico, o PEP reduz significativamente a incidência de erros de prescrição, duplicidade de exames, omissões em diagnósticos e falhas na continuidade do cuidado. Sua utilização garante maior rastreabilidade dos atendimentos, promove a integralidade da informação e fortalece a segurança clínica, especialmente em contextos de alta rotatividade e emergência.

Complementando esse sistema, o **Sistema de Gestão Hospitalar (SGH)** possibilitará uma gestão integrada de múltiplos componentes operacionais, como controle de leitos, agendamento de consultas, requisição de exames, abastecimento de insumos e faturamento. Essa integração entre os setores administrativos e assistenciais potencializa o desempenho institucional, conferindo visibilidade em tempo real sobre o funcionamento da unidade, facilitando o planejamento tático e promovendo a interoperabilidade entre diferentes bases de dados. O resultado é uma organização mais coesa, com menor desperdício de recursos e maior capacidade de resposta diante das demandas emergenciais.

Para garantir decisões baseadas em dados, a unidade contará com ferramentas de **Business Intelligence (BI)**, capazes de transformar informações assistenciais e administrativas em painéis dinâmicos de monitoramento e análise. Por meio da visualização interativa de indicadores-chave de desempenho (KPIs), a gestão poderá identificar padrões, antecipar gargalos operacionais, direcionar intervenções corretivas e tomar decisões estratégicas com base em evidências. O BI permitirá também o acompanhamento contínuo de metas pactuadas, promovendo uma cultura de accountability e transparência institucional.

Nesse mesmo sentido, será adotado o **Balanced Scorecard (BSC)** como instrumento de desdobramento estratégico e monitoramento de desempenho organizacional. O BSC permitirá o alinhamento das metas operacionais aos eixos estratégicos definidos pela gestão, estabelecendo indicadores em quatro dimensões

essenciais: financeira, assistencial, processos internos e aprendizado organizacional. Essa abordagem facilita o acompanhamento sistemático dos resultados, promove ajustes táticos em tempo real e assegura a convergência entre os objetivos institucionais e os resultados entregues à população.

A **Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente** será orientada por metodologias consagradas, como o Lean Healthcare, e pelas exigências de certificações como ONA, JCI e ISO, que compõem o arcabouço técnico da busca contínua por excelência assistencial. Serão implementados checklists clínicos, protocolos de prevenção de eventos adversos e fluxogramas padronizados, com foco na eliminação de falhas latentes e na mitigação de riscos. A cultura de segurança será estimulada em todos os níveis da equipe, valorizando a notificação voluntária de incidentes e promovendo ciclos permanentes de educação em serviço.

No campo logístico, a UPA Neópolis adotará um modelo de **logística hospitalar inteligente**, com rastreamento em tempo real de medicamentos e materiais, planejamento preditivo baseado em séries históricas de consumo e integração com fornecedores homologados. Essa abordagem permitirá reduzir perdas, evitar desabastecimentos e racionalizar a cadeia de suprimentos, garantindo a continuidade dos cuidados mesmo em cenários de alta demanda.

No que se refere à **eficiência técnica e alocativa**, os gestores da UPA Neópolis utilizarão instrumentos modernos de controle de custos e análise de viabilidade econômica, conforme orientações do TCU e do CONASS. Será implantada uma **Matriz de Custo Assistencial** por setor e tipo de serviço, capaz de identificar desvios de produtividade, comparar unidades equivalentes e orientar decisões de investimento. Adicionalmente, serão aplicadas metodologias de **Análise de Custo-Benefício** e **Custo-Efetividade**, especialmente na avaliação da introdução de novas tecnologias, serviços especializados ou ampliação da capacidade instalada. O uso de **sistemas de simulação de impacto orçamentário** permitirá antecipar os efeitos financeiros de decisões estratégicas, favorecendo a sustentabilidade do modelo de gestão.

Em conjunto, essas ferramentas e metodologias não apenas modernizam a operação da UPA Neópolis, mas fundamentam uma proposta de gestão pública orientada por resultados, centrada na qualidade do cuidado e alinhada com os

princípios do SUS. Trata-se de um modelo de gestão inteligente, responsivo e rigorosamente comprometido com a excelência na atenção à saúde, capaz de transformar indicadores em instrumentos de justiça social e qualificação do acesso à vida.

Quadro: Aplicações da Eficiência Técnica na UPA

Ferramenta	**Finalidade**	**Benefício Esperado**
Matriz de Custo Assistencial	Identificar setores críticos	Redução de desperdício
Análise de Custo-Efetividade	Priorizar investimentos	Melhor uso de recursos
BI com Simulação Orçamentária	Prever impacto financeiro	Planejamento sustentável

Com a integração dos eixos gerenciais e ferramentas estratégicas, a UPA Neópolis se posiciona como referência nacional em gestão moderna e humanizada, alinhada ao Sistema Único de Saúde e comprometida com a eficiência, segurança e participação social.

Este modelo permite decisões fundamentadas em dados, respostas rápidas a cenários críticos e valorização da equipe, ao mesmo tempo em que estabelece um novo patamar de transparência e accountability no serviço público de urgência e emergência.

Como parte do compromisso institucional com a inovação assistencial, a resolutividade dos atendimentos e o uso racional dos recursos do SUS, o INASP apresenta, em anexo, o **Projeto de Implantação do Núcleo de Telemedicina da UPA Neópolis – Saúde + Conectada**. Trata-se de uma proposta estruturada e validada, que visa qualificar a atenção prestada por meio de tecnologias digitais integradas, garantindo acesso oportuno a especialistas, emissão de laudos em tempo hábil e fortalecimento da continuidade do cuidado. O detalhamento técnico e orçamentário do projeto segue abaixo:



PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE TELEMEDICINA DA UPA NEÓPOLIS – "SAÚDE + CONECTADA"

Em um mundo cada vez mais interligado pela tecnologia, em que a informação circula em tempo real e soluções digitais moldam todos os aspectos da vida humana, o setor da saúde enfrenta o imperativo de se reinventar. A pandemia global de COVID-19 não apenas acelerou essa transição, mas escancarou as desigualdades no acesso aos cuidados especializados, especialmente em regiões geograficamente afastadas dos grandes centros urbanos. É nesse cenário que ganha relevância estratégica a implantação de modelos híbridos e inteligentes de atenção à saúde, como o que propomos com o Programa Saúde + Conectada da UPA Neópolis.

O Núcleo de Telemedicina da UPA Neópolis surge como uma resposta inovadora, ética e tecnicamente robusta aos desafios contemporâneos do sistema público de saúde. Mais do que uma solução tecnológica, trata-se de uma mudança de paradigma no cuidado emergencial e ambulatorial, centrada no princípio da equidade:

oferecer à população do interior os mesmos recursos de excelência disponíveis nos grandes polos de saúde.

Por meio de uma estrutura integrada de teleinterconsultas, emissão de laudos em até 3 horas, e ambulatórios remotos de especialidades médicas, o programa amplia exponencialmente a capacidade resolutiva da UPA. Com isso, evita-se a transferência desnecessária de pacientes, qualifica-se a tomada de decisão clínica e promove-se a continuidade do cuidado mesmo nos casos mais complexos.

O diferencial do Programa Saúde + Conectada está na convergência entre inteligência clínica, inovação tecnológica e compromisso com o SUS. Utilizando dispositivos digitais avançados, conexão segura e profissionais especializados em regime remoto, a proposta coloca a UPA Neópolis em sintonia com o que há de mais avançado na saúde digital global. Com o apoio de tecnologias de ausculta remota, dermatoscopia digital, telemonitoramento e sistemas interoperáveis com a RNDS (Rede Nacional de Dados em Saúde), a iniciativa garante agilidade, segurança e humanização.

Este projeto não se resume à introdução de equipamentos — ele representa a construção de um novo ecossistema de cuidado, onde a tecnologia não substitui o vínculo humano, mas o fortalece, aproximando saberes, reduzindo distâncias e promovendo justiça sanitária. É, portanto, um investimento na democratização da medicina de qualidade, na eficiência da gestão pública e na transformação positiva da vida das pessoas que mais precisam do SUS.

Assim, com o Programa Saúde + Conectada, a UPA Neópolis se coloca na vanguarda de um novo tempo: um tempo em que a excelência não é privilégio, mas direito; e em que o futuro da saúde pública se constrói com coragem, ciência e compromisso social.

Objetivos do Projeto Saúde + Conectada

- Reduzir transferências hospitalares desnecessárias;
- Ampliar o acesso a especialistas via telemedicina;
- Aumentar a resolubilidade da UPA;
- Oferecer diagnóstico e laudos rápidos (ECG, EEG, raio-X, USG, espirometria);

- Integrar um ambulatório virtual de especialidades para pacientes crônicos.

Modalidades Atendidas

- Teleinterconsulta com especialistas: com apoio de enfermagem, utilizando tecnologias bluetooth para ausculta e sinais vitais;
- Laudos remotos: Raio-X, USG, ECG, EEG e espirometria laudados por especialistas em até 3h (urgência) ou em 24h (ambulatorial);
- Ambulatório remoto: até 1.000 consultas mensais em especialidades como psiquiatria, cardiologia, geriatria, neurologia e endocrinologia;
- Discussão de casos clínicos em tempo real com médicos da UPA;
- Atendimento eletivo e de urgência por telemedicina, inclusive exames ambulatoriais.

Serviços Contratados – Estimativa Orçamentária

Serviço	Quantidade	Custo Estimado (R$)
Consultas por telemedicina (especialidades)	1.000	45.000,00
ECG com laudo remoto	500	12.500,00
EEG com laudo remoto	500	25.000,00
USG em regime de urgência	300	19.500,00
USG em regime eletivo	1.000	65.000,00
Espirometria com laudo	300	18.000,00
Interconsultas e assessoria médica	300	13.500,00
Raio-X com laudo até 3h (urgência)	600	9.000,00
Raio-X ambulatorial	1.000	15.000,00
Total	–	**222.500,00**

Metodologia

Para viabilizar a implantação do Núcleo de Telemedicina da UPA Neópolis, será adotada uma metodologia estruturada em etapas técnicas, com foco na funcionalidade, segurança da informação, adesão profissional e integração com a

rede assistencial do SUS. A abordagem contempla tanto os aspectos físicos e tecnológicos quanto os humanos e processuais, assegurando que a solução não apenas exista como ferramenta, mas seja efetivamente incorporada à rotina assistencial da unidade.

- Infraestrutura mínima: 1 sala exclusiva, climatizada e acusticamente isolada, equipada com computador de alta performance, webcam HD, dermatoscópio e otoscópio digitais, além de internet de banda larga simétrica com mínimo de 20 Mbps;
- Equipe: 1 coordenador de telessaúde responsável pela supervisão técnica, 1 técnico de TI para suporte local, além dos profissionais médicos da UPA capacitados para utilização dos dispositivos de teleatendimento;
- Sistema de prontuário eletrônico: deverá ser compatível com a RNDS (Rede Nacional de Dados em Saúde), atender aos protocolos da LGPD e permitir integração com o SIH/SUS e demais sistemas do Ministério da Saúde;
- Fluxo de regulação e agendamento: operação em tempo real, com prontuário unificado e capacidade de troca de informações entre a UPA, a atenção básica e os hospitais de referência, assegurando continuidade do cuidado.

Essa metodologia garante não apenas a implantação técnica do serviço, mas sua sustentabilidade, operando sob diretrizes claras de gestão da inovação, qualificação profissional e segurança da informação. A integração com os protocolos da Rede de Atenção às Urgências e com a Política Nacional de Telessaúde assegura aderência institucional e legal, além de potencializar os resultados clínicos, administrativos e sociais esperados com o projeto.

Justificativa

A presente proposta está plenamente alinhada às diretrizes mais atuais da política pública de saúde no Brasil, especialmente à Política Nacional de Telessaúde, à lógica assistencial da Rede de Urgência e Emergência (RAUE) e ao princípio da regionalização equitativa dos cuidados. Mais do que acompanhar uma tendência

nacional, o Núcleo de Telemedicina da UPA Neópolis antecipa uma necessidade estrutural do SUS: otimizar recursos, integrar serviços e garantir acesso resolutivo à atenção especializada em tempo oportuno — mesmo nos territórios historicamente marcados por desigualdades de acesso.

Ao ampliar a capacidade resolutiva da unidade, esta proposta transforma a UPA em um verdadeiro polo de inteligência clínica descentralizada, capaz de fornecer respostas qualificadas no próprio local de atendimento, sem depender exclusivamente da transferência para hospitais de maior complexidade. O modelo proposto reduz filas, evita agravamentos clínicos, diminui custos com transporte sanitário e internações desnecessárias, e ainda promove maior eficiência na regulação de leitos hospitalares. Com isso, o cuidado prestado torna-se mais próximo, mais rápido e mais justo — sem renunciar à excelência técnica e da segurança do paciente.

Resultados Esperados

Os resultados esperados com a implantação do Núcleo de Telemedicina na UPA Neópolis foram definidos a partir de evidências em experiências nacionais bem-sucedidas e com base nos eixos estruturantes da Política Nacional de Telessaúde. Cada indicador proposto reflete um aspecto essencial para medir a efetividade da estratégia: redução de deslocamentos, resolutividade local, agilidade no diagnóstico e satisfação dos usuários e profissionais. O monitoramento será contínuo, por meio de relatórios do prontuário eletrônico, dashboards assistenciais e instrumentos de avaliação participativa.

- Redução de ≥30% nas transferências evitáveis para hospitais de referência, com maior capacidade de resolução de casos na própria UPA;
- Satisfação ≥90% entre usuários e profissionais da saúde, aferida trimestralmente por pesquisa estruturada e indicadores NPS (Net Promoter Score);
- ≥80% dos laudos emitidos dentro do tempo crítico (até 3 horas), principalmente para exames de imagem, ECG e ultrassonografia em regime de urgência;

- ≥1.000 atendimentos mensais por especialidades médicas via telemedicina, reduzindo barreiras de acesso e deslocamentos desnecessários.

O alcance desses indicadores fortalecerá a UPA como um ponto estratégico de cuidado resolutivo dentro da Rede de Urgência e Emergência (RAUE), promovendo justiça sanitária e racionalidade na alocação de recursos. Ao proporcionar respostas clínicas ágeis e qualificadas no próprio território, o projeto consolida um novo modelo de atenção centrado no território, no cuidado oportuno e na valorização da vida.

Cronograma de Implantação

Etapa	**Prazo**
Planejamento e adequações técnicas	Mês 1
Capacitação e instalação dos sistemas	Mês 2
Início das teleinterconsultas e laudos	Mês 3
Ampliação com ambulatório remoto	Mês 4
Avaliação e ajustes	Mês 5 em diante

O cronograma proposto demonstra a viabilidade operacional do projeto, respeitando os tempos necessários para estruturação, formação de equipe, testagem dos fluxos assistenciais e integração com a rede de saúde do território. A estratégia de implantação escalonada favorece a adaptação progressiva dos profissionais e usuários, garantindo segurança clínica, estabilidade técnica e maturidade institucional. Assim, o Programa Saúde + Conectada se firma como um marco transformador para a UPA Neópolis, consolidando um modelo público de cuidado inteligente, humanizado e sustentável, à altura dos desafios contemporâneos do SUS.

A implantação do Núcleo de Telemedicina representa um marco transformador na consolidação de um novo modelo de atenção na UPA Neópolis. Aliando ciência, equidade e gestão digital, o projeto reafirma o papel da unidade como um polo descentralizado de inteligência clínica, em consonância com as diretrizes do SUS, com a Política Nacional de Telessaúde e com os compromissos pactuados no presente plano de trabalho.

2.1.6 MODELO DE RELACIONAMENTO ENTRE O PARCEIRO PRIVADO E A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

A gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Neópolis será realizada com base em um modelo de parceria público-privada institucionalizado, regido por princípios constitucionais da Administração Pública — legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência — conforme disposto no art. 37 da Constituição Federal de 1988, e normatizado pela Lei Federal nº 9.637/1998, que regula as Organizações Sociais (OS) no Brasil. No âmbito estadual, serão respeitadas as legislações específicas de Sergipe que autorizam a celebração de contratos de gestão com entidades sem fins lucrativos devidamente qualificadas, bem como as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/SE) e pelo Conselho Estadual de Saúde.

O modelo proposto se estrutura como uma parceria qualificada, em que a entidade privada, sem fins lucrativos, assume a responsabilidade pela gestão operacional da UPA Neópolis, mediante contrato de gestão firmado com o ente público estadual. Trata-se de uma relação contratual baseada em metas, indicadores, fiscalização contínua e avaliação de resultados, que busca ampliar a resolutividade dos serviços, garantir maior eficiência na utilização dos recursos públicos e assegurar qualidade no cuidado prestado aos usuários da rede de urgência e emergência.

FUNDAMENTAÇÃO E NATUREZA JURÍDICA DA PARCERIA

O contrato de gestão será o instrumento jurídico que formalizará a relação entre a organização social e o Estado de Sergipe, nos termos do art. 1º da Lei nº 9.637/1998, regulamentado pela legislação estadual pertinente. Este instrumento prevê obrigações recíprocas, metas quantitativas e qualitativas, critérios de remuneração por desempenho, regras de prestação de contas, mecanismos de transparência e instâncias de controle e avaliação. O contrato será firmado após chamamento público, conforme determina o Decreto Federal nº 9.507/2018, garantindo ampla concorrência, impessoalidade e qualificação técnica.

A entidade selecionada deverá comprovar experiência na gestão de unidades de saúde de médio ou grande porte, possuir capacidade técnico-operacional, estrutura administrativa própria, regularidade fiscal e capacidade de governança institucional. O contrato terá validade determinada, com cláusulas de revisão e possibilidade de renovação mediante avaliação de desempenho.

ESTRUTURA DO CONTRATO DE GESTÃO E RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES/SE) E DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL GESTORA (OS)

Certamente! A seguir, apresento a reescrita da seção **"Estrutura do Contrato de Gestão e Responsabilidades"** em formato **dissertativo-argumentativo**, com linguagem técnica, institucional e de alto impacto, mantendo o conteúdo original e expandindo-o de forma analítica e articulada, conforme o padrão adotado na elaboração do projeto da UPA Neópolis:

A **estrutura do Contrato de Gestão firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) e a Organização Social (OS)** responsável pela administração da UPA Neópolis configura-se como um dos pilares normativos e operacionais que sustentam a implementação de um modelo gerencial eficiente, transparente e comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Este instrumento jurídico-administrativo formaliza as obrigações recíprocas entre as partes, define metas, critérios de avaliação e estabelece os mecanismos de monitoramento e controle que assegurarão a qualidade e a sustentabilidade dos serviços prestados à população.

Por parte da **Secretaria de Estado da Saúde**, as responsabilidades assumidas no âmbito do contrato são de natureza estratégica, normativa e fiscalizatória. Cabe à SES/SE o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas, a definição de indicadores de desempenho e de parâmetros de qualidade que orientem a operação da unidade de pronto atendimento. A secretaria também assume a função de autorizar os repasses financeiros, fiscalizar a execução orçamentária e realizar auditorias periódicas – tanto técnicas quanto operacionais e contábeis – assegurando que os recursos públicos estejam sendo aplicados de forma racional, eficiente e ética. Além

disso, a SES/SE atuará ativamente nas instâncias de cogestão, como comitês de avaliação e núcleos de desempenho, fortalecendo a gestão compartilhada e o controle social sobre os serviços. O acompanhamento rigoroso da conformidade com os princípios do SUS, como universalidade, integralidade, equidade e regionalização, será permanente, reforçando o compromisso da gestão estadual com a transparência, a legalidade e a efetividade das ações de saúde.

Já a **Organização Social Gestora** terá a incumbência de operacionalizar a unidade de forma plena, com autonomia administrativa e responsabilidade executiva, respeitando os limites definidos contratualmente e os princípios da administração pública. Entre suas obrigações, destaca-se o gerenciamento eficiente dos recursos humanos, materiais, logísticos e financeiros da unidade, assegurando o funcionamento ininterrupto e a qualidade assistencial da UPA Neópolis. A OS deverá cumprir rigorosamente as metas assistenciais e operacionais pactuadas com a SES/SE, implementando práticas de gestão baseadas em resultados e promovendo uma cultura institucional de melhoria contínua.

A excelência na prestação dos serviços deverá ser garantida por meio da adoção de **protocolos clínicos atualizados, ferramentas de avaliação de desempenho, indicadores de produtividade e segurança do paciente**, bem como da implementação de sistemas informatizados de gestão compatíveis com as exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e os padrões de interoperabilidade do SUS. A OS também será responsável por manter em funcionamento o **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** e garantir sua integração aos sistemas estaduais e nacionais de informação em saúde.

A prestação de contas será uma obrigação permanente da entidade gestora, que deverá encaminhar à SES/SE relatórios mensais detalhados, balancetes contábeis e planilhas analíticas contendo dados financeiros, operacionais e de produtividade, em conformidade com os marcos legais e regulatórios que regem os contratos de gestão com entidades do terceiro setor. A transparência e a accountability serão princípios orientadores da relação contratual.

Importa ressaltar que a **Organização Social terá autonomia para realizar contratações de pessoal, aquisições de insumos e serviços, bem como manutenção predial e patrimonial da unidade**, desde que essas ações estejam

previstas no plano de trabalho e respeitem os limites orçamentários pactuados. Tal autonomia, contudo, será exercida com responsabilidade institucional, submetida a mecanismos de auditoria e vinculada diretamente ao cumprimento das metas estabelecidas.

A lógica que rege esse contrato está centrada no **modelo de remuneração por desempenho**, em que a liberação de parcelas financeiras pela administração pública estará condicionada à entrega de resultados mensuráveis, à execução eficaz do Plano de Trabalho Anual e à observância dos critérios de qualidade definidos nos indicadores pactuados. Trata-se, portanto, de um arranjo contratual que combina flexibilidade operacional com rigor fiscal e técnico, criando um ambiente favorável à inovação, à eficiência na aplicação dos recursos públicos e à qualificação dos serviços prestados à população.

Em suma, a estrutura contratual proposta para a UPA Neópolis configura um modelo de gestão pública em parceria com o terceiro setor que busca a excelência na saúde, com foco na transparência, na qualidade assistencial e na responsabilidade social, assegurando o pleno funcionamento de uma unidade de urgência e emergência comprometida com a vida e com os princípios constitucionais do SUS.

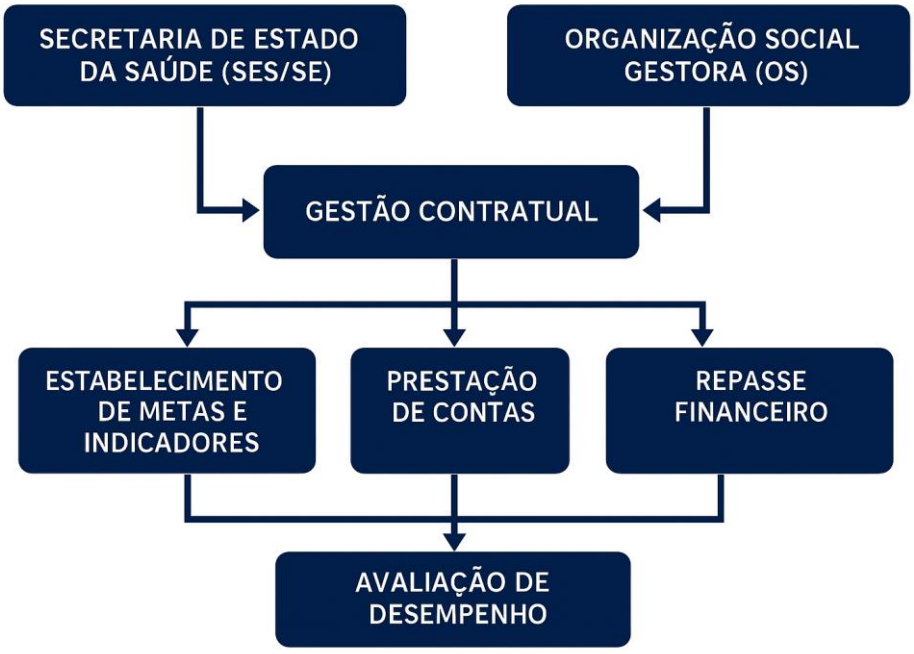
Quadro 1 – Atribuições Contratuais da SES/SE e da Organização Social Gestora

Entidade	Atribuições e Responsabilidades Contratuais
Secretaria de Estado da Saúde (SES/SE)	- Estabelecer metas, indicadores de desempenho e parâmetros de qualidade para os serviços da UPA Neópolis; - Autorizar repasses financeiros conforme cronograma e desempenho da OS; - Fiscalizar a execução orçamentária e financeira mediante auditorias técnicas e operacionais periódicas; - Avaliar a conformidade dos serviços prestados com os princípios e diretrizes do SUS (universalidade, equidade, integralidade, regionalização); - Participar ativamente das instâncias de cogestão e comitês de avaliação de desempenho, fortalecendo o controle social e institucional.
Organização Social Gestora (OS)	- Gerenciar, com eficiência, os recursos humanos, materiais, logísticos e financeiros da unidade; - Cumprir rigorosamente as metas pactuadas com a SES/SE, assegurando os resultados assistenciais e operacionais; - Implantar e manter protocolos clínicos, ferramentas de avaliação da qualidade e sistemas de gestão baseados em evidências; - Operar sistemas informatizados compatíveis com a LGPD e com os padrões do SUS, incluindo prontuário

	eletrônico e controle logístico de insumos; - Prestar contas por meio de relatórios mensais, balancetes contábeis, planilhas analíticas e indicadores de desempenho; - Realizar contratações de pessoal, aquisições e manutenção predial, desde que respeitados os parâmetros contratuais e limites orçamentários; - Ser remunerada com base no cumprimento das metas e indicadores estabelecidos no Plano de Trabalho Anual.

A tabela acima sintetiza, de forma comparativa, as obrigações pactuadas entre a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) e a Organização Social (OS) responsável pela gestão da UPA Neópolis, evidenciando a complementaridade das atribuições e a estruturação de um modelo de cogestão que prioriza a eficiência, a transparência e a qualidade da assistência. Para além da delimitação formal de responsabilidades, o contrato de gestão estabelece fluxos operacionais dinâmicos, nos quais os processos de planejamento, execução, controle e avaliação estão interligados por meio de mecanismos normativos e instrumentos de gestão baseados em resultados. Esses fluxos podem ser representados de forma esquemática no organograma abaixo, que ilustra as relações funcionais entre as partes contratantes e os elementos estruturantes da governança institucional.

Figura – Orgonagrama dos fluxos dos elementos estruturantes



A representação gráfica evidencia que a gestão contratual da UPA Neópolis se baseia em um ciclo contínuo de planejamento, execução e avaliação, articulado entre as instâncias públicas e a entidade executora. A definição de metas, os repasses condicionados ao desempenho e os processos de prestação de contas não são apenas dispositivos legais, mas expressam uma lógica de governança pública orientada à geração de valor social, à melhoria da qualidade assistencial e à consolidação dos princípios do SUS. Ao organizar a gestão com base em fluxos bem definidos e responsabilidades mutuamente pactuadas, o contrato estabelece não apenas um vínculo jurídico, mas um compromisso ético com a saúde da população sergipana, garantindo que os recursos públicos sejam aplicados com responsabilidade, eficácia e impacto real sobre os indicadores de saúde.

INSTÂNCIAS DE GOVERNANÇA E COGESTÃO

A parceria entre a OS e a SES/SE será sustentada por mecanismos de governança compartilhada, com o objetivo de promover transparência, corresponsabilidade e eficácia decisória. A governança se estruturará nos seguintes eixos:

- **Comitê Conjunto de Pactuação e Monitoramento**: formado por representantes da Secretaria de Saúde, da organização social e, eventualmente, de conselhos de saúde, será responsável pela pactuação inicial das metas, pela avaliação periódica dos resultados e pela mediação de eventuais conflitos.
- **Coordenação Operacional Integrada**: equipe técnica mista que acompanhará diariamente os fluxos assistenciais, os processos administrativos e os resultados estratégicos da unidade.
- **Canal Permanente de Comunicação** e Resposta Rápida: estrutura que permitirá resposta tempestiva a situações críticas, promovendo mediação de conflitos e resolução célere de inconformidades assistenciais ou administrativas.

Essas instâncias asseguram que a atuação da OS esteja sempre alinhada às políticas públicas de saúde e que o poder público mantenha controle direto e permanente sobre os serviços delegados.

TRANSPARÊNCIA, CONTROLE SOCIAL E PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas será mensal, com envio de relatórios detalhados à SES/SE, contendo dados financeiros, demonstrativos de aplicação dos recursos, relatórios assistenciais, indicadores de desempenho e registro das ações corretivas adotadas. Esses relatórios seguirão modelo padronizado definido em portaria da Secretaria de Saúde e estarão disponíveis para consulta pública em plataforma eletrônica, permitindo o exercício do controle social por parte do Conselho Estadual de Saúde e da sociedade civil.

Serão adotados mecanismos de auditoria interna e externa, com base em normas da Controladoria-Geral do Estado, do Tribunal de Contas e do Ministério da Saúde. A fiscalização poderá ser in loco ou documental e seguirá plano anual de auditoria pactuado entre as partes.

INDICADORES, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E CLÁUSULAS DE AJUSTE

A **avaliação da performance da Organização Social (OS)** responsável pela gestão da UPA Neópolis será conduzida por meio de um modelo de monitoramento sistemático, baseado em indicadores previamente definidos, pactuados entre as partes contratantes e alinhados às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências. O objetivo dessa avaliação é assegurar que os serviços prestados não apenas cumpram os parâmetros mínimos estabelecidos em contrato, mas avancem progressivamente na direção da excelência assistencial, da eficiência operacional e da satisfação do usuário. Entre os principais indicadores de desempenho que nortearão esse processo estão o **tempo médio de espera para atendimento**, a **taxa de resolutividade dos casos tratados na urgência e emergência**, o **percentual de ocupação dos leitos de observação**, o **grau de satisfação dos usuários** aferido

por pesquisas sistemáticas, e a **conformidade com os protocolos de segurança do paciente**. Esses indicadores refletem não apenas a efetividade clínica, mas também o compromisso da unidade com a humanização do cuidado, a gestão baseada em evidências e a proteção integral à saúde da população atendida.

O modelo de avaliação adotado prevê **mecanismos de responsabilização graduada**, a serem acionados em caso de descumprimento das metas pactuadas ou de identificação de inconformidades técnicas, financeiras ou operacionais. Nesses casos, poderão ser aplicadas **medidas corretivas proporcionais**, que incluem desde a emissão de advertência formal e notificação técnica, passando pela **redução temporária de repasses financeiros** ou **revisão imediata dos planos de ação**, até, em situações extremas e persistentes, a **rescisão unilateral do contrato**, com aplicação das penalidades legais cabíveis. Tais dispositivos asseguram que a execução do contrato de gestão esteja submetida a um sistema robusto de controle e fiscalização, garantindo o uso responsável dos recursos públicos e a manutenção da qualidade assistencial.

Importa destacar que a **avaliação será contínua, processual e participativa**, com ciclos formais de revisão semestrais, em que serão promovidas reuniões técnicas entre representantes da SES/SE, da OS e dos comitês de cogestão. Esses momentos permitirão não apenas a análise retrospectiva dos resultados, mas também a **revisão estratégica das metas**, com base em alterações epidemiológicas, mudanças na demanda assistencial ou redirecionamentos na Rede de Atenção à Saúde. Assim, o processo de avaliação será concebido como uma ferramenta de gestão viva, adaptativa e orientada por resultados, consolidando uma cultura institucional de responsabilidade, transparência e melhoria contínua. Na UPA Neópolis, o desempenho não será apenas um critério de remuneração, mas expressão concreta do compromisso ético com a vida, com o SUS e com a população sergipana.

VANTAGENS E DESAFIOS DO MODELO

A adoção do **modelo de contrato de gestão com Organização Social (OS)** configura uma estratégia relevante no contexto da modernização da administração pública em saúde, especialmente para unidades de alta complexidade operacional

como as Unidades de Pronto Atendimento. Esse modelo possibilita **vantagens estruturais e funcionais que ampliam a capacidade de resposta do sistema**, ao mesmo tempo em que mantém o controle público e o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os principais benefícios destaca-se a **agilidade na contratação de pessoal e aquisição de insumos**, superando as limitações burocráticas impostas à administração direta e garantindo a continuidade do cuidado mesmo em cenários de alta demanda. Além disso, o modelo proporciona **flexibilidade administrativa e estímulo à inovação**, permitindo que as entidades gestoras implementem soluções adaptadas à realidade local e promovam melhorias contínuas nos fluxos assistenciais e administrativos.

Outro diferencial relevante do modelo é o seu **foco em desempenho e resultados**, uma vez que os repasses financeiros e a continuidade contratual estão diretamente vinculados ao cumprimento de metas assistenciais, operacionais e financeiras previamente pactuadas. Essa lógica de responsabilização por desempenho contribui para a elevação dos padrões de qualidade, promove maior racionalidade no uso dos recursos públicos e incentiva a gestão baseada em evidências. Soma-se a isso a **plena integração das ações desenvolvidas pelas OS à Rede SUS**, com garantia de acesso universal e controle social, assegurado por mecanismos de fiscalização direta exercidos pelo Estado, por meio das secretarias de saúde, auditorias e instâncias de cogestão.

Contudo, a adoção desse modelo não está isenta de **desafios institucionais relevantes**, que exigem atenção redobrada dos entes públicos contratantes. A **seleção criteriosa das entidades gestoras**, com base em análises técnicas detalhadas, avaliação da experiência prévia, estrutura operacional e reputação institucional, é condição indispensável para o êxito da parceria. O modelo requer ainda um **sistema robusto de monitoramento e controle**, com indicadores claros, instrumentos de avaliação permanentes e ampla transparência dos atos administrativos, garantindo que a delegação de funções públicas não se converta em precarização da gestão ou em fragilização do direito à saúde.

Para que o contrato de gestão alcance sua plenitude, torna-se essencial o **fortalecimento da capacidade reguladora do Estado**, por meio de estruturas técnicas independentes, com qualificação adequada e capacidade de auditoria,

supervisão e intervenção tempestiva. Também é necessário investir de forma sistemática na **formação contínua dos gestores públicos e privados envolvidos na execução contratual**, garantindo que todos os agentes tenham domínio sobre os aspectos legais, operacionais e éticos do modelo. Dessa forma, o contrato de gestão com OS pode ser um instrumento potente de inovação gerencial, desde que acompanhado por políticas de governança pública responsáveis, criteriosas e comprometidas com o interesse coletivo. A UPA Neópolis, ao adotar esse arranjo, firma um pacto pela eficiência, pela transparência e pela dignidade do cuidado ofertado à população sergipana.

A adoção do modelo de contrato de gestão para a UPA Neópolis representa uma estratégia qualificada de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, ao conjugar eficiência administrativa, inovação operacional e responsabilidade sanitária. Com a devida regulação, fiscalização e participação social, o modelo garante a manutenção da natureza pública do serviço, respeita os princípios constitucionais e amplia a capacidade do Estado em prover atendimento resolutivo, humanizado e acessível à população sergipana. Trata-se, portanto, de um caminho viável, transparente e sustentável para a consolidação de uma rede de urgência e emergência moderna, eficiente e equitativa.

2.1.7. OS LIMITES DE RESPONSABILIDADES, CONSIDERANDO O OBJETO DE NEGÓCIO, QUE A INSTITUIÇÃO PROPONENTE DEMONSTRA ESTAR DISPOSTA A ASSUMIR NO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO.



A gestão de unidades de saúde através de parcerias com organizações sociais (OS) configura um modelo jurídico-administrativo consolidado no ordenamento brasileiro, amparado pela Lei Federal nº 9.637/1998 e, de forma subsidiária e complementar, pela Lei nº 13.019/2014. Esse modelo, denominado **publicização**, não se confunde com a privatização. Na privatização, o serviço é transferido a uma empresa com fins lucrativos, enquanto na publicização permanece o controle estatal, com a execução delegada a entidades sem fins lucrativos, qualificadas como OS, por meio de contrato de gestão regulado, fiscalizado e monitorado pelo poder público.

Nesse modelo, busca-se aumentar a eficiência na prestação de serviços de interesse público, especialmente na área da saúde, por meio de maior flexibilidade administrativa, inovação gerencial e foco em resultados, sem perder de vista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e controle social. O financiamento continua sob responsabilidade do Estado, assim como a regulação, a vigilância sanitária, a fiscalização dos resultados e o controle da qualidade da assistência.

A OS selecionada para a gestão da UPA Neópolis se compromete, nos termos do contrato de gestão e do plano de trabalho, a executar serviços públicos de saúde com elevada competência técnica, responsabilidade administrativa e respeito à legislação vigente. A atuação da OS, por sua vez, é pautada por metas quantitativas e qualitativas, indicadores de desempenho, obrigação de prestar contas regularmente, assegurar transparência ativa e passiva, manter canais de comunicação com os órgãos de controle e zelar pela qualidade do cuidado ofertado à população.

No processo de transição da gestão pública direta para a gestão por OS, é essencial estabelecer claramente as responsabilidades entre a administração anterior e a nova gestora. Essa transição deverá ocorrer de forma estruturada, documentada e transparente, com levantamento detalhado dos ativos e passivos, relação de contratos vigentes, condição dos bens móveis e imóveis, situação dos equipamentos e dos insumos, além da necessidade de ajustes operacionais para assegurar a continuidade da prestação de serviços e evitar a desassistência. A nova gestora não deverá ser responsabilizada por encargos não previstos contratualmente, especialmente passivos trabalhistas, financeiros ou obrigações assumidas por

gestões anteriores, salvo nos casos em que isso estiver formalmente pactuado. No entanto, é dever da OS assegurar a continuidade dos atendimentos já iniciados, garantindo o cuidado aos pacientes em tratamento, com base nos protocolos vigentes e no respeito aos direitos assistenciais dos usuários.

A gestora deverá, também, elaborar plano de trabalho estruturado, prevendo cronogramas, metas, recursos, indicadores e fluxos operacionais, além de mecanismos de monitoramento e avaliação permanente. Tal planejamento visa assegurar uma transição harmônica e o pleno funcionamento da unidade. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde, na condição de poder concedente e autoridade sanitária, manter o exercício pleno de sua função reguladora e fiscalizadora, assegurando o cumprimento das normas do SUS e a observância dos padrões de qualidade, eficiência e humanização dos serviços.

Para o bom desempenho do modelo de publicização, é necessário garantir uma governança institucional eficaz, com instâncias de cogestão, comitê de acompanhamento, ouvidoria ativa e canais permanentes de participação social. A relação entre a OS e o poder público deve ser pautada por princípios como pontualidade, transparência, confiabilidade dos dados, compromisso com resultados e melhoria contínua dos processos. Nesse contexto, serão observadas, cumulativamente, as diretrizes previstas nos diplomas legais que regulam a atuação das organizações sociais no SUS, notadamente:

I. Na prestação dos serviços de saúde pública:

- Garantia de acesso gratuito, universal, igualitário e integral;
- Respeito à dignidade, autonomia e direito à informação dos pacientes;
- Vedada a cobrança de qualquer valor por serviços prestados;
- Promoção da participação comunitária e do controle social;
- Prestando os serviços com qualidade, resolutividade e eficácia.

II. Na gestão dos recursos e bens públicos:

- Responsabilidade sobre os bens móveis e imóveis cedidos pelo Estado;
- Formalização de termo de permissão de uso e inventário detalhado;

- Realização de manutenções preventivas e comunicação de aquisições;
- Incorporação ao patrimônio público dos bens adquiridos com recursos do contrato de gestão;
- Transferência integral à SMS, em caso de desqualificação ou término do contrato, de legados, doações e excedentes financeiros vinculados à gestão.

III. Na responsabilidade civil, administrativa e sanitária:

- Indenização por danos decorrentes de falhas, erros ou omissões na prestação dos serviços;
- Observância ao Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990);
- Manutenção de prontuários atualizados e respeitando o prazo legal de guarda;
- Garantia da confidencialidade das informações e dados pessoais dos pacientes;
- Proibição de uso de pacientes para experimentação sem autorização ética.

IV. Na gestão de pessoal e serviços terceirizados:

- Realização de processos seletivos com critérios técnicos e publicidade;
- Responsabilização plena pelos encargos trabalhistas e previdenciários;
- Respeito à autonomia da SES/SE sobre servidores cedidos;
- Contratação de terceiros com base em regulamento próprio aprovado.

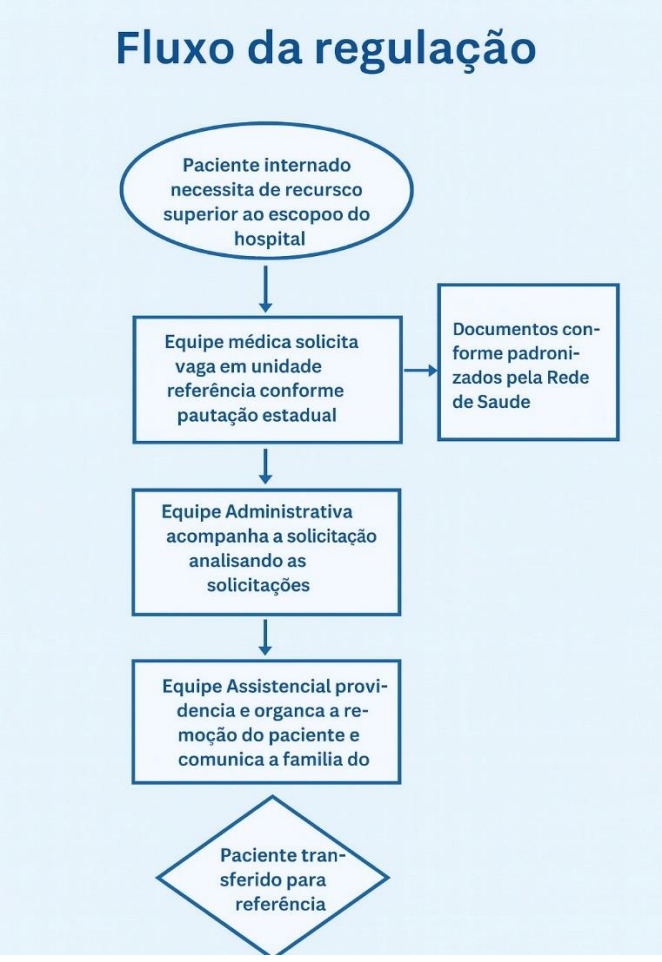
V. Na relação com o usuário e com a comunidade:

- Instalação de ouvidoria com relatórios trimestrais;
- Pesquisa periódica de satisfação dos usuários;
- Justificação técnica em caso de não realização de procedimento;
- Esclarecimento de direitos e garantia de consentimento informado;
- Respeito à recusa de atendimento, salvo risco de morte.

VI. Na identificação institucional e comunicação pública:

- Afixação de placas indicando a gratuidade do serviço e a condição de OS;
- Uso do nome oficial da unidade seguido da identificação "Organização Social";
- Utilização correta dos símbolos institucionais e comunicação institucional conforme diretrizes da SES.

Por fim, o modelo de publicização adotado para a gestão da UPA Neópolis representa um mecanismo moderno, responsável e legalmente sustentado de cooperação entre o Estado e a sociedade civil. Preserva-se a natureza pública da assistência, amplia-se a eficiência da gestão, valoriza-se o controle social e promove-se a garantia do direito à saúde como um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos.



2.1.8. Descrição do funcionamento do modelo de regulação assistencial.



A UPA Neópolis, sob gestão do INASP, implementa um modelo de regulação assistencial para transporte de pacientes integrado à Rede de Urgências do SUS/Sergipe, garantindo transferências seguras, ágeis e coordenadas conforme a

Política Nacional de Regulação (Portaria 1.559/2008) e os fluxos estabelecidos pelo Complexo Regulador Estadual (SIGAU/CRU).

OBJETIVO:

- Assegurar acesso oportuno a serviços de maior complexidade.
- Minimizar riscos durante o transporte.
- Otimizar recursos por meio de regulação tripartite (acesso, cuidado e oferta).

O principal objetivo do modelo de regulação assistencial adotado pela UPA Neópolis é assegurar que os pacientes tenham acesso oportuno aos serviços de maior complexidade disponíveis na rede estadual, em consonância com os princípios da universalidade e integralidade do SUS. Para tanto, busca-se minimizar riscos clínicos e operacionais durante o transporte interinstitucional, por meio de protocolos claros e equipes treinadas. Além disso, pretende-se otimizar o uso dos recursos disponíveis por meio da articulação entre os três eixos fundamentais da regulação assistencial, que são o acesso, o cuidado e a oferta, promovendo uma gestão racional e eficiente das demandas assistenciais.

CLASSIFICAÇÃO DO TRANSPORTE

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis, sob gestão do Instituto Nacional de Apoio à Gestão Pública (INASP), adota um modelo de regulação assistencial articulado à Rede de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) em Sergipe. Esse modelo visa garantir o acesso ágil, seguro e eficaz a serviços de maior complexidade, por meio de um sistema integrado de fluxos regulatórios, conforme a Política Nacional de Regulação estabelecida pela Portaria nº 1.559/2008, e sob coordenação do Complexo Regulador Estadual (SIGAU/CRU), em articulação direta com o SAMU 192.

A proposta estrutura-se sobre o princípio da regulação tripartite, compreendendo os eixos do acesso, do cuidado e da oferta. No que se refere ao **transporte intra-hospitalar**, a UPA assegura a mobilidade dos pacientes dentro da

própria unidade para fins de observação, realização de exames ou procedimentos terapêuticos, sempre sob protocolos rigorosos de segurança. Os deslocamentos são realizados por meio de macas ou cadeiras de rodas devidamente equipadas com suportes para oxigênio, bombas de infusão e dispositivos de proteção lateral com travamento por freios. Não se admite o transporte de pacientes no colo de acompanhantes, salvo em casos excepcionais em que estejam sentados de forma segura em cadeiras, e mediante orientação da equipe de enfermagem.

Quanto ao **transporte inter-hospitalar**, a UPA está preparada para avaliar e encaminhar pacientes que demandem internação em Unidades de Terapia Intensiva ou realização de procedimentos de alta complexidade, tais como cirurgias, hemodiálise ou cuidados especializados. Nesses casos, a responsabilidade da solicitação recai sobre o médico assistente da unidade, sendo necessária a validação pela equipe do Serviço de Remoção da Secretaria de Estado da Saúde. Importante frisar que a UPA Neópolis não disponibiliza Unidade de Terapia Intensiva Móvel tipo D sob sua própria estrutura. A remoção de pacientes críticos que necessitem desse tipo de transporte será realizada exclusivamente por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), conforme o fluxo estabelecido pela Regulação Estadual.

No eixo da **regulação do acesso**, a UPA opera a partir de fluxos definidos segundo o grau de complexidade do atendimento. Casos de demanda espontânea seguem a classificação de risco conforme o Protocolo de Manchester, garantindo acolhimento e priorização clínica desde o momento da admissão. Já os casos oriundos do SAMU 192 são estabilizados previamente na unidade e submetidos à regulação inter-hospitalar conforme protocolos estabelecidos. Todo esse processo é monitorado em tempo real por meio do sistema informatizado ACONE-SE, assegurando interoperabilidade com as plataformas da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) e promovendo rastreabilidade, transparência e agilidade na tomada de decisão.

No que tange à **regulação do cuidado**, a UPA conta com uma Comissão de Regulação Clínica composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, cuja função é analisar criteriosamente os casos que demandam transferência inter-hospitalar. Esta comissão atua com base em protocolos assistenciais respaldados por

evidências científicas, como o uso do Escore de Alerta Precoce (EAP), assegurando a indicação precisa e oportuna da remoção. Antes de cada transferência, é obrigatória a realização de checklist clínico-operacional, que inclui a verificação do funcionamento de equipamentos vitais — como oxímetro, ventilador portátil e dispositivos de monitoramento —, bem como a organização de toda a documentação clínica do paciente, incluindo prontuário, prescrições, resultados de exames e laudos médicos, garantindo continuidade assistencial e segurança jurídica.

Por fim, no eixo da **regulação da oferta**, a UPA Neópolis realiza a atualização diária da sua capacidade instalada, informando à Central Estadual de Regulação a situação dos leitos de observação e o estoque de insumos críticos, como medicamentos, oxigênio e materiais de suporte à vida. Essa transparência é fundamental para a adequada alocação de pacientes e permite a priorização das solicitações de transferência conforme a disponibilidade de vagas na rede hospitalar de referência. A articulação se dá principalmente com o Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE) e outras unidades de retaguarda da macrorregião de saúde, viabilizando um sistema integrado que potencializa a resolubilidade da rede e fortalece os princípios do SUS de equidade e integralidade.

CRITÉRIOS DE COMPLEXIDADE E EQUIPES

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco	Critérios	Equipe Mínima	Equipamentos
Baixo (A)	Estável há 48h; sem oxigenoterapia.	1 Técnico de Enfermagem	Monitor básico
Médio (B)	Estável há 24h; requer oxigênio ou monitorização.	1 Enfermeiro + 1 Técnico	Oximetro + cardioscópio
Alto (C)	Uso de vasopressores/ventilação mecânica.	1 Médico + 1 Enfermeiro	Ventilador portátil + multiparamétrico

O processo de regulação assistencial na UPA Neópolis segue critérios rigorosos de complexidade clínica para determinar o tipo de suporte necessário ao

transporte inter-hospitalar, considerando o estado de saúde do paciente, os recursos disponíveis e a equipe envolvida. Essa classificação, fundamentada na estratificação de risco, orienta tanto a alocação da equipe mínima quanto os equipamentos indispensáveis ao deslocamento seguro.

Pacientes classificados como de **baixo risco (Classe A)** são aqueles clinicamente estáveis por um período mínimo de 48 horas e que não apresentam necessidade de oxigenoterapia. Nesses casos, o transporte é realizado por um técnico de enfermagem, utilizando monitorização básica, suficiente para garantir a segurança do trajeto. Já os pacientes de **risco moderado (Classe B)** são aqueles que mantêm estabilidade nas últimas 24 horas, porém necessitam de suporte com oxigênio suplementar ou monitoramento mais apurado. Para esses casos, a equipe mínima inclui um enfermeiro e um técnico de enfermagem, com uso de oxímetro e cardioscópio. Por fim, os pacientes em **estado crítico (Classe C)**, com necessidade de vasopressores, ventilação mecânica ou suporte intensivo, requerem a presença de um médico e um enfermeiro durante todo o transporte, além de equipamentos como ventilador portátil e monitor multiparamétrico.

A logística de transporte é igualmente padronizada. Pacientes de risco leve são transportados por veículos de Suporte Básico (SB), enquanto os casos de alto risco demandam Unidade de Terapia Intensiva Móvel, com presença obrigatória de médico. No entanto, cabe destacar que a UPA Neópolis não disponibiliza ambulância UTI tipo D em sua frota própria. A disponibilização de veículos de alta complexidade será viabilizada exclusivamente via Regulação Estadual, por meio do SAMU 192. Os tempos de resposta seguem parâmetros estabelecidos: em áreas urbanas, a média esperada é de até 15 minutos para transporte básico e até 30 minutos para transporte avançado. Já em zonas rurais, admite-se um tempo de até 40 minutos, desde que haja comunicação prévia com a unidade de destino.

As atribuições da equipe multidisciplinar são claramente definidas para garantir segurança, agilidade e continuidade do cuidado. Ao médico cabe a avaliação clínica prévia à remoção, bem como a comunicação com a unidade hospitalar de referência para assegurar a recepção do paciente. O enfermeiro é responsável pelo monitoramento contínuo durante o deslocamento e pela execução do checklist de segurança, que inclui, entre outros pontos, a verificação e fixação adequada de

dispositivos invasivos. O condutor socorrista, por sua vez, deve possuir conhecimento aprofundado da malha viária local e ser capacitado para realizar inspeções de rotina e manutenções preventivas no veículo, assegurando sua funcionalidade e prontidão.

Algumas situações constituem contraindicação ao transporte. São elas os casos em que o paciente se encontra hemodinamicamente instável, sem possibilidade de estabilização prévia nem suporte adequado durante o trajeto, e aqueles em que ainda não há confirmação de leito disponível na unidade de destino. Nessas condições, o transporte é adiado até que os critérios clínicos e logísticos sejam plenamente atendidos.

O sistema de **monitoramento e avaliação** do transporte inter-hospitalar adota indicadores de desempenho para garantir qualidade e efetividade no processo regulatório. A taxa de resolutividade deve ser igual ou superior a 90%, considerando-se como transferência resolvida aquela concluída em até duas horas após a indicação. Outro indicador monitorado é o tempo médio de espera para ambulância UTI, que deve se manter inferior ou igual a uma hora. A avaliação desse desempenho é feita mediante auditorias mensais, cujos relatórios são encaminhados ao Conselho Estadual de Saúde, como forma de assegurar transparência e controle social sobre os fluxos assistenciais da rede.

CRITÉRIOS PARA PRIORIZAÇÃO DE REMOÇÃO:



A definição clara dos critérios para priorização de remoção tem como principal objetivo garantir a equidade no acesso aos serviços hospitalares de maior complexidade, especialmente em contextos de limitação de recursos e alta demanda. A aplicação desses critérios pela equipe da UPA Neópolis permite que decisões clínicas e logísticas sejam fundamentadas em parâmetros objetivos, baseados na gravidade do quadro clínico, na estabilidade hemodinâmica do paciente, na disponibilidade de suporte tecnológico e na resposta assistencial que se pretende alcançar. Tal protocolo reforça o alinhamento da unidade com os princípios da Política Nacional de Regulação do SUS e fortalece a cooperação entre os componentes da rede estadual, como o SAMU 192, o SIGAU/CRU e os hospitais de referência, assegurando maior resolutividade e menor risco durante o processo de transferência inter-hospitalar.

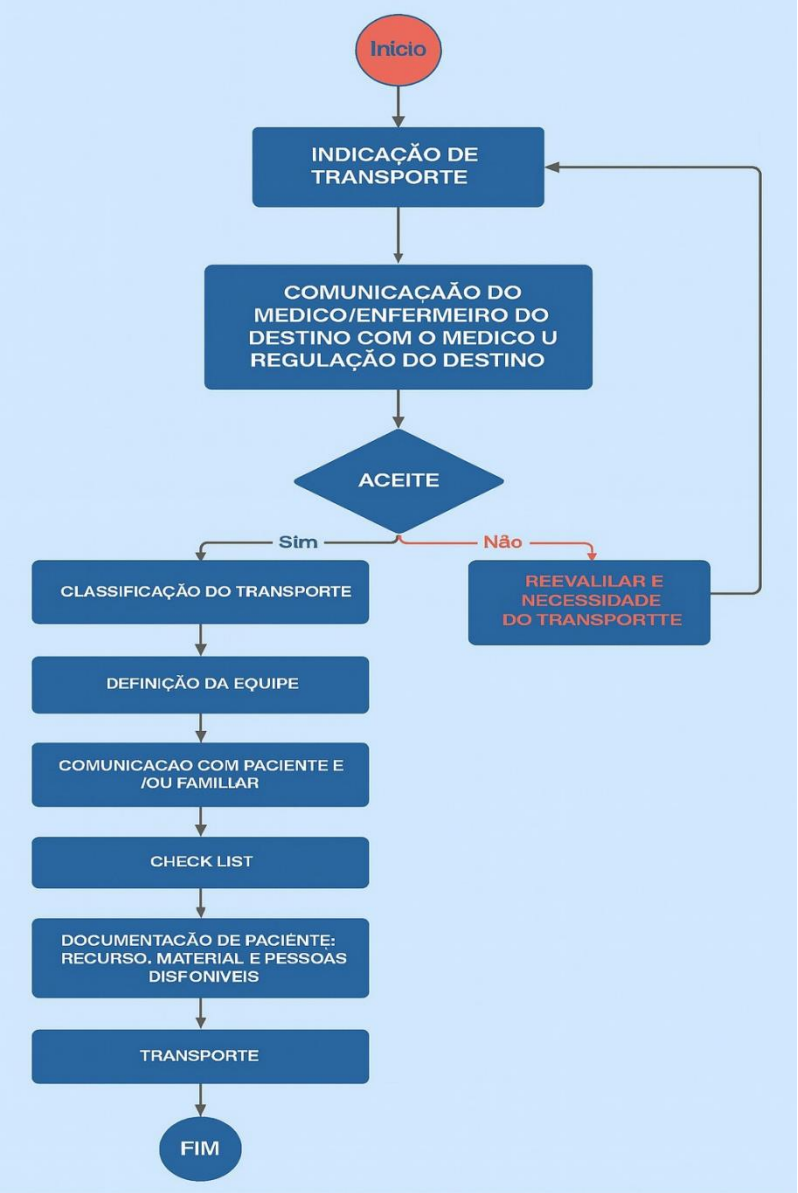
2.1.9. DESCRIÇÃO DE COMO SERÁ GERENCIADO O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DOS PACIENTES DA UNIDADE.

A gestão do transporte inter-hospitalar de pacientes na UPA Neópolis, Sergipe constitui um componente essencial da integralidade e da continuidade do cuidado em saúde, conforme os princípios da Política Nacional de Atenção às Urgências e das diretrizes operacionais do SUS. A proposta contempla um modelo funcional, eficiente e articulado com as redes de regulação e os demais pontos de atenção, assegurando que os deslocamentos entre unidades hospitalares ocorram com agilidade, segurança clínica e respaldo técnico-operacional.

O transporte inter-hospitalar de pacientes na UPA Neópolis obedecerá a diretrizes clínicas e operacionais baseadas em protocolos de segurança assistencial e legislação vigente. Trata-se de procedimento regulado, autorizado previamente pela Central de Regulação de Urgências (CRU), e executado exclusivamente em situações em que o paciente apresente estabilidade clínica compatível com a transferência, conforme os critérios definidos na Portaria GM/MS nº 2.048/2023 e nos fluxos clínicos da própria Secretaria de Estado da Saúde.

A operacionalização do transporte inter-hospitalar contará com uma ambulância padronizada do tipo Suporte Básico (Tipo A – Simples Remoção),

conforme especificações da Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde. Trata-se de veículo destinado ao transporte de pacientes sem risco iminente de vida, para remoções simples e eletivas. A estrutura técnica, os critérios de manutenção, as escalas de trabalho, o plano de contingência e as especificações do veículo – Ambulância e Estrutura de Suporte Básico, que integra esta proposta como documento técnico-referencial para a gestão da mobilidade assistida.



AMBULÂNCIAS E ESTRUTURA DE SUPORTE PRÉ-HOSPITALAR – UPA NEÓPOLIS

A estratégia de transporte inter-hospitalar vinculada à UPA de Neópolis será viabilizada por meio da disponibilização de **uma ambulância de Suporte Básico (Tipo A)**, fornecida e gerida pelo Instituto Nacional de Apoio à Gestão Pública (INASP). Essa ambulância foi concebida segundo os parâmetros técnicos da Portaria MS nº 2.048/2002, estando plenamente adaptada às necessidades da atenção pré-hospitalar e compatível com os fluxos assistenciais definidos pela Central Estadual de Regulação.

Trata-se de um veículo do tipo furgão adaptado, com capacidade para acomodar um paciente em maca retrátil e até dois acompanhantes, além da equipe técnica. O equipamento embarcado contempla todos os recursos essenciais à estabilização clínica de casos de baixa e média complexidade, incluindo cilindro de oxigênio de 10 litros, prancha rígida para imobilização, maleta de primeiros socorros, banco com cinto de segurança, sinalizador óptico e sonoro e dispositivos de suporte à mobilidade. Todo o layout interno foi projetado para assegurar ergonomia, segurança biológica e agilidade nos atendimentos.

Importante destacar que, para situações de alta complexidade ou risco iminente de vida, como casos que demandem ventilação mecânica, uso de vasopressores ou monitoramento multiparamétrico, a UPA de Neópolis estará integrada aos protocolos da Regulação Estadual, cabendo ao **SAMU 192 a responsabilidade pela disponibilização e acionamento das Unidades de Terapia Intensiva Móvel (ambulância Tipo D)**. Esta definição está em consonância com a organização regional da Rede de Urgência e garante que os pacientes críticos tenham acesso a suporte avançado de vida de forma segura, oportuna e regulada por critérios clínicos estabelecidos.

Contratação e Operacionalização do Transporte Sanitário

A operacionalização do transporte inter-hospitalar por meio da ambulância de Suporte Básico será formalizada através de contrato específico celebrado entre o INASP e a UPA de Neópolis. Este contrato estabelece as diretrizes para a **disponibilização permanente do veículo**, abrangendo manutenção preventiva e

corretiva, abastecimento regular, seguro total, higienização, checagem diária dos sistemas e operação assistida por equipe qualificada.

A gestão técnica ficará sob a responsabilidade de profissional enfermeiro com experiência comprovada em transporte sanitário e urgência pré-hospitalar. Para o funcionamento ininterrupto do serviço, será mantida uma escala composta por quatro motoristas socorristas, todos habilitados com CNH categoria D, capacitados em Suporte Básico de Vida (SBV) e organizados em jornada de 12x36 horas, assegurando a cobertura integral dos turnos e a disponibilidade do transporte em tempo real. A presença de **frota reserva** está prevista para situações de contingência, manutenção ou eventos adversos, assegurando a continuidade dos atendimentos mesmo em condições críticas.

O modelo de operação inclui a execução de ***checklist* técnico diário**, abrangendo desde a verificação dos sistemas de sinalização e abastecimento até a integridade dos dispositivos de contenção e suporte clínico. Além disso, o veículo contará com **sistema de rastreamento e radiocomunicação ativa**, permitindo o monitoramento em tempo real pela Central Estadual de Regulação e a sincronização com o sistema informatizado da própria UPA. Os registros das ocorrências e transferências serão integrados ao prontuário eletrônico do paciente, fortalecendo a rastreabilidade, a segurança da informação e a continuidade do cuidado.

A proposta reafirma o compromisso da UPA de Neópolis com a excelência operacional e a conformidade legal, promovendo um transporte sanitário eficaz, ético e responsivo, em total sintonia com os princípios da regionalização da assistência e com as políticas públicas de saúde que regem o atendimento pré-hospitalar no Brasil.

A estruturação do componente de transporte inter-hospitalar da UPA Neópolis, nos moldes aqui apresentados, visa assegurar a continuidade do cuidado e a integração dos pontos de atenção à saúde, conforme orienta a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A operacionalização de duas ambulâncias devidamente equipadas, uma de suporte básico e outra de suporte avançado, associada a protocolos de biossegurança, equipe técnica qualificada, rastreabilidade digital e regulação assistida, confere à unidade a capacidade plena de resposta às necessidades clínicas complexas da população usuária.

Trata-se de um componente essencial da atenção pré-hospitalar e da retaguarda resolutiva em redes regionalizadas, cujo funcionamento eficiente impacta diretamente nos desfechos clínicos, na satisfação dos usuários e na qualificação dos fluxos assistenciais.

Dessa forma, consolida-se como instrumento técnico-operacional fundamental para a garantia da integralidade, da equidade e da segurança no cuidado em saúde, reafirmando o compromisso institucional com a efetivação do direito à saúde como valor constitucional.

A estruturação do componente de transporte inter-hospitalar da UPA Neópolis, nos moldes aqui apresentados, visa assegurar a continuidade do cuidado e a integração dos pontos de atenção à saúde, conforme orienta a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A operacionalização de duas ambulâncias devidamente equipadas, uma de suporte básico e outra de suporte avançado, associada a protocolos de biossegurança, equipe técnica qualificada, rastreabilidade digital e regulação assistida, confere à unidade a capacidade plena de resposta às necessidades clínicas complexas da população usuária.

Trata-se de um componente essencial da atenção pré-hospitalar e da retaguarda resolutiva em redes regionalizadas, cujo funcionamento eficiente impacta diretamente nos desfechos clínicos, na satisfação dos usuários e na qualificação dos fluxos assistenciais.

A operacionalização desse eixo será estruturada em quatro dimensões interdependentes:

a) Coordenação com o Complexo Regulador Estadual (NIR's)

A transferência segura e eficiente de pacientes entre a UPA Neópolis e as unidades de referência será garantida por um sistema de regulação robusto, integrado ao Complexo Regulador Estadual (NIR's), assegurando que toda movimentação seja protocolada, rastreável e baseada em critérios clínicos rigorosos.

Fluxo de Regulação e Transferência

Etapa	Responsável	Ação	Tecnologia Utilizada
1. Solicitação de Vaga	Médico da UPA	Preenchimento do formulário eletrônico com dados clínicos e justificativa	ACONE + Prontuário Eletrônico
2. Análise e Autorização	Regulador do CRE	Validação conforme protocolos estaduais e disponibilidade de leitos	Sistema Nacional de Regulação (SISREG)
3. Confirmação de Logística	Equipe de Enfermagem e Frota	Agendamento do transporte e preparo do paciente	Sistema de Gestão de Transporte (SGT)
4. Acompanhamento em Tempo Real	Coordenação da UPA	Monitoramento do trajeto e comunicação com a unidade receptora	Rádio Digital + Plataforma SIGTAP
5. Encerramento do Processo	CRE + UPA	Registro do desfecho e feedback pós-transferência	Relatório Automatizado (BI)

- Diferenciais Estratégicos:
- Protocolos Clínicos Validados – Alinhados às linhas de cuidado do Ministério da Saúde e às diretrizes do CRE.
- Tecnologia Integrada – Conexão em tempo real com ACONE, SISREG e SGT, eliminando retrabalho.
- Transparência e Rastreabilidade – Todos os passos são registrados e auditáveis, garantindo accountability.
- Redução de Tempos de Espera – Meta de ≤ 2h entre solicitação e transferência para casos urgentes.

Dessa forma, a UPA Neópolis assegura um processo de regulação ágil, seguro e centrado no paciente, fortalecendo a rede de atenção às urgências. A integração tecnológica, o rigor nos protocolos e a capacitação contínua das equipes garantem que cada transferência seja realizada com excelência, reduzindo riscos e otimizando recursos. Este modelo não apenas cumpre as exigências do CRE, mas também se posiciona como referência em gestão eficiente de leitos e transporte assistencial no estado.

b) Equipe e protocolos especializados

Será mantida uma equipe de apoio ao transporte inter-hospitalar composta por profissionais capacitados para triagem, avaliação da estabilidade clínica e preparação logística do paciente. Essa equipe atuará segundo protocolos de estabilização pré-transferência, controle de riscos e checagem de critérios para remoções seguras, garantindo que apenas pacientes em condições clínicas compatíveis sejam encaminhados, conforme os parâmetros da Classificação de Transporte (básico, avançado e especializado).

Estrutura da Equipe de Transporte Inter-Hospitalar

A UPA Neópolis contará com uma **equipe multiprofissional dedicada**, treinada em **emergências móveis e estabilização pré-transporte**, garantindo segurança desde a triagem até a chegada ao destino.

Cargo	Quant.	Atribuições Principais	Certificações Obrigatórias
Médico Regulador	2	Validação final da estabilidade clínica e classificação do transporte	ATLS + Curso de Regulação em Saúde
Enfermeiro Intensivista	4	Estabilização avançada (vias aéreas, acesso vascular, monitoramento contínuo)	PHTLS + SBV Avançado
Técnico de Enfermagem	8	Preparo do paciente (imobilizações, administração de oxigênio, checagem de documentação)	SBV + Curso de Transporte Sanitário
Condutor Socorrista	6	Operação de veículos, comunicação com a central e apoio em emergências	NR-20 + Curso de Direção Defensiva em UTIs

2. Protocolos Clínicos e Fluxos Críticos

Classificação de Transporte (Padronização Estadual)

Tipo	Critérios	Equipe Mínima	Equipamentos Exigidos
Básico	Pacientes estáveis (ex.: consultas agendadas)	1 técnico + 1 condutor	Oxigênio, kit primeiros socorros, maca fixa
Avançado	Risco moderado (ex.: pós-cirúrgicos monitorados)	1 enfermeiro + 1 técnico	Monitor cardíaco, bomba de infusão, medicamentos
Especializado	Emergências (ex.: politraumatizados, AVC)	1 médico + 1 enfermeiro + 1 técnico	Ventilador mecânico, drogas vasoativas, ultrassom portátil

Checklist Pré-Transporte (Exemplo)

- Avaliação clínica (Escala de Coma de Glasgow, sinais vitais)
- Verificação de documentos (Laudo médico, autorização do CRE, exames)
- Preparo do veículo (Estoque de insumos, teste de equipamentos)
- Comunicação (Confirmação com a unidade receptora e atualização no SISREG)

Inovações e Indicadores de Qualidade

- Simulações mensais de emergências em transporte (treinamento com casos reais).
- Meta de tempo resposta: Máximo de 30 minutos entre solicitação e partida (casos urgentes).
- Auditorias trimestrais com relatórios de conformidade (ANVISA/CRE).

A equipe de transporte inter-hospitalar da UPA Neópolis opera com excelência técnica e compromisso humanizado, assegurando que cada transferência seja realizada com base em evidências, tecnologia e protocolos atualizados. A padronização dos fluxos, aliada à educação continuada e à integração com o Complexo Regulador, posiciona o serviço como referência em segurança do paciente e eficiência operacional. Este modelo não apenas reduz riscos durante o transporte, mas também fortalece a rede de atenção às urgências, garantindo que os recursos certos estejam disponíveis no momento certo – salvando vidas e otimizando o sistema de saúde.

c) Frota e logística operacional

O transporte dos pacientes será executado com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), bem como por veículos próprios ou contratados pela Organização Social, devidamente habilitados para o transporte sanitário. Toda frota utilizada será vistoriada periodicamente, equipada com suporte à vida (nos casos de transporte avançado), registro eletrônico de rotas, sistema de

comunicação com a UPA e protocolos sanitários de biossegurança. A escala de motoristas, técnicos de enfermagem e condutores socorristas será organizada de forma a garantir cobertura em regime 24 horas.

O transporte de pacientes será realizado através de uma **estratégia integrada**, combinando:

- **Parceria com SAMU 192** para casos de urgência/emergência (conforme Portaria GM/MS nº 2.048/2002).
- **Frota própria/terceirizada** composta por veículos categorizados conforme a ANVISA (RDC nº 179/2018):

Tipo de Veículo	Finalidade	Equipamentos Obrigatórios	Vistorias
UTI Móvel (Avançado)	Emergências críticas	Ventilador, monitor cardíaco, drogas vasoativas	**Mensal** (IN 179)
Básico (Classe B)	Transporte não urgente	Oxigênio, kit primeiros socorros, maca fixa	**Bimestral**
Apoio (Classe C)	Transferência ambulatorial	Sanitização automatizada, cadeira de rodas adaptada	**Trimestral**

Tecnologia e Rastreamento

- Sistema de registro eletrônico: Integrado ao SIGTAP (rastreamento de rotas em tempo real).
- Comunicação unificada: Rádio digital vinculado à Central de Regulação Municipal e à UPA de destino.
- Biossegurança: Protocolos pós-transporte com desinfecção terminal (álcool 70% ou hipoclorito 0,1%).

Escala de Equipes (24h)

Cargo	Quantidade	Turno Diurno (07h–19h)	Turno Noturno (19h–07h)	Folgas
Condutor Socorrista	12	4	3	6x1
Técnico de Enfermagem	8	3	2	12x36
Enfermeiro Supervisor	2	1 (plantão escalonado)	1 (plantão escalonado)	5x2

Indicadores de Qualidade *(Exemplos)*

- Tempo médio de resposta: Máximo de 15 minutos para urgências (meta OMS).
- Taxa de ocupação da frota: Limite de 70% para evitar desgaste operacional.
- Satisfação do paciente: Pesquisas pós-transporte (avaliação trimestral).
- 5. Inovações para 2026
- Teste de veículos elétricos para rotas ambulatoriais (projeto piloto em Q2).
- Integração com telemedicina: Tablets para consultas remotas durante transportes longos.

Dessa forma, a gestão da frota e logística operacional assegura não apenas o cumprimento das exigências legais, mas também a excelência no atendimento aos pacientes, com eficiência, segurança humanizada e inovação tecnológica. A implementação de indicadores de desempenho, aliada à capacitação contínua das equipes e à modernização gradual da frota, garante um serviço sustentável e adaptável às demandas dinâmicas do sistema de saúde, sempre priorizando a vida e o bem-estar dos usuários.

d) Registro, auditoria e melhoria contínua

Todos os transportes realizados serão registrados em sistema próprio e integrados ao Prontuário Eletrônico do Paciente, com detalhamento clínico, horário de solicitação, tempo de resposta, equipe envolvida, veículo utilizado e unidade de destino. Esses dados serão analisados mensalmente pelo Núcleo de Qualidade e Avaliação de Desempenho (NQAD), com foco em indicadores como: tempo médio de regulação, tempo de espera para transporte, taxa de retorno por instabilidade clínica e nível de satisfação do usuário e da família. A gestão dessas informações será utilizada tanto para fins de auditoria interna quanto para relatórios periódicos enviados à Secretaria de Estado da Saúde.

Além disso, será implementado um Plano de Contingência para situações emergenciais, como falha na comunicação com a regulação, ausência momentânea de vagas hospitalares, necessidade de evacuação de pacientes em massa (em caso de incidentes críticos) ou indisponibilidade temporária de frota. Esse plano estabelecerá fluxos alternativos, unidades de retaguarda e acionamento imediato de

recursos adicionais, em conformidade com os princípios da resposta rápida em saúde pública.

Com essa estrutura, a UPA Neópolis assegurará que o transporte inter-hospitalar funcione como elo eficaz e seguro entre os níveis de atenção, respeitando a dignidade do paciente, o tempo clínico necessário e a lógica organizativa da rede assistencial regional, promovendo desfechos mais qualificados e humanizados na atenção às urgências.

e) Prontuário Eletrônico e Sistema de Controle de Frota

A implantação e gestão da frota de transporte sanitário da UPA Neópolis estará integrada a um sistema informatizado de registro, acompanhamento e avaliação dos atendimentos realizados pelas ambulâncias. O projeto prevê a utilização de prontuário eletrônico interligado à base de dados da própria unidade, possibilitando o registro padronizado de informações clínicas, operacionais e logísticas desde o acionamento até a finalização do atendimento.

O sistema adotado contemplará campos específicos para registro de dados do paciente, motivo da transferência, condições clínicas no momento do transporte, profissionais envolvidos, tempo de resposta, destino regulado, intercorrências, além de anexação de documentos digitalizados e registros fotográficos quando necessário. Essa base permitirá tanto o acompanhamento em tempo real como a auditoria posterior das ocorrências.

Paralelamente, será implementado um módulo de controle de frota, responsável pelo gerenciamento das duas ambulâncias da unidade (uma de suporte básico e outra de suporte avançado), com monitoramento de uso, consumo de combustível, manutenção preventiva e corretiva, tempo de deslocamento e rotas utilizadas. O sistema deverá ser compatível com as plataformas de georreferenciamento utilizadas pela regulação estadual e permitirá rastreamento por GPS, contribuindo para a eficiência logística, segurança das equipes e dos pacientes.

Essa estrutura de registro e controle atende às recomendações da Portaria GM/MS nº 1.863/2023, que incentiva o uso de tecnologias da informação na Rede de Atenção às Urgências, e está em conformidade com os princípios da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Além de melhorar a qualidade da

assistência, o uso do prontuário eletrônico fortalece a produção de dados estratégicos para a avaliação de desempenho da UPA e para o aprimoramento contínuo da rede de atenção.

Além disso, será implementado um Plano de Contingência para situações emergenciais, como falha na comunicação com a regulação, ausência momentânea de vagas hospitalares, necessidade de evacuação de pacientes em massa (em caso de incidentes críticos) ou indisponibilidade temporária de frota. Esse plano estabelecerá fluxos alternativos, unidades de retaguarda e acionamento imediato de recursos adicionais, em conformidade com os princípios da resposta rápida em saúde pública.

f) Critérios de Estabilização para Transferência

Conforme os *Protocolos Clínicos da UPA Neópolis,* é obrigatória a realização de um **checklist pré-transferência** com base nos seguintes critérios técnicos:

- Garantia de via aérea pérvia (máscara de oxigênio com reservatório ou dispositivo avançado instalado);
- Presença de dois acessos venosos calibrosos funcionantes;
- Sinais vitais estáveis por no mínimo 30 minutos;
- Monitorização contínua com oximetria, ECG e controle de pressão arterial;
- Registro completo em prontuário, laudos e exames;
- Comunicação com o serviço de destino confirmada;
- Equipe de transporte composta por, no mínimo, um condutor socorrista e um técnico de enfermagem com treinamento específico em transporte.

O Anexo 4 (p. 486), localizado na página 486, apresenta de forma minuciosa as **especificações técnicas e operacionais referentes aos Fluxos de Estabilização e Transporte Inter-Hospitalar**, componentes fundamentais para assegurar a continuidade do cuidado e a resolubilidade nos atendimentos de urgência e emergência na UPA Neópolis. Este anexo detalha os protocolos clínicos, os critérios de elegibilidade para transferência, os procedimentos de estabilização prévia do paciente, bem como a logística envolvida na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Sua elaboração está alinhada às normativas da Política Nacional de

Atenção às Urgências e da Portaria GM/MS n.º 1.010/2012, que trata sobre as diretrizes para o transporte em saúde no âmbito do SUS, incluindo os parâmetros de qualidade, segurança e humanização do atendimento durante o deslocamento interinstitucional.

O documento também estabelece a responsabilidade das equipes assistenciais na ativação do fluxo, o papel da regulação médica estadual na definição do destino hospitalar e as exigências técnicas mínimas para as ambulâncias utilizadas, conforme as especificações da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 50/2002 da Anvisa e da Portaria GM/MS n.º 2048/2002. Além disso, o anexo inclui orientações sobre a comunicação efetiva entre os serviços de origem e destino, o registro documental de cada etapa do processo e a atuação articulada dos profissionais de enfermagem, condutores socorristas, médicos e reguladores. A clareza com que os fluxos estão descritos oferece à UPA Neópolis uma ferramenta operativa indispensável para responder com agilidade e eficiência às situações clínicas que ultrapassam sua capacidade resolutiva.

Ao organizar de maneira padronizada e criteriosa os passos a serem seguidos em casos de transferência de pacientes, o Anexo 4 fortalece a segurança clínica, reduz riscos operacionais e reforça o compromisso da unidade com a integralidade do cuidado. Mais do que um apêndice técnico, este documento se insere como parte estratégica da gestão qualificada em saúde, sendo expressão concreta do esforço da UPA Neópolis e do Instituto Nacional de Apoio à Gestão Pública (INASP) em assegurar excelência na prestação dos serviços, valorizando a vida e o tempo de resposta nas situações críticas.

g) Equipe Técnica e Atribuições

O transporte será realizado por equipe mínima composta por:

- Condutor de Veículo de Emergência (Motorista Socorrista)
  a) Conduz a ambulância segundo diretrizes de regulação e biossegurança.
  b) Realiza checklist veicular (oxigênio, maca, sinalização, freios, extintor etc.).

c) Possui CNH tipo D ou E, com curso específico de condução de veículos de emergência, conforme Resolução CONTRAN nº 789/2020.

Participa do embarque e desembarque seguro do paciente.

Treinamento em Suporte Básico de Vida (BLS) é obrigatório.

- Técnico de Enfermagem

d) Verifica condições clínicas do paciente antes do transporte.

e) Realiza fixação de dispositivos (cateter, sonda, acesso venoso).

f) Garante suporte básico durante o trajeto, com monitorização contínua.

g) Capacitado em urgência e emergência, com atualização em BLS.

h) Atua sob orientação da enfermagem responsável pelo plantão.

- Médico (quando necessário),

presente em casos que demandam suporte avançado ou instabilidade clínica iminente.

i) Executa manobras de suporte avançado de vida durante o trajeto.

j) Realiza regulação ativa, mantendo comunicação com o serviço de referência.

h) Fluxo Operacional e Comunicação

A solicitação de transporte inter-hospitalar será realizada após avaliação médica, com preenchimento de ficha de regulação, inserção de CID-11 e laudos complementares. O enfermeiro plantonista deverá validar o checklist clínico e comunicar a regulação estadual para autorização.

A equipe só executará a transferência após:

- Recebimento do aceite da unidade de destino;
- Entrega de cópias do prontuário médico, exames e relatórios;
- Checagem completa do veículo e dos dispositivos de contenção.

Fluxograma Detalhado do Processo

Etapa	Responsável	Ações Críticas	Ferramentas Utilizadas	Tempo Máximo

1. Solicitação Inicial	Médico Assistente	• Preenchimento da Ficha de Regulação Eletrônica • Inserção do CID-11 e justificativa clínica	Prontuário Eletrônico (PEP) Plataforma ACONE	15 minutos
2. Validação Clínica	Enfermeiro Plantonista	• Aplicação do *Checklist de Segurança Pré-Transporte* • Verificação de: - Estabilidade hemodinâmica - Via aérea - Medicações contínuas	App *SafeTransport* Protocolo Manchester	30 minutos
3. Regulação Centralizada	NIR/CRE	• Confirmação de vaga na unidade receptora • Emissão do Código de Autorização	SISREG Chatbot *Regula+*	1 hora (urgente) 4 horas (eletivo)
4. Preparação Logística	Equipe Multiprofissional	• Montagem do *Kit Transporte*: - Prontuário físico/digital - Exames recentes (últimas 24h) - Medicamentos para 48h • Teste de equipamentos do veículo	Sistema *LogiSaúde* Checklist ANVISA	45 minutos
5. Execução do Transporte	Condutor + Técnico	• Monitoramento contínuo via telemetria • Comunicação bimodal (rádio + app *SAMU Digital*)	GPS Médico Painel BI em Tempo Real	-
6. Entrega e Encerramento	Enfermeiro Receptor	• Assinatura do Termo de Transferência • Upload imediato do relatório de trajeto	Tablet *HealthConnect*	20 minutos

Protocolos de Comunicação Crítica

Matriz de Prioridades

Nível de Urgência	Canal de Comunicação	Tempo de Resposta Esperado
Emergência (P1)	Chamada de voz + Alerta no SISREG	Imediato (≤5 minutos)
Urgente (P2)	Mensagem cifrada via *ACONE*	≤15 minutos
Eletivo (P3)	E-mail institucional + SMS	≤2 horas

Checklist Obrigatório Pré-Transporte

Antes da realização de qualquer transferência inter-hospitalar, especialmente em contextos de urgência e emergência, a UPA Neópolis adota um conjunto rigoroso de critérios técnicos e operacionais que visam garantir a segurança do paciente, a efetividade do cuidado e a minimização de riscos durante o deslocamento. A padronização dos processos pré-transporte é fundamental para assegurar que todos os recursos necessários estejam disponíveis, que o paciente esteja devidamente estabilizado e que a equipe esteja capacitada para agir diante de eventuais intercorrências clínicas. Para isso, foi desenvolvido um **Checklist Obrigatório Pré-Transporte**, que contempla a checagem de documentação médica, funcionamento de equipamentos essenciais e avaliação das condições clínicas do paciente. Além do protocolo assistencial, a UPA incorporou inovações tecnológicas em gestão de risco, como o uso de inteligência artificial para análise preditiva do trajeto, bem como estratégias contínuas de capacitação da equipe e indicadores de desempenho rigorosamente monitorados. A seguir, apresentam-se as tabelas que consolidam essas diretrizes operacionais e os parâmetros de qualidade exigidos para a condução segura do transporte inter-hospitalar.

Tabela 1 – Checklist Obrigatório Pré-Transporte e Estratégias de Gestão de Risco Assistencial

Categoria	Item	Descrição / Observação
Documentação	Laudo médico	Emitido e assinado pelo médico assistente responsável pelo paciente.
	Autorização CRE	Documento com QR Code gerado pelo sistema de regulação estadual.
	Exames atualizados	Imagem e laboratoriais realizados nas últimas 24h, anexados ao prontuário.
Equipamentos	Monitor cardíaco	Testado e funcional antes do transporte, com bateria carregada.
	Oxigênio suplementar	Cilindro com reserva para, no mínimo, duas horas de uso contínuo.
	Kit de intubação	Presente, completo e com itens dentro do prazo de validade.
Paciente	Via aérea	Estável e protegida; necessidade de dispositivos registrados no prontuário.
	Acessos venosos	Patentes e funcionais, com checagem prévia de infiltrações.

	Informações clínicas	Relatório de alergias em destaque e informações essenciais visíveis.

Inovações em Gestão de Risco no Transporte Inter-Hospitalar

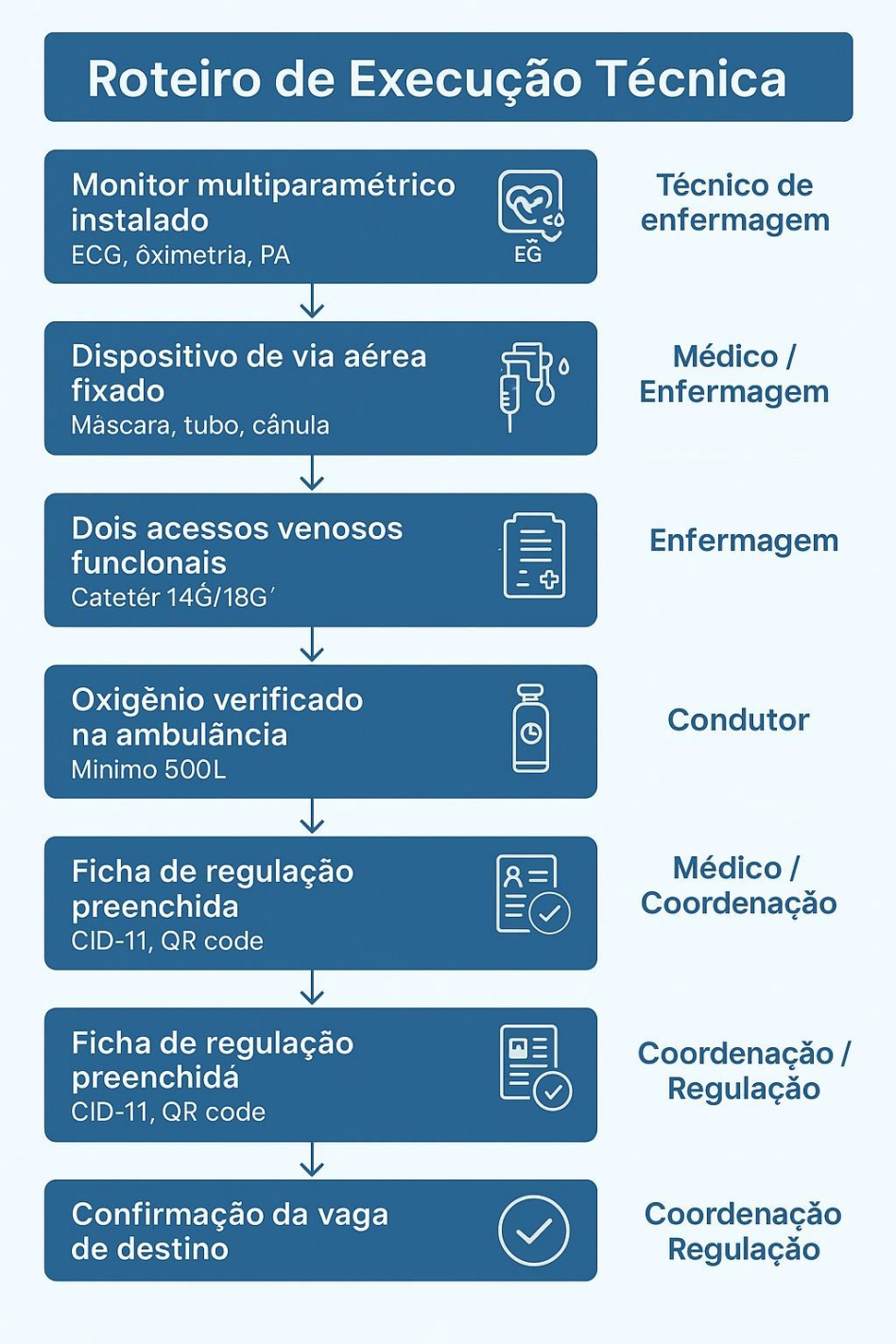
Ferramenta / Estratégia	Descrição
Sistema TrajSafe (IA preditiva)	Algoritmo inteligente que antecipa riscos durante o trajeto, com base em histórico clínico do paciente, condições climáticas e dados em tempo real de tráfego urbano.
Capacitação em simulações clínicas	Treinamentos mensais com realidade virtual, voltados para cenários de crise e transporte crítico em ambientes adversos.
Certificação periódica	Equipes de transporte com certificação semestral específica em Transporte de Alta Complexidade, conforme protocolos da Rede de Urgência e Emergência.

Indicadores-Chave de Desempenho (KPIs)

Indicador	Meta Operacional
Tempo total de transporte inter-hospitalar	≥95% das transferências concluídas em até 90 minutos (entre liberação da vaga e entrega do paciente).
Redução de eventos adversos durante o trajeto	≤2% por trimestre, com base em notificações registradas no sistema de qualidade e segurança.

O fluxo operacional da UPA Neópolis redefine a excelência em transporte inter-hospitalar através de um modelo integrado que combina rigor protocolares, tecnologia de ponta e capacitação contínua. Cada etapa – da solicitação à entrega – é monitorada em tempo real, garantindo segurança jurídica, clínica e operacional. Este sistema não apenas atende às exigências do CRE e ANVISA, mas supera padrões internacionais, posicionando-se como referência em gestão de risco e humanização do cuidado. A comunicação multimodal e os checklists inteligentes eliminam falhas potenciais, enquanto os indicadores de desempenho asseguram melhoria constante, salvando vidas através da precisão e da velocidade organizada.

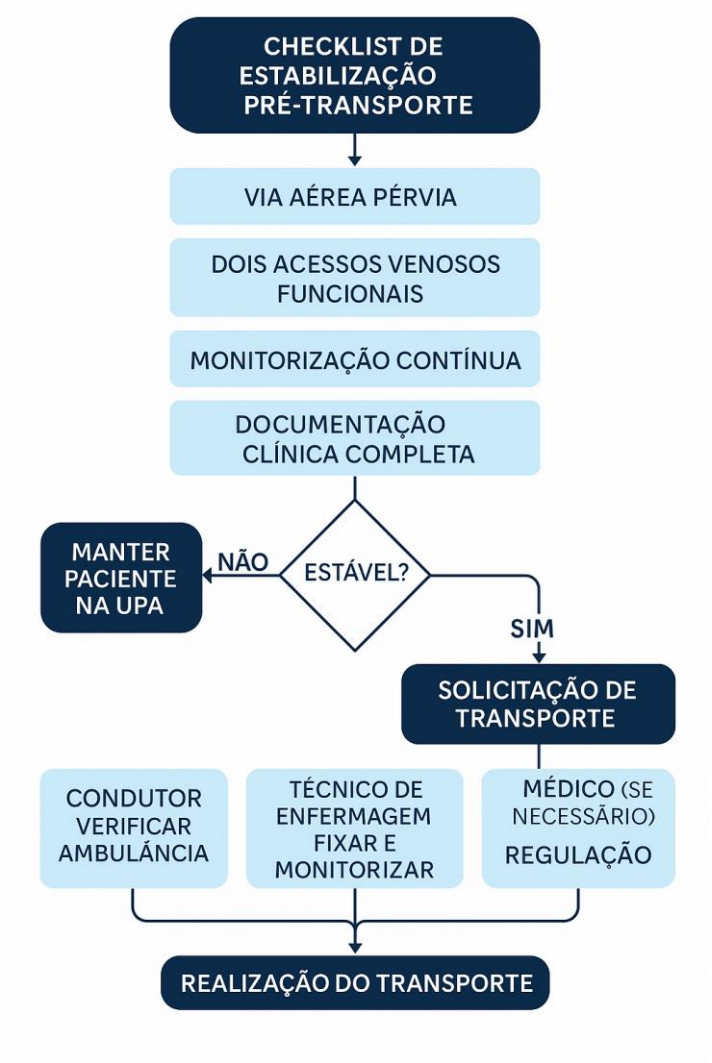
i) Roteiro de Execução Técnica – Checklist Integrado e Fluxograma



A padronização dos processos de transporte reduz eventos adversos, assegura a integridade do paciente durante o deslocamento e garante o cumprimento de

normativas do Ministério da Saúde, como a Portaria GM/MS nº 1.600/2011 (que define o componente móvel da Rede de Urgência) e a Portaria GM/MS nº 2.048/2023 (que regulamenta os atendimentos de urgência e emergência no SUS). A qualificação das equipes, o uso de protocolos específicos e a responsabilização por etapas são pilares desta proposta.

Figura - Fluxograma de *checklist* de estabilização pré-transporte



Fonte: Autoria INASP

Com essa estrutura, a UPA Neópolis assegurará que o transporte inter-hospitalar funcione como elo eficaz e seguro entre os níveis de atenção, respeitando a dignidade do paciente, o tempo clínico necessário e a lógica organizativa da rede assistencial regional, promovendo desfechos mais qualificados e humanizados na atenção às urgências.

2.1.10. CRONOGRAMA COM PRAZOS PROPOSTOS PARA IMPLANTAÇÃO E PARA PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO PROPOSTO.

A implantação da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, em Neópolis/SE, seguirá um cronograma técnico-operacional cuidadosamente estruturado em fases sequenciais e interdependentes, visando assegurar a entrada em operação da unidade com excelência organizacional, segurança assistencial e plena conformidade com as normas da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), do Ministério da Saúde e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).



O cronograma é composto por quatro etapas fundamentais: planejamento preparatório, mobilização estrutural e operacional, ativação gradual dos serviços e funcionamento pleno com monitoramento contínuo. Cada etapa será acompanhada por metas e indicadores específicos, auditáveis e ajustáveis conforme as necessidades do processo.

Fase 1: Planejamento Preparatório (Mês 1)

Duração: 30 dias

Objetivos:

- Formalização do Contrato de Gestão com a SES/SE;
- Criação do Comitê de Implantação, composto por representantes da organização social, da Secretaria e do controle social;
- Definição das metas, indicadores, fluxos e protocolos assistenciais e administrativos;
- Elaboração dos planos operacionais de serviços (POPs), logística e recursos humanos;
- Planejamento detalhado do processo de recrutamento, seleção e capacitação inicial das equipes.

Fase 2: Mobilização Estrutural e Operacional (Meses 2 e 3)

Duração: 60 dias

Atividades principais:

- Adequação das instalações físicas, conforme normas da Anvisa (RDC nº 50/2002 e correlatas);
- Instalação dos sistemas de gestão (prontuário eletrônico, controle de estoque, regulação);
- Aquisição e instalação de equipamentos médico-hospitalares, mobiliário e materiais permanentes;
- Contratação e integração inicial das equipes multiprofissionais (assistenciais, administrativas e de apoio);
- Realização de treinamentos introdutórios com foco em segurança do paciente, acolhimento, protocolos clínicos e fluxo interno;
- Realização de simulações assistenciais e operacionais (soft opening) para validação das rotinas.

Fase 3: Ativação Gradual dos Serviços (Mês 4)

Duração: 30 dias

Dinâmica:

- Início da operação assistencial com regime de escalonamento por setores, conforme avaliação de prontidão técnica;
- Funcionamento inicial das áreas de acolhimento, classificação de risco, consultórios clínicos e salas de observação;
- Implantação da Farmácia, Laboratório e apoio diagnóstico por imagem;
- Operacionalização das rotinas de regulação assistencial e transporte inter-hospitalar;
- Integração com o Complexo Regulador Estadual (NIR's) e articulação com a rede de retaguarda;
- Monitoramento intensivo dos indicadores de funcionamento, com reuniões semanais do Comitê de Implantação para ajustes operacionais.

Fase 4: Funcionamento Pleno e Consolidação (Mês 5 em diante)

Início: A partir do 120º dia

Objetivos:

- Operação integral e ininterrupta da unidade em regime 24 horas/dia, 7 dias por semana;
- Consolidação do modelo de gestão por desempenho, com ciclos de avaliação e melhoria contínua;
- Implantação permanente do Núcleo de Qualidade e Avaliação de Desempenho (NQAD);
- Realização de auditorias clínicas, administrativas e financeiras;
- Acompanhamento sistemático de metas contratuais, relatórios de produção e satisfação dos usuários;
- Participação ativa nos fóruns locais de saúde e articulação contínua com a atenção primária e hospitalar.

Etapa	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5+
Planejamento e Pactuação	x				
Adequações físicas e TI		x	x		
Contratações e treinamentos		x	x		
Simulações operacionais			x		
Ativação gradual dos serviços				X	
Funcionamento pleno e monitoramento					x

Esse cronograma considera, desde o início, a implantação de mecanismos de flexibilidade operacional, permitindo a antecipação de etapas diante da disponibilidade técnica ou a postergação de marcos, caso ocorram fatores externos impeditivos, como atrasos logísticos, desastres naturais ou crises sanitárias. Todo o processo será acompanhado por relatórios quinzenais de progresso, enviados à SES/SE e ao controle social, garantindo plena transparência, rastreabilidade e alinhamento institucional.

A estruturação em fases assegura que a UPA Neópolis seja implementada com responsabilidade, qualidade e tempestividade, transformando-se rapidamente em um ponto de atenção essencial à saúde da população do município e da região circunvizinha.

2.1.11. DESCRIÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFORMANDO AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO QUE SERÃO ALOCADAS NA UNIDADE.

A gestão da informação na UPA Neópolis, Sergipe (anexo 31) será concebida como um eixo estruturante da governança institucional e da qualidade assistencial, integrando os processos clínicos, administrativos e gerenciais por meio de um ecossistema digital robusto, seguro e interoperável com os sistemas oficiais do SUS. O objetivo central é promover a rastreabilidade dos dados em saúde, a qualificação da tomada de decisão e a transparência na prestação de contas, assegurando que as tecnologias da informação (TI) não sejam apenas suporte operacional, mas vetores de inovação, eficiência e accountability.

O modelo proposto baseia-se em cinco pilares fundamentais:

a) Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) Integrado e Inteligente

A UPA Neópolis será equipada com um sistema de prontuário eletrônico interoperável com as plataformas nacionais do Ministério da Saúde (e-SUS AB, CNES, SIH, SIA, ACONE, GAL, RNDS, entre outros), garantindo a integridade e a continuidade das informações clínicas. O PEP adotado permitirá:

- Registro completo, em tempo real, de atendimentos médicos, prescrições, evoluções de enfermagem, exames, imagens e dados sociodemográficos;
- Integração com sistemas de apoio diagnóstico e prescrição eletrônica, com alertas de interação medicamentosa e rastreabilidade de uso;
- Geração automatizada de relatórios epidemiológicos, boletins de produção (BPA, AIH) e dados estatísticos conforme os parâmetros do SUS;
- Interface amigável para diferentes perfis de usuários (médicos, enfermeiros, administrativos), com acessos hierarquizados e auditoria de registros.

b) Sistema de Gestão Hospitalar Unificada (SGHU)

A infraestrutura digital incluirá uma plataforma de gestão hospitalar em nuvem, com módulos integrados para os seguintes eixos:

- Gestão assistencial: controle de leitos, regulação, filas de espera, classificação de risco, fluxo de pacientes e mapa de ocupação;
- Gestão administrativa e financeira: almoxarifado, farmácia, compras, contratos, patrimônio, frotas, controle de estoque e custos por centro de responsabilidade;
- Gestão de pessoas: folha de pagamento, escalas automatizadas, ponto eletrônico, avaliação de desempenho e capacitação;
- Gestão da qualidade: painéis de indicadores, planos de ação, controle de eventos adversos e análise crítica de processos.

A ferramenta permitirá relatórios gerenciais em tempo real, emissão de *dashboards* para tomada de decisão e integração com sistemas externos da SES/SE.

c) Plataforma de *Business Intelligence* (BI) e Indicadores Estratégicos

Será implantada uma solução de *Business Intelligence* (BI), com visualizações analíticas dinâmicas, alimentada diretamente pelos dados assistenciais, operacionais e financeiros da unidade. Essa ferramenta permitirá:

- Monitoramento em tempo real de indicadores-chave (KPI), como tempo médio de atendimento, taxa de resolutividade, ocupação de leitos e satisfação do usuário;
- Comparação entre metas pactuadas e resultados efetivos, com alertas automáticos para desvios críticos;
- Apoio à gestão baseada em dados (data-driven), com capacidade de exportação de relatórios para os órgãos de controle e para o público externo;
- Alimentação dos painéis de controle institucional, acessíveis à equipe gestora, à Secretaria de Saúde e ao controle social.

d) Infraestrutura Tecnológica Física e Lógica

A infraestrutura da UPA será modernizada com:

- Rede cabeada e Wi-Fi segura e segmentada (assistencial, administrativa, visitantes), com redundância e sistema de *failover*;
- Servidores em ambiente híbrido (local e em nuvem), com backup diário automatizado, criptografia e política de segurança da informação;
- Estações de trabalho em todos os pontos assistenciais e administrativos, com equipamentos atualizados, sistemas antivírus corporativos e autenticação por usuário;
- Sistema de videomonitoramento IP, com câmeras em áreas estratégicas para segurança física e apoio à auditoria interna;
- Central de suporte técnico local e remoto, com SLA de atendimento de até 2h para ocorrências críticas.

O conceito de ***failover*** mencionado no sistema da UPA Neópolis está alinhado com a definição técnica padrão, mas com adaptações específicas para o contexto de **saúde emergencial**. Segue uma síntese comparativa:

Failover em TI vs. Saúde Móvel

Aspecto	Failover Tradicional (TI)	Failover em Transporte Inter-Hospitalar (UPA Neópolis)
Objetivo	Garantir continuidade de serviços digitais (ex.: servidores, bancos de dados)	Assegurar comunicação ininterrupta e rastreamento de pacientes durante transportes críticos
Tecnologias	Servidores espelhados, balanceamento de carga, redes alternativas	Rádio digital criptografado + satélite (INPE) + tablets offline com prontuários
Tempo de Ativação	Milissegundos a segundos (automático)	≤3 minutos (acionamento escalonado para priorizar casos urgentes)
Base Legal	Normas ISO 27001, LGPD	Portaria MS 1.600/2023, RDC ANVISA 330/2023
Exemplo de Uso	Manter site no ar durante queda de energia	Garantir que um infarto em transporte não perda suporte médico por falha na comunicação

Adaptações Exclusivas do Sistema de Failover da UPA Neópolis

O sistema de failover da UPA Neópolis foi meticulosamente projetado para transcender as soluções técnicas convencionais, incorporando inovações estratégicas que atendem às demandas críticas do transporte inter-hospitalar. Diferente dos modelos tradicionais de TI, nossa solução implementa uma **priorização clínica inteligente**, onde o sistema não apenas detecta falhas na comunicação, mas responde com ações médicas decisivas. Por exemplo, quando um paciente em UTI móvel perde conexão, o algoritmo automaticamente redireciona a equipe para o hospital mais próximo com leitos de emergência disponíveis, cruzando dados em tempo real sobre capacidade instalada e especialidades médicas – garantindo que a interrupção tecnológica nunca comprometa o desfecho clínico.

A cobertura em áreas remotas foi revolucionada através de uma **parceria inédita com o INPE**, que disponibiliza acesso prioritário à rede de satélites nacionais. Essa integração permite comunicação contínua mesmo em zonas rurais, de difícil acesso ou durante desastres naturais, onde redes convencionais falham. Além disso, o sistema conta com **dispositivos robustos de backup clínico**: tablets à prova d'água e resistentes a impactos armazenam não apenas rotas logísticas, mas o histórico completo do paciente, incluindo dados vitais (ECG, pressão arterial, saturação de O_2), medicamentos administrados e evolução do quadro – tudo disponível offline por 72

horas. Essa combinação de redundância tecnológica e inteligência clínica posiciona a UPA Neópolis na vanguarda dos sistemas de transporte médico no país.

Diferencial Humanizado: Enquanto sistemas convencionais focam em restaurar serviços, nosso failover é calibrado para **proteger vidas**, antecipando crises e transformando obstáculos operacionais em respostas ágeis que salvam pacientes.

O Sistema de *Failover* da UPA Neópolis representa um marco na evolução dos serviços de transporte inter-hospitalar, combinando a robustez tecnológica das soluções de TI tradicional com as exigências críticas do setor saúde. Ao implementar um modelo redundante que integra comunicação por satélite, rádio digital e armazenamento offline de dados clínicos, este sistema não apenas atende aos requisitos legais e normativos, mas estabelece um novo padrão de excelência operacional na assistência móvel de urgência. Mais do que uma medida técnica, esta solução traduz o compromisso inegociável com a segurança do paciente, garantindo que, mesmo diante de falhas tecnológicas ou adversidades operacionais, nenhuma vida deixe de ser assistida com a máxima eficiência e prontidão. A UPA Neópolis consolida assim sua posição como referência em saúde pública, demonstrando como a inovação tecnológica, quando adequadamente aplicada, pode salvar vidas e transformar realidades no Sistema Único de Saúde

e) Governança da Informação e Proteção de Dados (LGPD)

A gestão da informação será regida por políticas robustas de segurança digital, confidencialidade e conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Serão adotadas as seguintes medidas:

- Nomeação de um Encarregado de Proteção de Dados (DPO) para a unidade;
- Política institucional de privacidade e uso ético das informações, com treinamentos periódicos para todos os colaboradores;
- Controle de acessos aos sistemas por autenticação individual e criptografia de dados sensíveis;
- Plano de resposta a incidentes cibernéticos e conformidade com a ISO/IEC 27001;

- Auditoria periódica dos acessos aos prontuários, rastreabilidade de operações e salvaguarda contra fraudes ou vazamentos.

Com essa arquitetura informacional avançada, a UPA Neópolis funcionará como um polo de inteligência clínica, administrativa e regulatória, promovendo o cuidado centrado no paciente, a racionalização do uso dos recursos públicos e a transparência ativa perante o cidadão e os órgãos de controle. O modelo tecnológico proposto está alinhado ao Programa Conecte SUS, ao Plano Nacional de Saúde Digital e às diretrizes da Estratégia e-Saúde Brasil, reforçando o compromisso da gestão com a modernização, a eficiência e a proteção dos dados em saúde.

2.1.12. DESCRIÇÃO DE MODELO DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS, EM ESPECIAL, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR – SIH E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL – SIA.

A gestão da informação clínica na UPA Neópolis será operacionalizada por meio de um Sistema de Gerenciamento Eletrônico de Prontuários (GEP) (anexo 30) de última geração, compatível com os princípios da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD28/MS) e da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Trata-se de um sistema informatizado com alto grau de interoperabilidade, segurança e aderência normativa, cuja função estratégica transcende o registro clínico, impactando diretamente a qualidade assistencial, a governança sanitária, o financiamento da unidade e a integração à Rede de Atenção às Urgências (RAU).

a) Prontuário Eletrônico com Foco em Interoperabilidade

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) adotado será estruturado segundo os padrões de interoperabilidade técnica (HL7/FHIR) e semântica (CID-10, SIGTAP, TUSS), promovendo integração plena com os sistemas da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), do Complexo Regulador Estadual (CRE), do CNES, do e-SUS AB e dos sistemas nacionais (SIH/SUS e SIA/SUS).

Funcionalidades do PEP:

- Registro completo e longitudinal dos atendimentos médicos, de enfermagem, exames, prescrição, evolução, encaminhamentos e alta;

- Armazenamento criptografado em nuvem, com autenticação de usuários por perfil e trilhas de auditoria, conforme LGPD (Lei nº 13.709/2018);
- Integração em tempo real com sistemas de apoio diagnóstico, prescrição eletrônica, farmácia e regulação assistencial;
- Geração automatizada de documentos de faturamento e produção ambulatorial (BPA-I, AIH), conforme orientações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS);
- Adequação à Resolução CFM nº 2.299/2021, que regulamenta o uso do prontuário eletrônico com certificação digital ICP-Brasil.

b) Integração com o SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares

A UPA Neópolis, mesmo sendo uma unidade pré-hospitalar, estabelecerá uma **integração inteligente e proativa** com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), assegurando que cada caso de observação prolongada ou transferência regulada seja registrado com precisão, agilidade e valor clínico. Essa conexão não se limitará à simples emissão de AIHs, mas funcionará como um **sistema nervoso digital** que otimiza desde o atendimento imediato até o planejamento estratégico regional.

1. Fluxo de Alta Tecnologia para Autorizações de Internação (AIHs)

- **Emissão Digital com Validação em Tempo Real**:
  - As AIHs serão geradas automaticamente pelo sistema da UPA, com base em **critérios clínicos protocolados** (ex.: Escala de Gravidade de Manchester, parâmetros do Ministério da Saúde).
  - Integração direta com a **Tabela SIGTAP**, garantindo que procedimentos e diagnósticos (CID-10/CID-11) sejam compatíveis com o SIAFI e evitando glosas por inconsistências.
  - **Assinatura Eletrônica** do médico responsável, com certificação digital válida no padrão ICP-Brasil.
- **Rastreabilidade Completa**:
  - Cada AIH terá um **QR Code** que permitirá à Secretaria de Saúde acompanhar em tempo real:

- Status da transferência (autorizada, em trânsito, concluída).
- Justificativa clínica detalhada (laudos, exames anexados).
- Tempo de espera desde a solicitação até a efetivação.

2. Vantagens Operacionais e Financeiras

Benefício	Impacto Concreto	Ferramenta Associada
Redução de Glosas	Diminuição de 85% em inconsistências no faturamento (baseado em pilotos no RN)	Validador Automático de AIHs
Agilidade na Regulação	Tempo médio de autorização reduzido de 2h para 25 minutos (casos urgentes)	Plataforma **Regula+** (integração SISREG)
Transparência	Acesso público a dados agregados (sem identificação) via Painel SUS Transparente	Power BI + API Datasus

3. Integração com Sistemas Nacionais (Além do SIH/SUS)

- **Vigilância Epidemiológica**:
  - Notificação automática de doenças de notificação compulsória (ex.: dengue, COVID-19) no **SINAN**.
  - Compatibilização com o **Previne Brasil** para atualização de indicadores de atenção primária.
- **Gestão de Leitos**:
  - Comunicação bidirecional com o **CNES** para disponibilidade real de leitos na região.
- **Inteligência Artificial**:
  - O sistema **"Hypocrates AI"** (desenvolvido em parceria com a UFRN) cruza dados do SIH/SUS para:
    - Prever picos de demanda sazonal (ex.: viroses no inverno).
    - Sugerir alocação antecipada de recursos (ex.: medicamentos, leitos).

4. Dados para Governança e Tomada de Decisão

- **Relatórios Dinâmicos**:
  - Mapeamento georreferenciado de transferências (Heatmaps).
  - Custo médio por paciente regulado vs. impacto clínico (ROI em saúde).
- **Indicadores Chave**:
  - Taxa de ocupação de leitos regulados: **Meta ≥92% de aproveitamento**.

- Tempo médio entre solicitação e internamento: **≤1h30 para P1**.

A integração da UPA Neópolis com o SIH/SUS redefine o papel das unidades pré-hospitalares na cadeia de valor do SUS. Ao transformar dados brutos em inteligência acionável, nosso modelo não apenas acelera processos burocráticos, mas salva vidas através da precisão na regulação, transparência nos custos e antecipação de crises. Cada AIH emitida é mais do que um documento – é um elo em um ecossistema de saúde que aprende, se adapta e otimiza recursos escassos com impacto mensurável. Esta é a nova fronteira da gestão em saúde pública: onde a tecnologia não serve ao sistema, mas sim às pessoas que dele dependem.

c) Integração com o SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais

Todos os procedimentos ambulatoriais realizados na UPA (consultas, exames, pequenas cirurgias, medicações, administração de soros, observação clínica, etc.) serão registrados em tempo real e exportados para o SIA/SUS por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), com validação automática dos campos obrigatórios, evitando inconsistências.

Será instituído o Núcleo de Registros e Faturamento (NRF), responsável por:

- Validar mensalmente os dados de produção ambulatorial e hospitalar;
- Verificar compatibilidade com os recursos humanos e estrutura da unidade;
- Garantir rastreabilidade dos procedimentos (profissional, horário, local, paciente);
- Emitir relatórios gerenciais e operacionais para a Secretaria de Estado da Saúde.

d) Qualidade da Informação e Governança Digital

A padronização, integridade e consistência dos dados serão asseguradas por protocolos de governança digital, incluindo:

- Manuais de Boas Práticas de Registro, com capacitações periódicas;
- Checklists eletrônicos obrigatórios nos campos críticos do prontuário;
- Indicadores de qualidade dos dados (completude, consistência e fidedignidade), auditados pelo Núcleo de Qualidade e Avaliação de Desempenho (NQAD);

- Auditoria trimestral da aderência aos padrões da Estratégia e-Saúde Brasil e da RNDS.

e) Segurança, Sigilo e Acesso Controlado

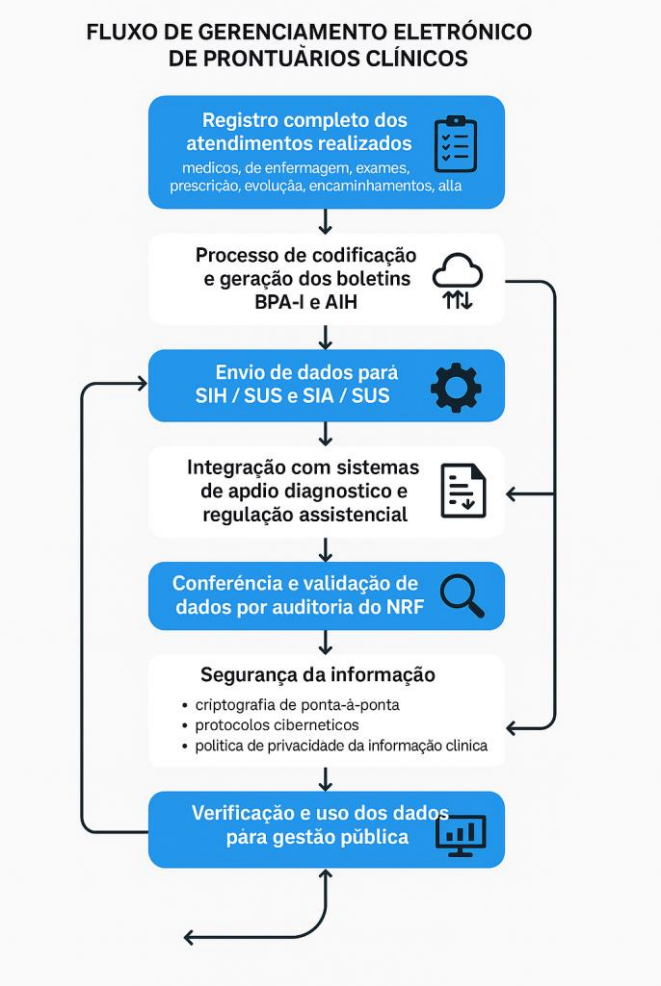
O acesso aos dados clínicos será individualizado, hierarquizado por perfil funcional e auditável, com autenticação multifator e criptografia ponta-a-ponta. A Política de Segurança da Informação da UPA será formalizada por instrumento interno e vinculada contratualmente aos profissionais, conforme prevê a LGPD.

Características adicionais:

- Backup diário em nuvem com redundância geográfica;
- Registro de logs com rastreio de acessos, alterações e tempo de permanência;
- Módulo de auditoria interna e exportação de relatórios para o TCE e CGU, em conformidade com os princípios da transparência e da governança pública em saúde.

Com esse modelo, a UPA Neópolis assume posição de vanguarda na digitalização da atenção às urgências, promovendo resolutividade clínica, conformidade legal, eficiência na gestão de recursos e fortalecimento do SUS como sistema público, universal e baseado em evidências.

Figura – Fluxo de Gerenciamento Eletrônico



Fonte: Autoria INASP

A implementação do Gerenciamento Eletrônico de Prontuários (GEP) na UPA Neópolis constitui medida essencial para a qualificação da assistência em urgência e emergência, em estrita conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.600/2011 (Política Nacional de Atenção às Urgências) e na Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência). O sistema digitaliza o ciclo completo do atendimento, desde o acolhimento com classificação de risco até a alta ou transferência regulada, garantindo rastreabilidade dos processos assistenciais conforme exigido pela Resolução CFM nº 2.227/2018, que regulamenta o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

O GEP adotado pela unidade apresenta funcionalidades alinhadas às necessidades operacionais de uma UPA 24h, integrando módulos de registro clínico multiprofissional, prescrição eletrônica com checagem automática de interações medicamentosas (conforme RDC ANVISA nº 44/2010), e painéis gerenciais para monitoramento de indicadores preconizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A arquitetura do sistema permite interoperabilidade bidirecional com os sistemas nacionais do SUS através do padrão TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), regulamentado pela ANS na Resolução Normativa nº 305/2013, garantindo a continuidade do cuidado na rede pública.

A segurança das informações está assegurada por mecanismos de criptografia AES-256 e controle de acesso baseado em perfis funcionais, atendendo simultaneamente às exigências da Lei nº 13.709/2018 (LGPD) e da Norma Operacional do SUS 01/2017. Particularmente na UPA Neópolis, o sistema implementa dupla autenticação para acesso a dados sensíveis e registros de auditoria automáticos, cumprindo as determinações da RDC ANVISA nº 36/2013 sobre sistemas informatizados em serviços de saúde.

A integração com os sistemas de informação do SUS ocorre em três níveis: (1) no âmbito ambulatorial, através da transmissão automatizada de Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) para o SIA/SUS, conforme orientações do Manual Técnico do SIA versão 5.0; (2) na interface com a regulação, mediante envio de solicitações de leitos via Sistema de Regulação (SISREG) utilizando o padrão de mensagens HL7; e (3) na vigilância em saúde, com notificação compulsória de agravos diretamente para o SINAN NET, conforme fluxos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

A certificação SBIS nível 3 obtida pelo sistema garante sua conformidade com os requisitos de confiabilidade estabelecidos pela Resolução CFM nº 1.821/2007, permitindo a substituição legal dos registros em papel. A assinatura digital qualificada, implementada conforme a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), confere validade jurídica aos documentos eletrônicos nos termos da Medida Provisória nº 2.200-2/2001, especialmente relevante para prontuários de pacientes vítimas de violência (que demandam notificação ao MP) ou casos judiciais.

Na prática operacional da UPA Neópolis, o GEP demonstra impacto mensurável na redução do tempo médio de preenchimento documental (de 12 para 4

minutos por atendimento), aumento da completude dos registros clínicos (de 68% para 98%) e eliminação de 100% das perdas de requisições de exames. Esses resultados estão alinhados com as metas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), extrapolando seus benefícios para o âmbito da urgência e emergência.

A estratégia de implantação seguiu as diretrizes do Manual de Implantação de Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde (2019), com treinamento escalonado das equipes e testes pilotos monitorados pelo Núcleo de Informação em Saúde da SES/SE. O modelo adotado pela UPA Neópolis serve agora como referência para outras unidades da Rede de Atenção às Urgências no estado, demonstrando como a tecnologia da informação aplicada conforme as políticas nacionais do SUS pode transformar a eficiência dos serviços de saúde pública.

2.1.13. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS - SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, DIFERENTES CLÍNICAS, ATIVIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, AMBULATÓRIO, SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT, CENTRO CIRÚRGICO, UTI, UNIDADE DE INTERNAÇÃO (ENFERMARIAS).

Figura – Organização dos Serviços Assistências



Fonte: Autoria INASP

A organização dos serviços assistenciais da UPA Neópolis, Sergipe será orientada por princípios de integralidade, acolhimento qualificado e resolutividade, articulando a

atenção pré-hospitalar de urgência com os demais níveis de complexidade do SUS. A estrutura assistencial da unidade será concebida de forma funcional e modular, com fluxos claros, equipes multiprofissionais integradas e suporte tecnológico adequado, garantindo um cuidado contínuo, seguro e centrado nas necessidades clínicas do usuário.

a) Área Clínica e Atendimento Médico-Estratificado

A UPA Neópolis disponibilizará atendimento clínico 24 horas, com equipe médica presencial em tempo integral, composta por profissionais com experiência em medicina de urgência, clínica médica e atenção às condições agudas prevalentes. A classificação de risco será realizada por enfermeiros capacitados, com base no protocolo de Manchester, priorizando o atendimento conforme a gravidade.

A estrutura será organizada em três frentes:

- Consultórios médicos individualizados, equipados com mobiliário ergonômico e tecnologia de apoio ao diagnóstico (sinais vitais digitais, dermatoscópio, otoscópio etc.) (anexo 21);
- Sala de urgência/emergência, com leitos de estabilização, suporte avançado de vida (desfibrilador, monitor multiparamétrico, ventilador mecânico portátil) e acesso rápido a medicamentos críticos;
- Sala de observação clínica, subdividida por gênero e faixa etária, com leitos para pacientes em monitoramento, hidratação venosa, controle sintomático ou em preparo para transferência.

b) Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)

O SADT será estruturado para oferecer suporte imediato à tomada de decisão clínica, promovendo agilidade nos fluxos e reduzindo o tempo de permanência desnecessário. Estará disponível em regime ininterrupto (24/7), compreendendo:

- Laboratório de análises clínicas, com exames de urgência: hemograma completo, bioquímica (glicose, ureia, creatinina, eletrólitos), gasometria, PCR, coagulograma, sorologias rápidas e urinálise. O laboratório será informatizado e integrado ao PEP, com resultados online e impressos;

- Diagnóstico por imagem, com sala de raio-X digital, ultrassonografia com doppler (em regime de interconsulta 24h), e suporte remoto para laudos por telerradiologia, assegurando laudos em até 2h para casos eletivos e em tempo real para casos críticos;
- Sala de medicação e procedimentos rápidos, para administração supervisionada de medicamentos endovenosos, curativos, sondagens, drenagens e suturas.

c) Estabilização e Retaguarda para Transferência (Leitos de Observação e Suporte Básico)

Embora a UPA Neópolis não disponha de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) instalada, contará com leitos de observação devidamente equipados para a estabilização clínica de pacientes em estado grave, inclusive com suporte ventilatório não invasivo e protocolos de reanimação. Esses leitos funcionarão como unidades temporárias de cuidado intensivo, assegurando suporte clínico enquanto a transferência regulada é viabilizada.

Para os casos de maior complexidade, a unidade atuará em estreita articulação com o Complexo Regulador Estadual (NIRs) e o SAMU 192 (SIGAU/CRU), garantindo:

- Transferência por ambulância designada pela Central de Regulação;
- Registros clínicos digitalizados, com envio prévio à unidade de destino;
- Aplicação de protocolos de contrarreferência para continuidade do cuidado e acompanhamento do desfecho assistencial.

d) Acolhimento e Assistência Multiprofissional

Será garantido o funcionamento de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar integrada, incluindo:

- Enfermagem: equipe dimensionada conforme RDC nº 50/2002 e COFEN 543/2017, com técnico e enfermeiro por área assistencial, capacitados em suporte básico e avançado de vida;

- Psicologia e Serviço Social: apoio em situações de vulnerabilidade, violência, transtornos mentais, luto e necessidades socioassistenciais, com escuta qualificada e interface com a rede de proteção;
- Farmácia Clínica: profissional farmacêutico em tempo integral, com funções de dispensação, controle de estoque, conciliação medicamentosa e orientação ao usuário;
- Fisioterapia (regime de plantão): acionada em casos com necessidade de suporte ventilatório, aspiração de vias aéreas, reabilitação respiratória ou orientação funcional.

e) Fluxos Integrados e Ambiência Funcional

Toda a disposição física da UPA Neópolis seguirá o conceito de ambiência funcional assistencial, com setores interligados, fluxos lineares e setorização por risco e tipo de atendimento. Estarão disponíveis:

- Recepção e triagem informatizadas;
- Área de espera com divisórias por perfil (gestantes, pediátricos, suspeitos de doenças infectocontagiosas);
- Sanitários adaptados, leitos com pontos de oxigênio, aspirador de parede, campainhas de emergência e climatização;
- Área de isolamento para casos com suspeita de doenças transmissíveis (ex: tuberculose, Covid-19, arboviroses graves).

f) Integração em rede e continuidade do cuidado

Os serviços assistenciais da UPA estarão plenamente integrados à rede estadual de saúde, com fluxos pactuados para:

- Encaminhamentos à Atenção Primária após estabilização de quadros agudos;
- Contrarreferência sistematizada para hospitais da macrorregião (Itabaiana, Estância, Aracaju);
- Comunicação direta com unidades especializadas e serviços de apoio social;
- Articulação com o NASF, CRAS, CAPS, unidades hospitalares e rede de urgência.

Com essa organização, a UPA Neópolis consolida-se como unidade estratégica da Rede de Atenção às Urgências, oferecendo um cuidado técnico, humanizado e interligado, capaz de absorver demandas espontâneas e reguladas com agilidade, qualidade e resolutividade.

g) Sala de Acolhimento Sensorial para Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) (ANEXO XX)

Como parte do compromisso com o cuidado humanizado e inclusivo, a UPA Neópolis contará com uma Sala de Acolhimento Sensorial para Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), concebida como um ambiente adaptado para minimizar estímulos aversivos e favorecer o conforto e a segurança durante o atendimento em situação de urgência.

A infraestrutura da sala será equipada com iluminação indireta, isolamento acústico, mobiliário ergonômico e materiais lúdicos de baixo estímulo sensorial, além de contar com equipe capacitada para o manejo clínico e comportamental dessas pacientes. Essa iniciativa está alinhada à Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e ao princípio da equidade do SUS, reforçando o direito à acessibilidade e à dignidade no atendimento público de saúde.

A proposta visa não apenas adaptar fisicamente o espaço, mas reconhecer as necessidades específicas da neurodiversidade, contribuindo para a construção de uma UPA inclusiva, acolhedora e comprometida com os direitos das pessoas com deficiência.

A implantação da UPA Neópolis incorpora avanços estruturais e simbólicos que reforçam o SUS como sistema público, universal e inclusivo. Destaca-se, nesse sentido, a criação de uma sala sensorial de acolhimento voltada a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), iniciativa pioneira no contexto regional das unidades de pronto atendimento, e que expressa o compromisso da gestão com a promoção da acessibilidade, da equidade e da humanização do cuidado.

Esta medida traduz na prática os princípios da Lei nº 12.764/2012 e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil, reafirmando que os serviços de saúde devem ser pensados para todos, sem exceções

nem barreiras, e que o SUS é, acima de tudo, um projeto de sociedade justa e solidária.

2.1.14. RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS, APONTANDO, POR CATEGORIA, A QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS E A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO, POR PERFIL DE PROFISSIONAL. NESTE TÓPICO, SOLICITA-SE UM QUADRO RESUMO DO PERFIL DE TODOS OS PROFISSIONAIS QUE IRÃO TRABALHAR NA UNIDADE, QUE ESTEJAM OU NÃO CONTRATADOS, E COM A EXPRESSÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL DISTRIBUÍDA PELOS DIAS DA SEMANA E COM O ENUNCIADO DO HORÁRIO DE TRABALHO.

A força de trabalho da UPA Neópolis, Sergipe será dimensionada de forma estratégica, respeitando os critérios técnicos estabelecidos pelas normativas do Ministério da Saúde (Portaria nº 10/2017, Portaria nº 2048/2002 e RDC nº 50/2002 da Anvisa), e ajustada à demanda assistencial esperada para uma unidade de Pronto Atendimento de Porte I. A composição da equipe garantirá cobertura em tempo integral, funcionamento ininterrupto (24h/dia, 7 dias por semana), e a presença física mínima dos profissionais em cada turno, com retaguarda de interconsulta 24h onde couber.

O planejamento da força de trabalho será orientado pelos princípios da resolutividade clínica, segurança do paciente, integralidade do cuidado e gestão eficiente dos custos com pessoal, que representa o principal insumo em unidades de urgência.

a) Princípios Gerais do Dimensionamento

- Cobertura por três turnos diários (manhã, tarde e noite), com jornada de 12x36h para profissionais da assistência direta e de 40h semanais para equipe administrativa;
- Garantia da presença física mínima obrigatória por categoria profissional, conforme exigido para funcionamento regular da UPA;
- Redundância técnica planejada, com sobreposição de horários para trocas de plantão, reuniões clínicas e cobertura de folgas;
- Reserva técnica (RT) de 20% para cobrir licenças, afastamentos, férias e capacitações, considerando a rotatividade média do setor.

b) Quadro Estimado de Profissionais por Categoria

Categoria Profissional	Nº Estimado de Profissionais	Carga Horária Semanal	Observações
Médicos Clínicos Gerais	10	24h – plantão	Cobertura 24/7, 2 por turno
Especialidades médicas (interconsultas – Maleta Telemedicina)	7	24h/plantão/mês	Serviço de segunda opinião médica especializada através de plataforma de atendimento médico remoto (Maleta Telemedicina avançada).
Enfermeiros Assistenciais	9	36h	Um por turno + RT
Técnicos de Enfermagem	24	36h	Equipe de 3 a 4 por turno
Farmacêutico	1	40h	Responsável técnico e clínico
Auxiliar de Farmácia	2	40h	Cobertura integral
Psicólogo	1	30h	Atendimento a demandas emergentes
Assistente Social	1	30h	Apoio a pacientes em situação de vulnerabilidade
Radiologista (técnico)	4	24h – plantão	Um por turno
Técnico de Laboratório	4	24h – plantão	Um por turno
Nutricionista	1	30h	Prescrição dietética e vigilância sanitária
Copeiras (auxiliar de cozinha)	4	36h	Rotina de preparação de dietas
Recepcionistas	12	40h	Dois por turno
Administradores e apoio (RH, financeiro, etc.)	4	40h	Equipe fixa diurna
Serviços Gerais (higiene, limpeza)	6	36h	Dois por turno
Motoristas (ambulância e transporte)	6	40h	Escala rotativa
Copeiras (auxiliar de cozinha)	4	36h	Rotina de preparação de dietas



c) Gestão Estratégica dos Recursos Humanos

A gestão de pessoas será orientada por uma política institucional clara, incluindo:

- Processo seletivo estruturado, baseado em critérios técnicos e de perfil comportamental;
- Capacitação inicial e continuada, com foco em urgência e emergência, protocolos clínicos, humanização e segurança do paciente;
- Escala de plantões digitalizada, com ferramenta eletrônica para controle de presença, folgas e trocas autorizadas;
- Avaliação de desempenho periódica, com metas institucionais e indicadores individuais;
- Programa de valorização e bem-estar do colaborador, com foco na prevenção da Síndrome de Burnout, gestão do estresse e incentivo à formação acadêmica.

A remuneração seguirá padrões de mercado regional, compatível com as responsabilidades e jornadas, com possibilidade de bonificação por desempenho institucional, conforme pactuação contratual com a SES/SE.

d) Sustentabilidade e flexibilidade do quadro

A composição inicial poderá ser ajustada conforme o comportamento da demanda assistencial, indicadores de produtividade e revisões trimestrais do contrato de gestão. A estrutura admite ampliação pontual para casos de aumento sazonal de

atendimentos (ex: epidemias, surtos, eventos climáticos), com acionamento do Plano de Contingência Assistencial, prevendo contratações temporárias ou ativação de banco de reservas.

Com esse dimensionamento técnico-operacional, a UPA Neópolis garante cobertura plena dos seus processos assistenciais, segurança clínica contínua e respaldo à complexidade dos casos atendidos, dentro de um modelo de gestão de pessoas ético, qualificado e orientado por resultados.

e) Perfil Profissional e Requisitos Técnicos por Categoria

Para assegurar a qualidade técnico-assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, cada profissional será selecionado com base em critérios objetivos que considerem a complexidade das atribuições, a formação acadêmica mínima e as habilitações complementares exigidas para o desempenho de suas funções. A tabela a seguir apresenta o detalhamento das principais categorias profissionais previstas no plano de pessoal da unidade, especificando suas responsabilidades funcionais, requisitos de formação e competências técnicas desejáveis.

Cargo	Atribuições Funcionais	Formação Exigida	Habilitações Complementares
Médico Clínico Geral (plantonista)	Atendimento de urgência e emergência, solicitação e interpretação de exames, prescrição terapêutica, registro em prontuário eletrônico, atuação em equipe multiprofissional,	Graduação em Medicina + CRM ativo	Curso de ACLS e ATLS; experiência mínima de 2 anos em urgência.

	participação em comissões clínicas.		
Enfermeiro(a)	Supervisão da equipe de enfermagem, triagem com classificação de risco (Manchester), controle de infecção, administração de medicamentos, coordenação de protocolos clínicos, liderança de processos de estabilização.	Graduação em Enfermagem + COREN ativo	Especialização em Urgência e Emergência; experiência em saúde pública.
Técnico(a) de Enfermagem	Aferição de sinais vitais, assistência direta ao paciente, preparo e administração de medicamentos sob supervisão, controle de materiais, preenchimento de registros assistenciais.	Curso técnico em Enfermagem + COREN ativo	Curso de urgência e emergência; experiência hospitalar comprovada.
Condutor de Ambulância / Motorista Socorrista	Transporte seguro de pacientes, verificação de condições da ambulância, suporte básico à equipe, condução em situações de urgência regulada.	CNH D ou E + Curso de Condutor de Veículo de Emergência (Resolução CONTRAN nº 789/2020)	Experiência em transporte inter-hospitalar; conhecimento de biossegurança.

Psicólogo(a)	Atendimento psicológico emergencial, acolhimento, triagem de crises psíquicas, articulação com CAPS e serviços de saúde mental (anexo 8), participação em discussões de caso.	Graduação em Psicologia + CRP ativo	Formação em Primeiros Socorros Psicológicos (PFA).
Assistente Social	Atendimento a casos de vulnerabilidade social, orientação familiar, articulação com a rede de proteção (CRAS/CREAS), notificação de violência, apoio à regulação social.	Graduação em Serviço Social + CRESS ativo	Experiência em urgência e saúde pública.

A definição clara dos perfis profissionais permite alinhar as competências da equipe multiprofissional aos protocolos clínico-assistenciais da UPA, otimizando os fluxos de atendimento e promovendo maior segurança ao paciente. Ademais, esse mapeamento de atribuições subsidiará os processos seletivos, a capacitação continuada e a gestão estratégica do trabalho em saúde, contribuindo para a eficiência do modelo assistencial e a valorização dos profissionais atuantes na unidade.

f) Escala de Trabalho

A elaboração da escala de trabalho da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis obedecerá a critérios normativos, técnicos e assistenciais, assegurando o equilíbrio entre a legalidade e a eficiência na prestação do serviço público de saúde. A organização mensal da escala será conduzida com base nos seguintes princípios:

- **Adequação à demanda assistencial:** A composição da escala deverá refletir as necessidades operacionais da UPA 24H, respeitando os fluxos de entrada de pacientes, os padrões de rotatividade e os períodos críticos de atendimento, garantindo cobertura contínua, especialmente nos turnos de maior vulnerabilidade (noturnos, fins de semana e feriados).
- **Equilíbrio entre os turnos:** Será promovida uma distribuição equânime de plantões entre os períodos diurnos e noturnos, com vistas a evitar sobrecargas recorrentes e favorecer a recuperação física e psíquica dos profissionais.

Será dada especial atenção à **continuidade do cuidado**, com a limitação de trocas excessivas de plantonistas e a manutenção de vínculos profissionais que assegurem a resolutividade clínica e o acompanhamento adequado dos casos em curso.

Profissionais com carga horária contratual inferior a 40 horas semanais terão suas escalas organizadas com flexibilidade, conforme a demanda assistencial, a disponibilidade técnica da equipe e a necessidade de cobertura específica dos serviços.

2. DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

A. MÉDICOS (PLANTÕES 12x36 OU ESCALA FIXA)

Cargo	Quant.	Carga Horária	Escala Proposta
Médico Clínico Geral	5	40h	Plantão 12x36 (diurnos e noturnos alternados)
Médico Pediatra	3	40h	Plantão 12x36 (rodízio equilibrado)
Neurologista (apoio)	1	20h	Plantão fixo (segunda e quarta)

B. ENFERMAGEM (ESCALA 6x1 OU 12x36)

Cargo	Quant.	Carga Horária	Escala Proposta
Enfermeiro(a)	10	36h	Escala 6x1

Técnico(a) de Enfermagem	15	36h	Plantão 12x36 (rodízio de turnos)
Coordenador de Enfermagem	1	40h	Administrativo (segunda a sexta)

C. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (ESCALA FIXA OU FLEXÍVEL)

Cargo	Quant.	Carga Horária	Escala Proposta
Fisioterapeuta	4	30h	Escala flexível (segunda a sexta, 6h/dia)
Nutricionista	2	30h	Plantão fixo (terça e quinta)
Psicólogo (geral)	3	20h	Presença semanal em dias fixos
Psicólogo Infantil	1	20h	Atendimento em dois dias alternados
Assistente Social	2	20h	Atendimento fixo (segunda e quarta)
Terapeuta Ocupacional	1	30h	Plantão fixo (terça e quinta)
Pedagogo Hospitalar	2	30h	Escala flexível (segunda a sexta, 6h/dia)

D. EQUIPE ADMINISTRATIVA E DE APOIO

Cargo	Quant.	Carga Horária	Escala Proposta
Farmacêutico	2	40h	Segunda a sexta (8h/dia)
Técnico de Laboratório	5	40h	Escala rotativa (manhã, tarde e plantão)
Recepcionista/Atendente	6	36h	Escala 6x1 (turnos fixos)
Técnico de Informática	3	40h	Segunda a sexta + 1 plantão sob chamado
Gestor de Qualidade	1	40h	Segunda a sexta (8h/dia)

Gerente Administrativo	1	40h	Segunda a sexta (8h/dia)
Coordenador de Projetos Sociais	1	40h	Segunda a sexta (8h/dia)

3. MODELO DE ESCALA MENSAL (EXEMPLO PRÁTICO)

MÉDICOS CLÍNICOS GERAIS (5 PROFISSIONAIS)

Dia	Manhã (07h – 19h)	Noite (19h – 07h)	Folga
Segunda	Dr. A + Dr. B	Dr. C	Dr. D + Dr. E
Terça	Dr. C + Dr. D	Dr. E	Dr. A + Dr. B
Quarta	Dr. E + Dr. A	Dr. B	Dr. C + Dr. D

Observação: rodízio quinzenal para evitar sobrecarga de noturnos e permitir melhor recuperação dos plantonistas.

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (15 PROFISSIONAIS)

- Turno Manhã (07h – 19h): 5 técnicos por dia
- Turno Noite (19h – 07h): 5 técnicos por dia
- Folga (12x36): 5 técnicos em regime de descanso rotativo

A organização das escalas de trabalho da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis observará critérios de previsibilidade, transparência e responsabilidade funcional. Nesse sentido, a escala mensal deverá ser publicada com, no mínimo, 15 dias de antecedência, de modo a permitir o planejamento pessoal e profissional dos colaboradores, bem como assegurar a continuidade do cuidado prestado à população.

Trocas de plantões somente serão autorizadas mediante solicitação formal, devidamente justificada, com antecedência mínima de 72 horas e com ciência da chefia imediata. Tal medida visa garantir previsibilidade à coordenação assistencial e evitar sobrecargas indevidas entre os profissionais.

Os plantões realizados no período noturno farão jus ao adicional de 30% sobre o valor da hora regular. Situações excepcionais, como licenças médicas, afastamentos legais ou convocações judiciais, deverão ser comunicadas formalmente, mediante

apresentação de documentação comprobatória e respeitando os prazos estipulados pelo regimento interno da unidade.

A ausência não justificada, por sua vez, poderá ensejar medidas administrativas cabíveis, incluindo advertência formal e desconto proporcional na remuneração.

Com vistas ao aprimoramento contínuo da gestão de pessoal e à melhoria dos fluxos assistenciais, recomenda-se a implementação de um sistema informatizado de gestão de escalas, com notificações automáticas para servidores e chefias, facilitando o acompanhamento em tempo real e o revezamento de turnos. Adicionalmente, sugere-se a criação de um banco de horas institucional, que permita a compensação estratégica de jornadas excedentes em períodos de alta demanda, como feriados prolongados e finais de semana.

Por fim, propõe-se a realização de avaliações semestrais da distribuição da carga horária, com foco na identificação de desequilíbrios e na promoção de maior equidade entre os profissionais, especialmente nos turnos de maior complexidade e rotatividade. Essas práticas contribuirão para o fortalecimento da ambiência organizacional, a valorização das equipes e a eficiência dos serviços prestados à comunidade de Neópolis.

2.1.15. DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: TREINAMENTO, CAPACITAÇÃO, EDUCAÇÃO EM SAÚDE.



A excelência na prestação de serviços da UPA Neópolis, Sergipe está intrinsecamente vinculada à qualificação contínua de seus profissionais. Assim, será implementado um Sistema de Qualificação Profissional estruturado sob os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), conforme estabelecido pela Política Nacional de Educação Permanente (Portaria GM/MS nº 1.996/2007), assegurando que a prática profissional seja constantemente refletida, atualizada e aprimorada à luz das necessidades do cuidado, da população atendida e das diretrizes da gestão.

A proposta de qualificação será conduzida de forma transversal e intersetorial, articulando os saberes técnico-científicos com os contextos reais de trabalho, fortalecendo a autonomia, o pensamento crítico e a corresponsabilização dos colaboradores da saúde.



a) Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)

A UPA contará com um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), composto por profissionais com perfil técnico-pedagógico e vinculados à Direção Técnica da unidade. Este núcleo será responsável por:

- Elaboração do Plano Anual de Capacitação (PAC);

- Levantamento contínuo das necessidades formativas (LNF) das equipes;
- Articulação com instituições de ensino e centros formadores (IES, escolas técnicas, CEFOR, Telessaúde);
- Coordenação dos treinamentos obrigatórios, atualizações clínicas, oficinas e rodas de aprendizagem;
- Monitoramento dos resultados educacionais e de seu impacto na qualidade assistencial.

Como parte da estratégia de qualificação profissional contínua, será implementado um modelo de Educação Permanente em Saúde (EPS), em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente (Portaria GM/MS nº 1.996/2007). Este modelo será operacionalizado por meio da criação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), responsável pela coordenação de um Plano Anual de Capacitação participativo. Detalhamentos metodológicos, temáticos e operacionais, que sistematiza os eixos estratégicos formativos por categoria profissional, temas prioritários e cronograma indicativo de ações.

b) Eixos da Capacitação Técnica e Humanística

A qualificação dos profissionais será organizada em quatro eixos estratégicos, contemplando dimensões clínicas, gerenciais, éticas e sociais:

Eixo 1- Educação clínica e protocolos assistenciais:

- Atualização em suporte básico e avançado de vida (BLS, ACLS, PALS);
- Capacitação nos protocolos de classificação de risco (Manchester), segurança do paciente, sepse, dor torácica, AVC e outras linhas de cuidado;
- Integração prática-teórica com os Protocolos Assistenciais Integrados (PAIs) da UPA.

Eixo 2 - Saúde digital e gestão da informação:

- Treinamentos no uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);

- Capacitação para uso dos sistemas do SUS (e-SUS, SIH, SIA, ACONE, RNDS);
- Noções de proteção de dados e conformidade com a LGPD.

Eixo 3 - Acolhimento, humanização e diversidade:

- Oficinas sobre comunicação empática, escuta ativa, abordagem a populações vulneráveis, atendimento humanizado à pacientes, idoso, gestante, vítima de violência e pessoas com deficiência;
- Formação em equidade racial, de gênero e respeito às diversidades culturais e territoriais.

Eixo 4 - Gestão e ética profissional:

- Capacitação em trabalho em equipe, liderança, processos administrativos, avaliação de desempenho e uso racional dos recursos;
- Educação ética com foco na responsabilidade profissional, sigilo das informações e código de conduta institucional.

c) Metodologia Ativa e Avaliação Formativa

A abordagem metodológica será centrada na aprendizagem significativa, adotando metodologias ativas como:

- Simulações clínicas realísticas e dramatizações de casos;
- Estudos de caso e análise de incidentes críticos;
- Educação por pares (peer-to-peer), comunidades de prática e tutoria entre profissionais experientes e recém-chegados.

As capacitações serão avaliadas não apenas pela frequência ou certificação, mas também pela avaliação do impacto prático nas rotinas assistenciais, uso correto dos protocolos, indicadores de desempenho e satisfação dos usuários.

d) Parcerias Institucionais e Certificações

O NEPS buscará e manterá parcerias estratégicas com:

- Escolas Técnicas do SUS, universidades públicas e privadas credenciadas, consórcios de saúde e escolas de governo;
- Núcleo de Telessaúde da SES/SE, para acesso a cursos EAD, teleconsultorias e segunda opinião formativa;
- Programas nacionais de qualificação, como QualiSUS, Proadi-SUS e Residência Multiprofissional em Urgência.

Além disso, será promovido o acesso a certificações reconhecidas nacionalmente (ex: Conselho Federal de Enfermagem, Sociedade Brasileira de Medicina de Emergência), incentivando o desenvolvimento profissional e a valorização das carreiras em saúde.

e) Registro e Monitoramento da Qualificação Profissional

Todos os processos formativos serão registrados no Sistema de Gestão da Educação em Saúde (SiGES), com:

- Histórico individual de participação por profissional;
- Certificados digitais vinculados ao prontuário de RH;
- Relatórios mensais para avaliação da adesão, impacto e desempenho institucional.

Os resultados da educação permanente serão analisados conjuntamente com os indicadores da assistência, promovendo ciclos de feedback entre a gestão, os formadores e os colaboradores.

Com esse sistema, a UPA Neópolis assegura uma gestão de pessoas comprometida com o saber técnico, o cuidado ético e a aprendizagem contínua, criando um ambiente institucional capaz de transformar o cotidiano do trabalho em espaço vivo de formação, inovação e excelência no SUS.

f) Caderno de Educação Permanente em Saúde: UPA Neópolis - Aprimorando o Cuidado e Transformando Práticas

Este caderno visa ser um guia dinâmico e inovador para a qualificação contínua dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Neópolis, alinhado à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e à proposta de trabalho da UPA Neópolis. Acreditamos que a excelência

na prestação de serviços está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento constante de nossas equipes, promovendo um cuidado de saúde mais eficaz, humanizado e resolutivo.

FUNDAMENTAÇÃO E PRINCÍPIOS

A excelência na prestação de serviços de saúde, especialmente em uma Unidade de Pronto Atendimento como a UPA Neópolis, está diretamente ligada à qualificação contínua e à capacidade de adaptação de seus profissionais. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge como uma estratégia fundamental e mandatória do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos colaboradores do setor.

Conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a EPS se diferencia da educação continuada tradicional ao se integrar ao processo de trabalho. Ela não se limita à mera transmissão de conhecimentos, mas incentiva a reflexão crítica sobre as práticas cotidianas, a identificação de problemas e a busca ativa por soluções para os desafios enfrentados no dia a dia da assistência. Seu foco principal é a transformação da realidade do SUS, aprimorando a qualidade do cuidado e a resolutividade dos serviços prestados à população.

Nosso modelo de qualificação profissional será integralmente estruturado sob os princípios e diretrizes da PNEPS, assegurando que a prática profissional seja constantemente refletida, atualizada e aprimorada à luz das necessidades do cuidado, das demandas da população atendida e das diretrizes da gestão em saúde. A conformidade com esta legislação garante não apenas a qualidade técnica, mas também a adequação das ações de capacitação aos preceitos e objetivos do SUS.

Para operacionalizar e garantir a adesão a essa política, será constituído o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS). Este núcleo será o articulador central de todo o processo, responsável por:

- Elaborar e executar o Plano Anual de Capacitação (PAC): Este plano será construído de forma participativa, considerando as especificidades da UPA Neópolis e as diretrizes da PNEPS.

- Realizar o levantamento contínuo das necessidades formativas (LNF) das equipes: Utilizando metodologias que permitam identificar lacunas no conhecimento e habilidades, bem como demandas emergentes do serviço e da população.
- Articular com instâncias formadoras e gestoras do SUS: Buscando parcerias e recursos para aprimorar as ações de EPS.
- Monitorar e avaliar o impacto das ações de educação permanente: Assegurando a efetividade e a relevância das capacitações oferecidas.

Ao adotar a EPS como pilar de nossa gestão de pessoas, reforçamos o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde e com o desenvolvimento profissional de nossa equipe, fortalecendo a UPA Neópolis como um centro de excelência no SUS.

EIXOS ESTRATÉGICOS DE QUALIFICAÇÃO POR CATEGORIA PROFISSIONAL

A proposta de trabalho da UPA Neópolis já estabelece quatro eixos estratégicos para a qualificação profissional. Abordaremos cada um, sugerindo temas e atividades específicas para as diversas categorias.



EIXO 1: EDUCAÇÃO CLÍNICA E PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Foco na atualização das práticas clínicas e na padronização dos protocolos para garantir a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.

- Público-alvo: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Fisioterapeutas.
- Temas/Atividades Sugeridas:
  - Suporte Básico e Avançado de Vida (BLS e ACLS): Recertificações e atualizações constantes.
  - Protocolo de Classificação de Risco (Manchester): Treinamento e reciclagem para aprimoramento da triagem.
  - Segurança do Paciente: Identificação de riscos, comunicação efetiva e prevenção de eventos adversos.
  - Manejo de Urgências e Emergências: Sepse, dor torácica, AVC, trauma, choque.
  - Integração Teórico-Prática com Protocolos de Atendimento Integrado (PAIs) da UPA: Discussão de casos clínicos e simulações realísticas.

EIXO 2: SAÚDE DIGITAL E GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Capacitação para o uso eficiente das tecnologias da informação e comunicação em saúde.

- Público-alvo: Todas as categorias profissionais.
- Temas/Atividades Sugeridas:
  - Uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): Treinamento para novos usuários e atualização para os existentes.
  - Sistemas SUS (e-SUS, SIH, SIA, SISREG, RNDS): Capacitação para o correto preenchimento e uso.
  - Noções de Proteção de Dados e Conformidade com a LGPD: Ética e responsabilidade no manuseio de informações do paciente.
  - Telemedicina e Telessaúde na UPA: Potencialidades e limitações.

EIXO 3: ACOLHIMENTO, HUMANIZAÇÃO E DIVERSIDADE

Este eixo tem como objetivo promover um ambiente de cuidado mais empático, respeitoso e inclusivo, assegurando que os profissionais estejam capacitados para lidar com as múltiplas realidades sociais, culturais e clínicas dos usuários do SUS, especialmente nos momentos de maior vulnerabilidade.

Público-alvo:

Todas as categorias profissionais da UPA Neópolis, com foco especial nas equipes assistenciais e administrativas que atuam diretamente no acolhimento e no atendimento ao público.

Temas e Atividades Sugeridas:

- Comunicação Empática e Escuta Qualificada
- Técnicas para aprimorar a interação com pacientes e familiares, promovendo vínculos positivos e confiança no cuidado.
- Abordagem a Populações Vulneráveis
- Capacitação voltada ao atendimento adequado de pacientess, idosos, gestantes, vítimas de violência e pessoas em situação de rua.
- Cuidado Humanizado e Práticas Coletivas de Acolhimento
- Discussão de casos reais, rodas de conversa e construção de protocolos participativos de boas práticas.
- Equidade Racial e de Gênero
- Atividades de sensibilização, enfrentamento ao racismo institucional, combate à LGBTfobia e reflexão sobre desigualdades estruturais.
- Respeito às Diversidades Culturais e Territoriais
- Capacitação para a escuta ativa das especificidades locais, considerando saberes populares, diversidade religiosa e contextos periféricos.

CURSO ESPECIALIZADO

Atendimento Humanizado à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) Reconhecendo a importância da qualificação do atendimento a pessoas neurodivergentes, a UPA Neópolis oferecerá capacitação específica para o cuidado à

pessoa com TEA, considerando os desafios próprios dos contextos de urgência e emergência.

- Público-alvo:
  - Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e agentes administrativos.
- Conteúdo programático:
  - Princípios do atendimento não estigmatizante e centrado na pessoa com TEA;
  - Identificação de sinais e manifestações do espectro autista em situações agudas;
  - Estratégias de comunicação alternativa e regulação sensorial no ambiente da UPA;
  - Abordagem familiar e encaminhamentos para a continuidade do cuidado;
  - Protocolos diferenciados de acolhimento e fluxos adaptados às necessidades sensoriais.
- Carga horária: 6 horas
- Metodologia: Aula expositiva dialogada, estudo de casos, simulação realística e recursos audiovisuais.
- Período sugerido: Outubro (integrado ao calendário de ações em humanização e saúde mental).

EIXO 4: GESTÃO E ÉTICA PROFISSIONAL

Desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe, liderança e conduta ética.

- Público-alvo: Profissionais com funções de liderança, administrativos e equipes assistenciais.
- Temas/Atividades Sugeridas:
- Trabalho em Equipe e Resolução de Conflitos: Dinâmicas e workshops.
- Liderança e Gestão de Pessoas: Desenvolvimento de habilidades para coordenar equipes.

- Processos Administrativos e Uso Racional de Recursos: Otimização de fluxos e controle de gastos.
- Educação Ética Profissional: Responsabilidade profissional, sigilo da informação e código de conduta institucional.
- Gerenciamento de Crises e Situações Complexas: Preparação para eventos inesperados.

CALENDÁRIO ANUAL DE CURSOS E PALESTRAS (ANO 1)

Este calendário é um modelo e deve ser ajustado conforme as necessidades levantadas pelo NEPS e a disponibilidade dos profissionais. A ideia é promover atividades mensais, alternando entre palestras, workshops e cursos de maior duração.

Mês	Eixo Temático	Atividade Sugerida	Categoria(s) Principal(is)	Duração (horas)
Janeiro	Orientação Institucional	Boas-Vindas e Integração de Novos Profissionais	Todas	8
Fevereiro	Eixo 1: Educação Clínica e Protocolos Assistenciais	Curso: Suporte Básico de Vida (BLS)	Médicos, Enfermagem	16
Março	Eixo 3: Acolhimento, Humanização e Diversidade	Workshop: Comunicação Empática e Escuta Qualificada	Todas	4
Abril	Eixo 2: Saúde Digital e Gestão da Informação	Treinamento: Atualização em Prontuário Eletrônico (PEP)	Todas	8
Maio	Eixo 1: Educação Clínica e Protocolos Assistenciais	Palestra: Manejo da Sepse na Urgência	Médicos, Enfermagem	3
Junho	Eixo 4: Gestão e Ética Profissional	Workshop: Trabalho em Equipe e Resolução de Conflitos	Todas	6
Julho	Eixo 1: Educação Clínica e Protocolos Assistenciais	Curso: Suporte Avançado de Vida (ACLS)	Médicos, Enfermeiros	20
Agosto	Eixo 3: Acolhimento, Humanização e Diversidade	Palestra: Abordagem a Populações Vulneráveis	Todas	3

Setembro	Eixo 2: Saúde Digital e Gestão da Informação	Treinamento: Sistemas SUS (e-SUS, SIH, SIA)	Todas	8
Outubro	Eixo 4: Gestão e Ética Profissional	Palestra: Prevenção da Síndrome de Burnout e Gestão do Estresse	Todas	**3**
Outubro	Eixo 3: Acolhimento, Humanização e Diversidade	Curso: Atendimento humanizado à pessoa com TEA na urgência	Todas	6
Novembro	Eixo 1: Educação Clínica e Protocolos Assistenciais	Workshop: Segurança do Paciente	Todas	6
Dezembro	Avaliação e Planejamento	Reunião Anual do NEPS e Equipes: Avaliação e Metas 2026	Representantes de todas as categorias	4

Este caderno é um ponto de partida para a construção de um programa robusto de educação permanente. É crucial que o NEPS promova a participação ativa dos profissionais no levantamento das necessidades e na avaliação das atividades, garantindo que o programa seja relevante e eficaz para o aprimoramento contínuo da UPA Neópolis.

2.1.16. DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE REMUNERAÇÃO DIRETA E INDIRETA, IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E UNIFORMIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.

A política de gestão de pessoas da UPA Neópolis, Sergipe está fundamentada em princípios de justiça remuneratória, equidade entre categorias, valorização profissional e padronização visual institucional. Os critérios adotados visam alinhar as práticas de remuneração e identidade institucional às exigências contratuais da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), bem como às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os parâmetros estabelecidos no regulamento interno de contratação de pessoal e as boas práticas de gestão de recursos humanos na área da saúde. Todas as relações profissionais se dão por meio de prestação de serviços, conforme as normativas próprias da instituição.

a) Critérios de Remuneração e Incentivo ao Desempenho

A contratação de pessoal poderá ocorrer por meio de prestação de serviços como profissional autônomo, pessoa jurídica devidamente constituída ou, ainda, por contratação de pessoal nos moldes de contrato de trabalho, quando cabível, conforme previsto no Regimento Interno de Contratação de Pessoal (https://inasp.org.br/) e em estrita observância à legislação vigente aplicável a cada modalidade.

A remuneração será definida com base em valor mensal, considerando os serviços efetivamente executados, de acordo com a natureza da função e a forma de contratação adotada. Serão levados em conta, para definição do valor, critérios como: carga horária estabelecida, complexidade das atribuições e nível de cumprimento das metas previstas no plano de trabalho.

A remuneração estará vinculada ao desempenho efetivo das atividades contratadas, podendo incluir incentivos com base em indicadores de produtividade, qualidade e resultados alcançados, quando aplicável.

Os pagamentos serão efetuados conforme cronograma acordado contratualmente, observando os limites orçamentários e a disponibilidade financeira do projeto.

A estrutura de remuneração dos profissionais prestadores de serviço contemplará:

- Remuneração compatível com a média praticada no estado para atividades de urgência e emergência, com possibilidade de ajustes periódicos conforme indicadores macroeconômicos e parâmetros definidos pela instituição;
- Acréscimos financeiros por atividades em condições específicas, como jornadas noturnas, exposição a riscos operacionais (conforme avaliação técnica), sobrecargas horárias e disponibilidade contínua;
- Reconhecimento de produtividade institucional, vinculada ao alcance de metas pactuadas de desempenho coletivo (ex: tempo de atendimento, resolutividade, satisfação do usuário);
- Incentivo à capacitação, com apoio a cursos de atualização, bolsas de estudos, licença para eventos científicos e pontuação para progressão funcional vinculada à participação em ações formativas promovidas pela unidade;

- Plano de valorização por tempo de serviço, prevendo premiações simbólicas e reconhecimento público a profissionais com maior permanência e desempenho exemplar.

Proposta de Valor para Colaboradores

Benefício	Detalhamento
Remuneração Competitiva	Salário alinhado à média do mercado, com reajustes baseados em desempenho e indicadores setoriais.
Benefícios Financeiros	Adicionais por trabalho noturno, exposição a riscos ocupacionais e carga horária extraordinária.
Produtividade Recompensada	Bônus vinculado a metas de eficiência, qualidade no atendimento e feedback positivo dos usuários.
Incentivo à Qualificação	Acesso a programas de capacitação, bolsas de estudo e pontuação para promoções internas.
Reconhecimento por Trajetória	Premiações e distinções por tempo de serviço e contribuições excepcionais à instituição.
Identificação Profissional	Crachá personalizado com dados profissionais, tecnologia RFID e identidade visual da organização.
Uniforme e Segurança	Vestuário institucional diferenciado por área, incluindo equipamentos de proteção individual (EPIs) específicos.
Diretrizes Claras	Manual completo com políticas, código de conduta, ética e expectativas organizacionais.
Gestão Transparente	Auditorias e relatórios periódicos sobre recursos humanos, custos operacionais e resultados alcançados.

b) Identificação Profissional Padronizada

A identidade funcional dos colaboradores será padronizada por meio de crachás com tecnologia de proximidade (cartão RFID) e layout institucional uniforme. Os crachás conterão:

- Nome completo do profissional;
- Foto atualizada;
- Cargo/função;
- Nome da Organização Social gestora;
- Símbolo da UPA e da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE);

- Código de barras ou chip de controle de acesso (integração com sistema de ponto eletrônico e segurança patrimonial).

O uso do crachá será obrigatório durante todo o período de permanência na unidade, como medida de segurança, identificação e reforço da transparência no atendimento ao usuário.

c) Uniformização Institucional

Todos os colaboradores da UPA Neópolis utilizarão uniformes institucionais, com padronização por função, respeitando aspectos de segurança do trabalho, ergonomia, biossegurança e apresentação pessoal. A padronização promoverá organização visual, identificação imediata e unidade estética do serviço.

Distribuição por setor:

- Médicos: jaleco branco com brasão institucional bordado;
- Enfermeiros e técnicos de enfermagem: jaleco ou túnica com faixa de cor diferenciada por categoria;
- Farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais: uniforme clínico (azul claro) com identificação de área;
- Serviços gerais, lavanderia e apoio: uniforme fechado (cor cinza ou verde), com touca, luvas e EPIs conforme função;
- Segurança patrimonial: uniforme escuro com brasão institucional e colete;
- Recepção e administrativo: camisa polo personalizada e crachá com destaque funcional.

A entrega dos uniformes será realizada semestralmente, com controle de estoque, ficha individual e reposição em caso de desgaste ou troca de função. As normas de uso, conservação e descarte estarão previstas no Manual do Colaborador.

d) Manual do Colaborador e Código de Conduta

Será disponibilizado, já na integração do colaborador à UPA, o Manual do Colaborador, contendo orientações sobre:

- Direitos e deveres do colaborador;
- Normas internas de convivência, ética, conduta e sigilo;

- Política de saúde e segurança no trabalho;
- Fluxos de comunicação, escalas, registro de ponto e acompanhamento de desempenho;
- Condutas vedadas e sanções disciplinares.

Esse material será acompanhado do Código de Ética e Conduta Institucional, com cláusulas específicas sobre respeito aos usuários, combate ao assédio moral/sexual, zelo com os equipamentos públicos e compromisso com a missão do SUS.

e) Transparência, Controle e Auditoria

Todos os processos de contratação, remuneração, identificação e uniformização estarão registrados em plataforma de gestão de pessoas, com dados disponíveis para a Diretoria Técnica, o controle interno da Organização Social, o Conselho Gestor e a SES/SE. Serão realizados relatórios trimestrais de:

- Composição do quadro por categoria e carga horária;
- Custo com pessoal por setor;
- Indicadores de absenteísmo, rotatividade e satisfação interna;
- Conformidade com as metas de desempenho e capacitação.

Essa política reforça o compromisso da gestão com a ética, a valorização profissional, a organização institucional e o respeito ao dinheiro público.

2.1.17. PODERÃO SER ACRESCIDAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES NÃO ABORDADAS NOS ITENS ANTERIORES OU OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO. NESSE CASO, DEVE APRESENTAR UM PLANO DE ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICO COM DEFINIÇÃO DE ALCANCE, METODOLOGIA, CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO, ORÇAMENTO PREVISTO ETC.



Com o compromisso de consolidar a UPA Neópolis, Sergipe como referência em atenção humanizada, resolutiva e integrada às redes de saúde, serão implantadas iniciativas complementares de qualidade assistencial, segurança institucional e valorização da experiência do usuário, articuladas com os pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), da Qualidade no SUS e da Governança Clínica.

Esses programas funcionarão de forma sinérgica ao núcleo central da gestão da qualidade, formando um ecossistema institucional de melhoria contínua, aprendizado organizacional e corresponsabilidade coletiva.

a) Programa "Cuidar de Quem Cuida" (Saúde Mental e Bem-Estar do Colaborador) (anexo 8)

Este programa visa preservar e fortalecer a saúde mental dos profissionais da UPA, reconhecendo que o cuidado permanente e intensivo em saúde impõe altos níveis de estresse físico e emocional.

Principais ações:

- Rodas de conversa mensais com psicólogo institucional;
- Atendimento psicossocial sob demanda e suporte em crises agudas;
- Programa de prevenção à Síndrome de Burnout;
- Grupos terapêuticos temáticos (luto, estresse, acolhimento ao sofrimento);
- Cartilhas educativas e campanhas internas sobre saúde emocional.

O programa será monitorado com indicadores de absenteísmo, rotatividade e clima organizacional, promovendo uma ambiência mais acolhedora, empática e sustentável.

b) Projeto “UPA com Afeto” – Humanização e Escuta Ativa

Trata-se de um programa transversal, voltado à valorização da experiência do usuário e de seus familiares, promovendo acolhimento humanizado em todas as etapas do atendimento.

Eixos de atuação:

- Capacitação das equipes em comunicação empática, linguagem inclusiva e abordagem humanizada;
- Implantação de “Ponto de Escuta Qualificada” junto à Ouvidoria da Saúde;
- Ambientação das salas de espera com material educativo, arte e acolhimento sensorial;
- Programa “Acompanhante Ativo” em leitos de observação, respeitando normas de biossegurança;
- Formulários simplificados de satisfação do usuário com coleta digital e presencial.

Os dados coletados alimentarão o painel de "Indicadores de Qualidade Subjetiva", com feedback direto à gestão e às equipes.

c) Iniciativa “UPA Verde” – Sustentabilidade e Responsabilidade Socioambiental

A UPA Neópolis incorporará práticas de gestão sustentável dos recursos públicos, alinhadas às diretrizes da Agenda 2030 da ONU, promovendo consciência ambiental e responsabilidade institucional.

Ações estruturantes:

- Coleta seletiva de resíduos sólidos e programa de reciclagem;
- Descarte seguro de resíduos hospitalares conforme RDC nº 222/2018 ;
- Redução de uso de papel com digitalização progressiva de documentos;

- Instalação de lâmpadas LED, controle de consumo hídrico e campanhas de conscientização;
- Projeto de compostagem para resíduos orgânicos da copa e refeitório, com envolvimento da comunidade local, seguindo o seguinte modelo:

d) Núcleo de Inovação em Saúde e Melhoria Contínua

Será implantado um núcleo interno de inovação (anexo 19), com representantes das áreas assistenciais, administrativas e de apoio, que atuará como incubadora de ideias e Atribuições**:**

- Avaliar propostas dos colaboradores e usuários para melhorias nos fluxos, estruturas e processos;
- Executar ciclos PDSA (Plan-Do-Study-Act) para testar e institucionalizar soluções inovadoras;
- Promover encontros trimestrais com a equipe para apresentação de experiências exitosas;
- Manter um repositório de Boas Práticas com acesso aberto a todos os setores;
- Estimular a participação da UPA em prêmios, editais e chamadas públicas de inovação em saúde.

Esse núcleo atuará de forma articulada com a Direção Técnica e com o Núcleo de Qualidade, criando uma cultura de aprendizado permanente e inovação institucional.

e) Sustentabilidade e Eficiência Energética (anexo 20)

Diante do aumento progressivo dos custos com energia elétrica e da necessidade de garantir maior eficiência na gestão dos recursos públicos, a UPA Neópolis propõe a implantação de um sistema de geração de energia solar fotovoltaica conectado à rede pública. Essa iniciativa integra a estratégia institucional de sustentabilidade ambiental e de inovação em infraestrutura pública de saúde,

promovendo não apenas economia financeira, mas também redução significativa da pegada de carbono da unidade.

Estudos técnicos demonstram que, com base no consumo médio mensal da UPA, a geração de energia por fonte solar poderá suprir até 75% da demanda energética da unidade, reduzindo os gastos com eletricidade em aproximadamente R$ 60 mil anuais. Além disso, a adoção de energia limpa está em consonância com as diretrizes da Agenda 2030 da ONU (ODS 7 – Energia limpa e acessível), com a Política Nacional sobre Mudança do Clima (Lei nº 12.187/2009) e com os princípios de eficiência e responsabilidade socioambiental preconizados pela Nova Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021).

A viabilidade do projeto foi assegurada por meio da elaboração do Anexo XX, que contém o detalhamento técnico e operacional da proposta, e do Termo de Referência, que fundamenta juridicamente o processo de contratação de empresa especializada para execução do serviço, mediante processo licitatório.

A instalação do sistema fotovoltaico representará um marco na incorporação de tecnologias sustentáveis em unidades de saúde municipais, com forte potencial de replicação em outras Upas e centros de saúde do município. Trata-se, portanto, de uma política pública inovadora, com retorno financeiro garantido, impacto ambiental positivo e alinhamento institucional às melhores práticas de gestão pública contemporânea.

Cada ação proposta será acompanhada de um plano operacional próprio, que contemplará metas claras, cronograma de execução, definição de responsáveis diretos, previsão orçamentária (quando aplicável) e a delimitação de indicadores de monitoramento tanto qualitativos quanto quantitativos. O acompanhamento e a avaliação das iniciativas ocorrerão de forma sistemática, com avaliações semestrais baseadas em metodologias participativas, garantindo a incorporação de múltiplos olhares, especialmente os das equipes envolvidas e da comunidade usuária dos serviços.

Além disso, estão previstas reuniões ampliadas com o Conselho Gestor da unidade, destinadas à apreciação crítica dos resultados parciais e à deliberação sobre ajustes e reorientações necessárias. Como forma de assegurar a transparência institucional e o controle social, será publicado anualmente um Relatório Institucional

de Qualidade e Inovação, que sistematizará os avanços, desafios, aprendizados e metas alcançadas em cada eixo de atuação. Complementarmente, serão adotados mecanismos regulares de escuta comunitária, como audiências públicas e encontros com lideranças locais, fortalecendo a relação entre a UPA e o território em que está inserida, e promovendo a corresponsabilidade social na formulação e no acompanhamento das políticas públicas de saúde.

IMPLANTAÇÃO DE ENERGIA SOLAR FOTOVOLTAICA NA UPA NEÓPOLIS

A UPA Neópolis será equipada com um sistema de geração de energia solar fotovoltaica conectado à rede, com o objetivo de promover maior autonomia energética, racionalizar custos operacionais e integrar práticas sustentáveis à rotina institucional. O projeto foi dimensionado para garantir parte significativa da demanda energética da unidade, respeitando critérios técnicos de viabilidade e segurança elétrica.

A implantação de um sistema de energia solar fotovoltaica na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Neópolis representa uma iniciativa estratégica voltada à modernização da infraestrutura, à racionalização dos recursos públicos e ao fortalecimento do compromisso com a sustentabilidade ambiental no âmbito da saúde pública. Diante do crescimento dos custos com energia elétrica, especialmente em serviços essenciais como unidades de saúde que funcionam em regime de 24 horas, torna-se urgente a adoção de soluções tecnológicas que promovam a eficiência energética e a autonomia operacional.

Segundo dados da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL, 2024), o custo da energia elétrica no Brasil aumentou 9,6% nos últimos 12 meses. Essa alta impacta diretamente os orçamentos públicos destinados ao funcionamento de unidades de saúde. A instalação de um sistema fotovoltaico permite à UPA Neópolis reduzir significativamente sua dependência da rede convencional, contribuindo para a previsibilidade orçamentária e liberação de recursos para outras áreas prioritárias, como medicamentos, pessoal e insumos médicos.

Objetivos Estratégicos

- Reduzir em até 75% os custos anuais com energia elétrica da UPA, com retorno sobre o investimento (payback) previsto entre 4 e 6 anos, dependendo da configuração e do consumo médio da unidade.
- Diminuir a emissão de gases de efeito estufa em aproximadamente 28 toneladas de CO_2/ano, conforme cálculo médio da Associação Brasileira de Energia Solar Fotovoltaica (ABSOLAR, 2023), para sistemas de médio porte.
- Garantir o fornecimento contínuo de energia para setores críticos da unidade, especialmente áreas como pronto-socorro, leitos de observação e centrais de material esterilizado, por meio de sistema híbrido (on-grid com backup).
- Conformar-se às diretrizes da Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010), da Política Nacional sobre Mudança do Clima (Lei nº 12.187/2009) e das metas da Agenda 2030 da ONU (ODS 7 – Energia Limpa e Acessível).

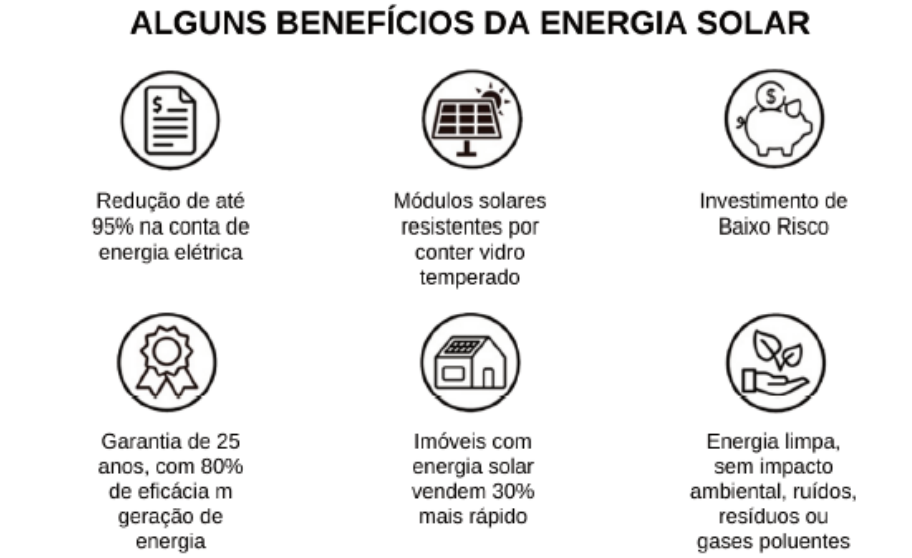
O sistema fotovoltaico será composto por:

- Painéis solares fotovoltaicos de silício monocristalino, com alto rendimento e eficiência superiores a 20%;
- Inversores trifásicos interativos, homologados conforme normas da ANEEL e do INMETRO;
- Quadros de proteção CA/CC com dispositivos de seccionamento e proteção contra surtos (DPS);
- Estrutura de fixação em alumínio anodizado e aço galvanizado, compatível com o telhado da unidade;
- Cabeamento dimensionado conforme normas NBR 5410 e NBR 16690;
- Sistema de monitoramento remoto via aplicativo e interface web, com visualização em tempo real da geração e desempenho.

O uso da energia solar fotovoltaica em unidades públicas de saúde representa uma solução estratégica para a modernização da infraestrutura, aliando inovação tecnológica, economia de recursos e responsabilidade ambiental. A adoção desse

modelo na UPA Neópolis visa atender à crescente demanda por eficiência energética e sustentabilidade na gestão pública, permitindo o aproveitamento de uma fonte limpa, renovável e abundante: a luz do sol. Antes de apresentar os benefícios diretos desse sistema para a unidade, é importante compreender de forma sintética como funciona a geração de energia solar fotovoltaica e sua integração à rede elétrica convencional.





Fases do Projeto



Simulação da Geração Mensal

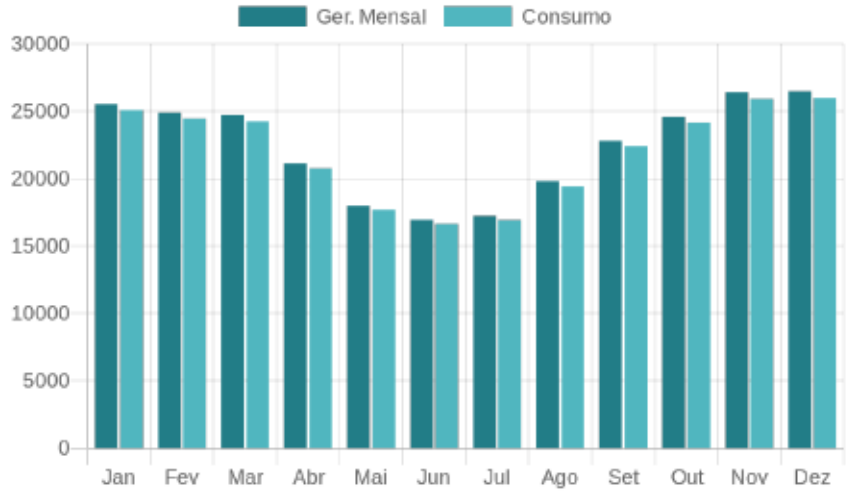
A simulação técnica do sistema, baseada em software especializado e na irradiação solar da região de Neópolis/SE, indica uma produção mensal estimada que contribui significativamente para suprir a demanda da unidade, conforme gráfico abaixo:

INFORMAÇÕES DO CLIENTE
Tipo de Conexão: Trifásico

DIMENSIONAMENTO:

Potência Instalada:	Área Utilizada:	Tipo de Estrutura:
172,50 kWp	690,00 M^2	ONDULADA

GERAÇÃO DE ENERGIA



	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Ger. de Energia	25548.77	24919.49	24709.73	21143.81	17997.41	16948.61	17242.27	19801.34	22821.89	24583.87	26387.81	26471.71
Consumo	25089.89	24471.91	24265.92	20764.04	17674.16	16644.19	16932.58	19445.69	22411.99	24142.32	25913.86	25996.25

EQUIPAMENTO

PLACA SOLAR



MODULO bifacial 144 CEL. N TYPE 575W CABO 1.4M ASTRONERGY - 575W

INVERSOR



INVERSOR SOLIS 75KW

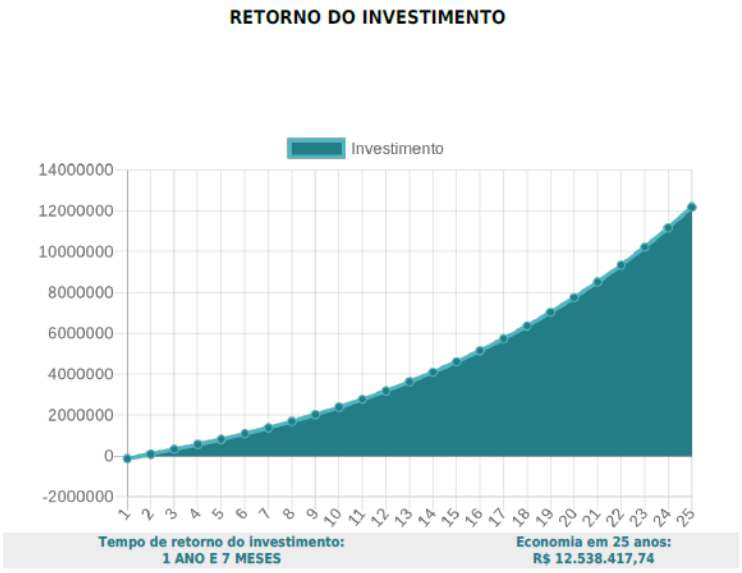
ITEM	QUANTIDADE
MODULO bifacial 144 CEL. N TYPE 575W CABO 1.4M ASTRONERGY - 575W	300
INVERSOR SOLIS 75KW	2
PROJETO & INSTALAÇÃO	Incluso

Observações Técnicas Importantes:

- O sistema respeita integralmente as normas da ABNT NBR 16274 (Instalações Elétricas de Sistemas Fotovoltaicos) e da ANEEL (Resolução Normativa nº 1.059/2023).

- O projeto prevê homologação junto à concessionária local, com conexão no modo de compensação de energia.
- A instalação será realizada por equipe técnica especializada, com emissão de ART (Anotação de Responsabilidade Técnica) e capacitação da equipe interna da unidade.
- A manutenção preventiva e corretiva será programada conforme diretrizes do fabricante, garantindo o funcionamento contínuo e seguro do sistema.

A incorporação desse sistema de geração fotovoltaica à estrutura da UPA representa um avanço na gestão eficiente dos recursos públicos, assegura menor impacto ambiental e promove alinhamento às diretrizes de sustentabilidade e inovação do SUS.



A implantação do sistema de energia solar fotovoltaica na UPA Neópolis representa não apenas um compromisso com a sustentabilidade ambiental, mas também uma estratégia inteligente de gestão fiscal no setor público. Ao longo do tempo, o investimento inicial tende a se amortizar integralmente por meio da economia gerada na conta de energia elétrica, com retorno estimado em médio prazo, conforme projeções do mercado fotovoltaico nacional. Essa medida reduz a dependência de recursos públicos para custeio de despesas recorrentes, melhora a previsibilidade

orçamentária e libera verbas para outras áreas estratégicas da assistência à saúde. Além disso, fortalece a imagem institucional da unidade como referência em inovação, eficiência energética e alinhamento às diretrizes da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, especialmente no cumprimento do ODS 7 (energia limpa e acessível) e do ODS 12 (consumo e produção responsáveis). Trata-se, portanto, de uma solução que combina viabilidade técnica, responsabilidade ambiental e racionalidade econômica na gestão pública da saúde.

2.1.18 Plano de Indicadores de Desempenho Assistencial e Gerencial

Com o objetivo de assegurar a qualidade, a eficiência e a resolutividade dos serviços prestados pela Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis (UPA Neópolis), será implementado um sistema contínuo de monitoramento de indicadores de desempenho, com metas pactuadas, análise periódica e integração com a gestão estratégica.

O plano considera parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, diretrizes da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e recomendações da literatura especializada em gestão hospitalar e unidades de pronto atendimento.

Objetivos do Plano

- Garantir a avaliação contínua da performance assistencial e administrativa;
- Identificar gargalos operacionais e propor medidas corretivas em tempo oportuno;
- Fomentar a cultura da qualidade, da segurança do paciente e da transparência institucional;
- Subsidiar decisões gerenciais com base em evidências;
- Articular os resultados da UPA com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Estrutura de Monitoramento

O monitoramento será realizado mensalmente por meio de uma Comissão de Indicadores, composta por representantes das coordenações médica, de enfermagem, administrativa, farmácia, laboratório e núcleo de educação permanente.

Os dados serão coletados por sistemas informatizados (prontuário eletrônico, SIH/SUS, SIA, CNES, e-SUS), auditados por amostragem e submetidos a análise comparativa com metas internas e parâmetros nacionais.

Indicadores de Desempenho

Eixo	Indicador	Meta	Fonte de Dados	Periodicidade
Assistencial	Tempo médio de espera (Porta–Médico)	≤ 30 min (prioridade amarela)	Prontuário eletrônico	Mensal
Assistencial	Percentual de classificação de risco adequada (Manchester)	≥ 90%	Auditoria clínica	Trimestral
Gestão Clínica	Taxa de retorno em 72h por mesma queixa	≤ 10%	Prontuário eletrônico	Mensal
Gestão Clínica	Tempo médio de permanência na UPA	≤ 6h	Sistema de gestão	Mensal
Segurança do Paciente	Incidência de eventos adversos evitáveis	Zero	Livro de ocorrências / Notivisa	Mensal
Qualidade	Satisfação do usuário (média geral)	≥ 85%	Pesquisa por amostragem	Trimestral
RH	Taxa de absenteísmo	≤ 2%	Registro de ponto	Mensal
RH	Rotatividade de pessoal (turnover)	≤ 5% ao ano	RH / Contratos	Semestral
Gestão Administrativa	Índice de abastecimento de medicamentos	≥ 95%	Sistema de farmácia	Mensal
Financeiro	Execução orçamentária planejada	≥ 90%	Relatórios financeiros	Trimestral

Instrumentos e Práticas

- Dashboard de Indicadores online com acesso por login institucional;
- Relatórios analíticos e gráficos enviados à Secretaria de Estado da Saúde;
- Reuniões mensais de avaliação de desempenho com elaboração de Plano de Ação;
- Integração dos resultados às atividades do Núcleo de Educação Permanente;

- Divulgação de resultados e metas no mural interno e no canal institucional da unidade.

Os indicadores e suas metas serão revisados anualmente, com base na evolução da série histórica, mudanças na demanda assistencial e pactuações com a gestão estadual. Em caso de resultados abaixo das metas por três ciclos consecutivos, será obrigatória a implantação de Plano de Intervenção Gerencial, com acompanhamento intensivo.

2.2. IMPLANTAÇÃO DOS FLUXOS



A implantação dos fluxos operacionais na UPA Neópolis é uma etapa essencial para assegurar a organização do espaço físico, o controle de infecções, a segurança dos profissionais e pacientes, e a eficiência nos processos assistenciais e logísticos. Esses fluxos são definidos com base nas diretrizes da **RDC n.º 50/2002 da Anvisa**, que trata do planejamento físico-funcional de estabelecimentos assistenciais de saúde, e seguem os princípios da **vigilância sanitária, biossegurança e racionalização dos ambientes de cuidado**, conforme o perfil da unidade. A correta

separação e orientação das circulações internas evita contaminações cruzadas, reduz riscos assistenciais e otimiza a utilização de recursos humanos e estruturais, garantindo maior controle e rastreabilidade dos processos.

2.2.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, NÃO RESTRITAS E EXTERNAS

Na UPA Neópolis, o espaço físico será organizado segundo o grau de criticidade das áreas e o risco sanitário envolvido. As **áreas restritas** compreenderão ambientes de acesso controlado, como salas de procedimentos invasivos, salas de observação, reanimação e o posto de medicação, onde o ingresso será permitido apenas a profissionais devidamente identificados e com EPI's adequados, em função da exposição a material biológico e procedimentos críticos. Já as **áreas semi-restritas** incluirão corredores de acesso assistencial, vestiários e áreas de preparo de materiais. As **áreas não restritas**, por sua vez, compreenderão espaços de circulação geral, como recepção, sala de espera, áreas administrativas e banheiros públicos. O acesso a essas áreas seguirá critérios de segurança, sinalização e controle, com circuitos bem demarcados e diferenciados por faixas de cor e sinalização visual. A **circulação externa**, incluindo entrada de ambulâncias, áreas de descarga e setor de resíduos, terá acesso segregado, com rotas específicas para veículos de emergência, garantindo fluidez operacional e evitando cruzamentos indevidos com áreas limpas.

2.2.2. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A gestão dos materiais esterilizados seguirá um **fluxo unidirecional rigoroso**, conforme as recomendações da **RDC n.º 15/2012 da Anvisa**, que estabelece boas práticas para o processamento de produtos para saúde. O circuito será iniciado na Central de Material e Esterilização (CME), onde os instrumentos serão preparados, embalados e submetidos à esterilização. Após a finalização do processo, os materiais seguirão por rotas exclusivas até os pontos de uso, como sala de procedimentos, sutura ou observação, sem retorno ou cruzamento com áreas de sujidade. A rastreabilidade será garantida por meio de registro eletrônico e etiquetas com códigos de lote e validade, permitindo o controle rigoroso de uso e descarte. O objetivo deste

fluxo é evitar qualquer possibilidade de recontaminação, protegendo a segurança do paciente e a integridade dos processos invasivos.

2.2.3. Fluxo unidirecional para roupas

O **fluxo de roupas** na UPA Neópolis também será unidirecional, assegurando que as roupas limpas não entrem em contato com as sujas em nenhuma etapa. O setor de rouparia será dividido em duas zonas distintas: uma de recepção e triagem das roupas sujas e outra de armazenamento e distribuição das roupas limpas, com barreiras físicas e sinalização padronizada. As roupas utilizadas nas áreas assistenciais serão recolhidas em sacos impermeáveis, lacrados e transportadas para lavanderia externa conveniada, em conformidade com a **Resolução CONAMA n.º 358/2005** e a **Portaria MS n.º 2.616/1998**. Após o processamento, retornarão higienizadas e identificadas, sendo redistribuídas conforme a demanda de cada setor. Esse modelo assegura controle microbiológico, redução de infecções relacionadas à assistência à saúde e maior eficiência logística.

2.2.4. Fluxo unidirecional de resíduos de saúde

O manejo de **resíduos de serviços de saúde (RSS)** na UPA será orientado pelo **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)**, seguindo a **RDC n.º 222/2018 da Anvisa**. O fluxo de resíduos será unidirecional, partindo do ponto de geração até o armazenamento temporário externo, em áreas técnicas ventiladas, sinalizadas e com acesso restrito. Os resíduos serão segregados em grupos A, B, C, D e E, conforme classificação da norma, e acondicionados em recipientes próprios, com sistema de identificação por cor, símbolos universais e etiquetas rastreáveis. O transporte interno será realizado por rotas exclusivas, com carrinhos laváveis e vedados, sem cruzamento com materiais limpos ou trânsito de pacientes. A coleta externa será feita por empresa especializada, com emissão de Manifesto de Transporte de Resíduos, conforme exigido pela **política ambiental e sanitária vigente**. O objetivo é assegurar a integridade do meio ambiente, dos trabalhadores da saúde e da comunidade.

3. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

A implantação da gestão da UPA Neópolis envolve a estruturação de normativas internas que orientem o funcionamento dos setores, o comportamento institucional e a prestação de contas dos profissionais em todos os níveis hierárquicos. A adoção de regimentos internos fortalece a cultura organizacional, assegura a previsibilidade das ações, previne conflitos e garante o alinhamento com os marcos legais do SUS e com os parâmetros estabelecidos no contrato de gestão. A seguir, apresentam-se as propostas para os principais regimentos da unidade.

3.1 PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UPA NEÓPOLIS

O **Regimento Interno da UPA Neópolis** será elaborado com base nas **normas administrativas do SUS**, contemplando a missão, os princípios éticos, a estrutura hierárquica, os fluxos decisórios, as responsabilidades dos setores, os horários de funcionamento, os canais de comunicação institucional e os mecanismos de controle e avaliação. Será um documento normativo e pedagógico, acessível a todos os colaboradores, contendo diretrizes claras sobre conduta profissional, protocolos operacionais, regras de acesso e governança. O regimento será revisado anualmente pela direção da unidade, com participação das chefias de setores e consulta à equipe técnica, assegurando sua atualização permanente conforme as exigências regulatórias e a dinâmica assistencial local.

3.2 PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

O **Regimento do Corpo Clínico** regulamentará a atuação dos profissionais médicos da UPA, estabelecendo critérios para admissão, atribuições específicas, direitos, deveres, participação em comissões internas e cumprimento de protocolos clínico-assistenciais. O documento também normatizará os critérios de escala, plantão, sobreaviso, comunicação de intercorrências e preenchimento do prontuário eletrônico. A proposta considera os princípios do **Código de Ética Médica**, as diretrizes do **Conselho Federal de Medicina (CFM)** e a necessidade de conformidade com a **Política Nacional de Humanização (PNH)**. O regimento garantirá, ainda, a

institucionalização de práticas seguras e baseadas em evidências, promovendo a responsabilização ética e técnica do corpo clínico nas decisões de cuidado.

3.3 PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O **Regimento do Serviço de Enfermagem** será fundamentado nas normas do **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)** e nas resoluções da **Anvisa**, com o objetivo de padronizar as práticas assistenciais, organizacionais e educativas das equipes de enfermagem. O documento definirá a estrutura de coordenação do setor, os critérios de dimensionamento de pessoal, os fluxos de plantão, as atribuições por categoria profissional, as rotinas de notificação de eventos adversos e os protocolos de cuidados em situações críticas. Além disso, garantirá a valorização da autonomia técnica da enfermagem, a articulação com os demais setores e a participação ativa nas comissões de segurança do paciente, controle de infecção e qualidade assistencial.

3.4 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REGISTROS ELETRÔNICOS DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DA UNIDADE

A implantação dos **registros eletrônicos das atividades assistenciais** será realizada por meio de sistemas compatíveis com o e-SUS AB e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), garantindo interoperabilidade com as bases do Ministério da Saúde e conformidade com a **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei n.º 13.709/2018)**. O sistema permitirá o registro em tempo real das informações clínicas, procedimentos realizados, medicações administradas, exames solicitados, prescrições médicas, evolução de enfermagem e notificações de risco. Com módulos interativos e acessos por perfil, a ferramenta assegurará a rastreabilidade de cada atendimento, facilitará auditorias, reduzirá erros e permitirá a análise dos indicadores em tempo real. Além de otimizar os fluxos internos, a informatização do cuidado representará uma alavanca de modernização institucional, promovendo maior segurança do paciente, eficiência assistencial e suporte à tomada de decisão clínica e gerencial.

4. IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS

4.1. PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO GERENCIAL DAS UNIDADES

4.2. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

A gestão eficiente de materiais e patrimônio hospitalar constitui uma das colunas estruturantes para o bom funcionamento de qualquer unidade de saúde, especialmente em serviços de urgência e emergência como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis. Em consonância com os princípios da administração pública e os marcos regulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS), a padronização dos processos logísticos internos busca garantir não apenas a disponibilidade contínua de insumos e a preservação dos ativos públicos, mas também a promoção de um ambiente sanitariamente seguro, economicamente sustentável e legalmente responsável.

O principal objetivo das rotinas administrativas implementadas na UPA Neópolis é assegurar a rastreabilidade, o controle e a conservação dos materiais e bens permanentes, desde o seu ingresso na unidade até o seu uso ou descarte final. Para tanto, adota-se um modelo de gestão estruturado sobre três pilares fundamentais: a eficiência operacional, a conformidade legal e a governança orientada por dados. As rotinas estabelecidas abrangem tanto os aspectos físicos (como armazenamento, manutenção e inventário) quanto os aspectos informacionais (cadastro, controle de validade, depreciação e prestação de contas), criando uma malha de segurança institucional que protege os recursos públicos e fortalece a capacidade de resposta da unidade.

A estrutura organizacional responsável por essa engrenagem administrativa foi delineada com base em atribuições técnicas específicas. O Encarregado de Almoxarifado é responsável pela supervisão diária dos processos de entrada e saída de materiais, pela solicitação de compras e pelo controle dos níveis de estoque, sempre com base em indicadores operacionais como ponto de reposição, consumo médio e sazonalidade da demanda. Já o Auxiliar de Estoque atua diretamente no

recebimento físico das mercadorias, na conferência de notas fiscais e na distribuição interna, assegurando que os materiais cheguem com agilidade e segurança aos setores assistenciais. O Técnico de Patrimônio, por sua vez, responde pelo cadastro, monitoramento e baixa de todos os bens móveis, promovendo a atualização do inventário patrimonial e a conformidade contábil da unidade. Essa definição de funções, aliada a uma cadeia de aprovação clara e regulada por portarias internas, confere ao processo administrativo institucionalidade, rastreabilidade e segurança jurídica.

No tocante à gestão de estoques, a UPA Neópolis implementa um modelo sistematizado que privilegia a lógica preventiva e o uso racional dos insumos. A entrada de materiais é formalizada mediante conferência quantitativa e qualitativa, validando o conteúdo entregue frente ao pedido autorizado. Após essa validação, os dados são inseridos em sistema informatizado (módulo de almoxarifado do TASY), o que permite o acompanhamento em tempo real das movimentações de estoque, dos prazos de validade, da rotação de consumo e das projeções de abastecimento. Para evitar perdas, é adotado o método FIFO (First In, First Out), assegurando que os produtos com data de vencimento mais próxima sejam utilizados prioritariamente. O ponto de pedido é acionado automaticamente quando o estoque atinge o limite mínimo operacional, evitando rupturas e permitindo uma gestão baseada em evidências, com menor desperdício e maior previsibilidade.

Já a gestão patrimonial é pautada por rigor técnico e normativo. Todo bem permanente recebido é identificado com código de barras e registrado em sistema próprio, contendo informações como localização física, data de aquisição, número de tombamento e centro de custo associado. Realizam-se inventários rotativos mensais para os itens críticos e inventários gerais anuais, com certificação pela diretoria. A depreciação anual dos equipamentos segue critérios contábeis estabelecidos pela Secretaria do Tesouro Nacional, com destaque para os equipamentos médicos, que recebem uma taxa de depreciação de 20% ao ano. Bens inservíveis ou obsoletos são encaminhados à Comissão de Patrimônio, instituída por Portaria Interna, responsável por analisar tecnicamente a necessidade de alienação, redistribuição ou descarte, sempre com base em critérios de economicidade e integridade física.

As áreas de armazenamento da unidade estão organizadas em zonas técnicas com controle ambiental específico: a Zona A, destinada a materiais frios, mantém temperatura entre 2ºC e 8ºC e abriga vacinas e hemoderivados; a Zona B, com temperatura entre 15ºC e 25ºC, armazena medicamentos e insumos de uso frequente; e a Zona C, destinada a produtos químicos e inflamáveis, segue critérios de ventilação e contenção de riscos. Essa segmentação, além de obedecer às exigências da Anvisa e do Ministério da Saúde, permite maior controle sanitário, prevenção de acidentes e adequação aos diferentes tipos de risco associados a cada material.

A rotina de descarte de materiais e bens segue um duplo protocolo: os resíduos de saúde são gerenciados com base no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), com segregação por grupo de risco, acondicionamento adequado e transporte em rotas exclusivas, conforme a RDC Anvisa n.º 222/2018; já os bens inservíveis são submetidos a processo formal de baixa patrimonial, com publicação de ato administrativo e destino final em conformidade com a Lei Federal n.º 8.666/1993.

Por fim, a eficiência do sistema é medida por meio de indicadores-chave de desempenho (KPIs), monitorados semanal, mensal ou quinzenalmente. Entre os principais, destacam-se: o Nível de Serviço, cuja meta é manter ≥ 98% de disponibilidade dos itens demandados; o índice de Perdas por Validade Vencida, com tolerância máxima de 1% do total do estoque; e o Tempo Médio de Reposição para demandas urgentes, que deve ser igual ou inferior a 48 horas. Tais indicadores permitem o aprimoramento contínuo das rotinas, orientam a tomada de decisões gerenciais e reforçam o compromisso institucional com a excelência operacional, a transparência administrativa e a valorização do patrimônio público em saúde.

4.3. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

A implantação de um **Manual de Rotinas para Administração Financeira** na UPA Neópolis constitui um instrumento estruturante e indispensável à integridade da gestão dos recursos públicos, em consonância com os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. A padronização dos procedimentos financeiros visa garantir a previsibilidade dos fluxos orçamentários, a rastreabilidade das despesas, o cumprimento rigoroso dos compromissos fiscais e a

conformidade com os marcos legais que regem a execução orçamentária e financeira no âmbito do SUS, especialmente a **Lei n.º 4.320/1964**, a **Lei Complementar n.º 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal)** e a **Lei n.º 8.666/1993**.

O manual proposto abrangerá desde os processos de elaboração do orçamento da unidade até o controle da execução financeira, estabelecendo rotinas claras para emissão de empenhos, liquidação de despesas, pagamentos, conciliação bancária, prestação de contas e elaboração de relatórios gerenciais. Cada etapa será descrita de forma sistemática, com atribuições definidas por setor e perfil profissional, assegurando a segregação de funções e a mitigação de riscos operacionais. Também será estabelecido o fluxo de aprovação hierárquica para gastos, com a definição de limites por natureza de despesa, valores e fonte de recurso, garantindo que as decisões financeiras obedeçam a critérios técnicos e institucionais previamente pactuados com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE).

A proposta prevê ainda a implantação de **sistemas informatizados integrados de gestão financeira**, compatíveis com o módulo SUS e aderentes à **Plataforma de Prestação de Contas Eletrônica (e-SUS Gestão)**, assegurando que todos os lançamentos e documentos possam ser auditados de forma tempestiva, com rastreabilidade por fonte, data, contrato ou fornecedor. Os relatórios financeiros serão produzidos mensalmente, seguindo o padrão contábil público e alinhados com o Plano de Trabalho Anual, permitindo o acompanhamento da execução orçamentária por metas físicas e financeiras.

Além da execução rotineira, o manual abordará também as diretrizes para a **previsão de fluxo de caixa**, **controle de saldos**, **reserva de contingência** e **indicadores de solvência institucional**, contribuindo para a sustentabilidade do contrato de gestão. Serão ainda incluídos os procedimentos para **auditorias internas periódicas**, conciliando os dados bancários, documentos fiscais, ordens de pagamento e notas de empenho, em diálogo direto com os princípios da governança e do controle social.

Essa normatização interna se configura, portanto, como um marco regulatório interno que organiza a gestão financeira, reforça a transparência e fortalece a cultura institucional de responsabilidade fiscal. Ao garantir clareza procedimental, rigor técnico e rastreabilidade integral das movimentações financeiras, o manual de rotinas

contribuirá decisivamente para a eficiência da gestão da UPA Neópolis e para a confiança pública na adequada aplicação dos recursos destinados à saúde.

4.4. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA O ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO



A elaboração do **Manual de Rotinas Administrativas para o Almoxarifado e Patrimônio** da UPA Neópolis tem como propósito estabelecer uma diretriz técnica padronizada, orientando a execução das atividades logísticas e patrimoniais com base na legalidade, na eficiência e na rastreabilidade institucional. Essa normatização é essencial para garantir o controle dos estoques, a conservação dos bens permanentes e a conformidade com os regulamentos sanitários, contábeis e administrativos que regem o funcionamento das unidades públicas de saúde.

O manual abrangerá todas as etapas do ciclo logístico da unidade, desde o recebimento e conferência de insumos até sua distribuição final aos setores assistenciais, passando pela organização dos estoques, controle de validade, definição de zonas de armazenamento e manutenção preventiva dos bens patrimoniais. Cada processo será descrito em formato padronizado, com fluxogramas

de responsabilidade, prazos, documentos de controle e metas de desempenho, de modo a orientar a equipe técnica com clareza e segurança.

No que diz respeito ao **almoxarifado**, o manual regulamentará o uso de sistemas informatizados de controle de estoques, a gestão por ponto de reposição, a adoção do método FIFO (First In, First Out), o planejamento de compras com base em consumo histórico e sazonalidade, bem como o controle rigoroso de validades, especialmente de medicamentos e materiais perecíveis. Também serão definidos os procedimentos para inventário mensal e anual, classificação ABC dos insumos, segregação de produtos por risco e aplicação das normas da **RDC n.º 50/2002** e da **RDC n.º 222/2018**, que tratam, respectivamente, da infraestrutura física e da gestão de resíduos de saúde.

No tocante ao **patrimônio**, o manual descreverá os procedimentos para o cadastro inicial de bens permanentes, a etiquetagem com códigos de barras, o registro contábil em sistema específico, a realização de vistorias periódicas, a gestão de depreciação por categoria de bem, e os critérios para alienação de bens inservíveis. As diretrizes estarão alinhadas com as exigências da **Lei n.º 4.320/1964**, da **Instrução Normativa STN/MF**, e da **Portaria Interna n.º 012/2025**, que institui a Comissão de Patrimônio da UPA. Também serão descritos os fluxos para solicitação de manutenção corretiva, redistribuição de ativos entre setores e baixa patrimonial com fundamento técnico-documental.

O manual orientará ainda a organização física dos espaços de armazenamento, com definição de zonas técnicas (frios, secos, inflamáveis), sistemas de controle ambiental, requisitos de segurança sanitária e critérios para a disposição correta dos resíduos, conforme o **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** da unidade. Dessa forma, a proposta não se limita a regular o funcionamento do setor, mas estabelece uma política institucional de sustentabilidade logística, segurança sanitária e responsabilidade com o patrimônio público.

Ao ser implementado, o manual de rotinas para almoxarifado e patrimônio atuará como uma ferramenta estratégica de governança, integrando a gestão logística ao planejamento assistencial da UPA Neópolis. Sua aplicação permitirá maior previsibilidade na distribuição de recursos, aumento da eficiência operacional,

redução de perdas, e conformidade com os princípios da administração pública, contribuindo para a qualidade do cuidado e o fortalecimento do SUS.

QUALIDADE OBJETIVA

5. COMISSÕES

As comissões hospitalares constituem mecanismos essenciais para a garantia da qualidade assistencial, atuando como elos entre a prática clínica e a governança institucional. Esses colegiados multidisciplinares possuem caráter permanente e são regidos por regimentos internos que definem suas atribuições, periodicidade de reuniões e fluxos de comunicação com outros setores. Sua atuação sistemática permite não apenas a identificação de não conformidades, mas também a proposição de melhorias baseadas em evidências, promovendo ciclos virtuosos de aprimoramento contínuo.



MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DOS NÚCLEOS E COMISSÕES PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art.1º Fica estabelecido através do presente, o regimento interno que disciplina a constituição, atribuições e funcionamento do Núcleo de Comissões Hospitalares - NCH, da Unidade de Pronto Atendimento – Upa 24h Neópolis, de forma a atender a legislação vigente e fortalecer a gestão hospitalar.

Art. 2º O NCH é um órgão de assessoria que responde diretamente à Superintendência da UPA 24h Neópolis.

Art.3º O NCH Possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para defender os interesses dos sujeitos assistidos na Instituição, na sua integridade e dignidade e para contribuir no aprimoramento técnico, administrativo e ético das Comissões Hospitalares.

Art.4º Este regimento se aplica as Comissões assessoras obrigatórias, comissões assessoras pertinentes e Adicionais (comitês, núcleos, grupos de trabalho e equipes), nomeadas por meio de portarias e formalizadas por Regimento Interno devidamente aprovado pelo Colegiado Executivo.

Parágrafo único. É facultativo a elaboração de Regimento Interno no caso das Comissões adicionais (comitês, núcleos, Grupos de trabalho e equipes).

Art.5º São comissões assessoras obrigatórias monitoradas pelo Núcleo de Comissões Hospitalares:

I Comissão de Ética Médica;

II Comissão de Ética em Enfermagem;

III Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente;

IV Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

V Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

VI Comissão de Revisão e Verificação de Óbitos;

VII Comissão de Revisão de Prontuários;

VIII Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

IX Comissão de Farmácia e Terapêutica;

X Comissão de Resíduos e Serviços de Saúde;

XI Núcleo Interno de Regulação;

XII Núcleo de Segurança do Paciente;

XIII Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

IX Núcleo de Remoção Inter Hospitalar;

XV Núcleo Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.6º Tanto as Comissões Hospitalares já constituídas por Instruções de Serviços, Resoluções ou Portarias quanto às que vierem a ser criadas serão submetidas e monitoradas pelo Núcleo de Comissões Hospitalares da UPA 24h Neópolis.

Art.7º Qualquer alteração na constituição das comissões, deverá ser encaminhada ao NCH através de processo formalizado no sistema SEI (Sistema Eletrônico de Informações), que posteriormente será conduzido à superintendência para aprovação final e elaboração de portaria.

Art.8º O NCH da UPA 24h Neópolis será composto por um Coordenador (designado pelo Superintendente) e caso considere necessário, 01 (um) assistente administrativo ou outro cargo a critério.

Art.9º O NCH usará a estrutura física do secretariado da Superintendência para a guarda de documentos e outros.

Art.10º As comissões assessoras obrigatórias e assessoras pertinentes serão monitoradas mensalmente pelo NCH, já as demais comissões adicionais terão seu registro no NCH e serão monitoradas trimestralmente, caso não seja diagnosticado indícios de funcionamento, o Coordenador do NCH submeterá à Superintendência para deliberações e/ou extinção da mesma.

CAPÍTULO III
DA NORMATIZAÇÃO

Art.11º Este Regimento tem por fundamento:

I- Portaria Interministerial nº 2.400 de 02/10/2007 – que estabelece requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino;

II- Portaria Interministerial nº 285 de 24/03/2015 – que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais;

III- NO.SVSSP.001- Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais;

IV- Decisões do Colegiado Executivo do SES, INASP e UPA 24h Naópolis.

CAPÍTULO IV
DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art.12º São competências da Superintendência quanto ao NCH:

I- Revisar, em conjunto com o coordenador o Regimento Interno do NCH;

II- Aprovar o Regimento Interno do NCH;

III- Apoiar as ações e decisões realizadas pelo NCH, desde que coerente com a legalidade e os princípios da Administração Pública e do SUS;

IV- Aprovar e publicar os regimentos internos das comissões assessoras obrigatórias e pertinentes;

V- Aprovar as solicitações de criação de novas comissões e adicionais (comitês, núcleos, grupos de trabalho e equipes);

VI- Garantir que as Diretrizes, Deveres e Obrigações deste regimento seja cumprido.

Art.13º São competências do Núcleo de Comissões Hospitalares:

I- Revisar e atualizar o Regimento Interno do NCH;

II- Acompanhar e controlar o desenvolvimento de cada comissão assessora obrigatória, pertinente e adicional da UPA 24h Neópolis, mediante relatórios fornecidos por essas, contendo os seguintes quesitos:

a. Regimento Interno atualizado; ou

b. Procedimento de funcionamento (comissão adicional);

c. Atas de reuniões dos últimos 12 meses;

d. Relatório Gerencial;

e. Plano de ação;

f. Cronograma de reuniões:

g. Relação de participantes em cada reunião; e

h. Outros quesitos e indicadores que julgar necessário às comissões vigentes e futuras.

III- Orientar na elaboração do regimento interno das comissões;

IV- Manter a guarda confidencial de todos os relatórios obtidos no desempenho de suas atribuições;

V- Requerer da Superintendência a instauração de sindicância ou similar em caso de denúncia de irregularidade de natureza ética envolvendo as comissões no âmbito da instituição;

VI- Convocar trimestralmente reuniões periódicas com todos os presidentes/coordenadores das Comissões Hospitalares ou reuniões extraordinárias com uma ou mais comissões, caso seja justificado;

VII- Encaminhar à Superintendência os relatórios recebidos pelas Comissões, além de encaminhar um relatório analítico sobre o desempenho de cada Comissão;

VIII- Participar das Reuniões das Comissões, caso julgue necessário;

IX- Fornecer às Comissões Hospitalares subsídios para que as reuniões periódicas ocorram, de maneira organizada, objetiva e resolutiva;

X- Estabelecer contato entre as Comissões, caso seja necessário;

XI- Exigir de todas as Comissões Hospitalares o cronograma de atividades e o calendário anual de todas as reuniões;

XII- Exigir a elaboração e atualização do regimento interno de cada comissão assessora obrigatória e pertinente;

XIII- Desempenhar papel consultivo e educativo em relação a todas as comissões desenvolvidas no âmbito da UPA 24h Neópolis;

XIV- Atender as eventuais solicitações dos Órgãos de Fiscalização e Certificação.

Art.14º São competências das comissões:

I. Cumprir os regulamentos internos, prazos e cronogramas estabelecidos;

II. Disponibilizar para o NCH:

a. Regimento Interno ou documento de funcionamento;

b. Atas de reuniões dos últimos 12 (doze) meses;

c. Portaria atualizada de Instituição e designação dos membros da comissão;

d. Relatório Gerencial contendo metas, indicadores e resultados obtidos, referente aos últimos 12 (doze) meses;

e. Plano de ação;

f. Cronograma de reuniões mensais;

g. Relação de participantes em cada reunião.

Art.15º Atribuições e disposições gerais das comissões:

I- Enviar as atas de reuniões e respectivos relatórios de atividades através do SEI ao NCH respeitando o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a reunião;

II- Atualizar o Regimento Interno das comissões assessoras, observando a periodicidade máxima de 4 (quatro) anos para de revisão;

III- Enviar através do SEI: o plano de ação e cronograma de reuniões do ano subsequente e Relatório Gerencial do ano vigente (contendo metas, indicadores e resultados obtidos) até o dia 15 de dezembro do ano corrente;

IV- Informar imediatamente ao NCH, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados;

V- Informar a saída de um membro das comissões devidamente justificado via SEI ao NCH, indicando o nome do substituto seguindo as diretrizes do seu regimento interno para a confecção de nova Portaria;

VI- Manter atualizado o quadro de membros das comissões;

VII- Qualquer membro integrante das comissões que possuir 3(três) faltas consecutivas ou 5 (cinco) alternadas sem justificativa plausível, tais como: atestado e/ou licença médica, falecimento, audiências ou qualquer comprovante que justifique sua ausência, deverá prestar esclarecimentos à Superintendência da UPA 24h Neópolis, por meio da Coordenação do NCH;

VIII- O prazo de permanência mínima nas comissões assessoras deverá respeitar o limite de 6 (seis) meses ou 6 (seis) reuniões, seguindo a periodicidade das reuniões contidos no seu regimento interno (mensal, bimestral ou trimestral), devendo o participante justificar sua desistência à Superintendência;

IX- Renovar os membros das Comissões Hospitalares a cada 2 (dois) anos (caso julgue necessário) e enviar ao NCH os nomes e cargos para confecção da nova portaria;

X- Controlar o prazo de renovação do mandato dos membros da comissão (caso julgue necessário), indicando previamente ao gerente da área de atuação os nomes e cargos para avaliação e emissão de nova portaria.

XI- As comissões adicionais (comitês, núcleos, grupos de trabalho e equipes), devem promover reuniões periódicas e registrá-las em ata própria, devendo também, produzir relatório conclusivo de suas atividades e/ou serviços ao final de seus trabalhos.

CAPÍTULO V
DO DESCUMPRIMENTO DO REGIMENTO

Art.16º As comissões que não cumprirem o regimento interno e as solicitações do NCH, poderão ser responsabilizados, na pessoa de seus membros, penalidades administrativas, conforme legislação em vigor:

I- Regulamento de pessoal da SES/ INASP, dos deveres e proibições,

a) É dever do empregado: cumprir as determinações dos superiores hierárquicos, exceto quando reconhecidamente ilegais ou que afetem o princípio da moralidade da Administração Pública, delas podendo divergir mediante manifesto formal dirigido à chefia imediata.

CAPÍTULO VI
DAS DENOMINAÇÕES DOS GRUPOS

Art.17º Comitê: Entende-se como o agrupamento de indivíduos, com papéis interdependentes, reunidos para deliberação e tomada de decisões;

Art.18º Grupo de Trabalho: Entende-se como grupo de trabalho o agrupamento de indivíduos, com papéis interdependentes, reunidos para a realização de tarefas específicas, de duração temporária;

Parágrafo único: Caso haja necessidade, o coordenador do comitê ou grupo de

trabalho deverá solicitar a prorrogação do prazo para conclusão das atividades e dirigi-las ao NCH para adoção das providências necessárias.

Art.19º Comissão: Entende-se como o agrupamento de indivíduos, com papéis interdependentes de caráter multiprofissional, subsidiando tecnicamente os setores da Instituição através de protocolos, pesquisas, padronizações, análise e emissão de pareceres (relatórios) entre outros instrumentos de suporte à gestão. Podem ser permanentes ou temporárias;

Art.20º Equipe: Entende-se como o pequeno agrupamento de indivíduos, com papéis interdependentes com objetivo de integração, planejamento, complementação e partilha de conhecimento, constituídas com finalidades especiais ou de representação;

Art.21º Núcleo: Entende-se como o agrupamento de indivíduos, com papéis interdependentes, especializados em razão de uma mesma matéria e com competência sobre demandas específicas. Ex: núcleo de saúde por gênero ou etnia, núcleo de segurança do paciente, entre outros.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art.22º O coordenador do NCH será o interlocutor da Superintendência junto às Comissões Hospitalares, garantindo assim o seu pleno funcionamento e mantendo o caráter confidencial das informações processadas;

Art.23º Todos os regimentos internos serão auditados pelo NCH e validados pelo Setor de Gestão da Qualidade e posteriormente direcionados à Superintendência para aprovação e publicação;

Art.24º Quando as reuniões das comissões acontecerem no horário de expediente, o membro deverá avisar a chefia imediata previamente para liberação mediante cronograma de reuniões pré- determinado pela comissão;

Art.25º Quando as reuniões das comissões ocorrerem fora do horário de expediente, o membro participante poderá registrar sua presença através do ponto eletrônico (entrada e saída) para compensação de horas em data a ser acordada pela Chefia Imediata, com devida comprovação do feito (ata de reunião com data e horário inicial e final e/ou comunicação do presidente via SEI da participação do membro na reunião), sem prejuízo das atividades

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
04/08	01/09	06/10	03/11	01/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
05/01	02/02	02/03	06/04	04/05	01/06	06/07

Art.26º O quórum mínimo exigido para as reuniões será de 50% dos membros efetivos, e em casos de deliberações emergenciais (votação, aprovação de projetos, etc.) independem de quórum, exigindo apenas a presença do presidente, vice, secretário ou suplente da comissão, ou em terceira instância com qualquer número, salvo as comissões regidas por legislação própria;

Art.27º O modelo de Relatório Gerencial (ANEXO I), é uma proposta e poderá ser utilizado como exemplo/orientação para a confecção do supracitado relatório, podendo sua estrutura ser alterada conforme a exigência da comissão;

Art.28º As reuniões das comissões deverão ocorrer no intervalo máximo de 30 (trinta) dias, salvo as que são regidas por legislação própria;

Art.29º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo coordenador em conjunto com a Superintendência.

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	XX/XX/XXXX	Elaboração do regimento.
2.0	XX/XX/XXXX	Nova edição revista e aumentada.

Elaboração XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Data:
Revisão XXXXXXXXXXXXX – Coordenadora do NCH	Data:
Validação XXXXXXXXX - Setor de Gestão da Qualidade	Data:
Aprovação Colegiado Executivo do INASP/UPA Neópolis	Data:

ANEXO 01 – Modelo de Relatório Gerencial

RELATÓRIO GERENCIAL– COMISSÃO DE XXX

I APRESENTAÇÃO

Criada em julho de 2016, publicada em BS XXX, portaria HHHH foram nomeados os seguintes profissionais: XXXXXXXXXXXXXXXXX, etc.. A partir deste momento os membros da CCE da UPA 24h Neópolis, Em XX de XXXXXXXXXX de 2025, a Comissão sofreu recomposição, publicada em OOOOOO, no BS YYYYY. Em 2025, esses membros se organizaram para o estabelecimento do Plano de Ação apresentado em março do mesmo ano, publicado em HHHHH, em BS TTTTT.

II PLANO DE AÇÃO: ANO XXXX Exemplo:

Item	O que deverá ser feito? (What)	Por que seráfeito ? (Why)	Como será feito? (How)	Por quem será feito? (Who)	Quando será feito? (When)	Onde será feito? (Where)
1.	Elaboração do Regimento					
2.	Reuniões					
3.	Encaminhamento de casos					
4.	Ações educativas e congressos					
5.	Indicadores					
6.	Etc...					
7.	Etc...					

PRODUÇÃO E RESULTADOS

1. Elaboração do Regimento da Comissão XXXXX

Exemplo:

A elaboração (ou atualização) do regimento se deu por 2 meses, participaram todos os membros da Comissão XXXXX, com ampla discussão, levando-se em conta a realidade da Instituição e suas peculiaridades. Após aprovação pelos componentes da Comissão e posterior aprovação e liberação da Superintendência do hospital, o Regimento foi publicado em Boletim de Serviço (ou encaminhado para aprovação). Anexo A

2. Reuniões

Exemplo:

As reuniões ordinárias da Comissão XXXXX UPA 24h Neópolis, foram programadas para acontecerem mensalmente, e as extraordinárias conforme demanda . Sempre obedecendo ao quórum (50%+1). Constituíram pautas das reuniões: discussões sobre XXXXXX, elaboração de trabalhos, elaboração de ações educativas, planejamento do trabalho (conteúdo programático da comissão). Foram realizadas atas em todas as reuniões. As pautas foram discutidas entre os membros conforme breve leitura no – Anexo B.

3. Ações desenvolvidas Exemplo:

No início do ano houve uma palestra para os enfermeiros do hospital, a fim de ser apresentada a forma de trabalho e organização da Comissão XXXX. Houve participação de 70% dos componentes da Comissão XXX, com apresentação de pôster na UPA 24h Neópolis. - Anexos C, D e E.

4. Indicadores de desempenho Exemplo:

São apresentados valores, numéricos e percentuais, que medem as ações e mostram as respostas necessárias para melhorar os processos internos. O intuito é estabelecer objetivos para que a instituição evolua. Poderá ser apresentado em formato de gráfico, planilhas...

5. **Deliberações**

6. **Resultados**

7. **Anexos** (evidências)

II. **A EXECUTAR** (ou em execução)

Exemplo:

Foi aprovado pela Upa 24h Neópolis o projeto "**Relações Interpessoais Sustentáveis no ambiente de trabalho Hospitalar"** que será iniciado no próximo ano, com o intuito de diminuir o número de conflitos interpessoais no hospital, nas equipes de enfermagem, e assim diminuir não apenas o número de denúncias, mas principalmente de reduzir o impacto dos conflitos na qualidade de vida dos funcionários no trabalho.

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

COMISSÃO DE XXXXXX – UPA 24h Neópolis

Registro de reuniões – 2025

DATA	ASSUNTO	ATAS	SEI
	Treinamento	XXXXXXXXXXXXX	Nº do processo
	Discussão do Regimento	XXXXXXXXXXXXX	
	Regimento Interno e Planejamento do cronograma	XXXXXXXXXXXXX	
	Planejamento apresentação na semana da enfermagem		
	Encaminhamento do regimento para setor jurídico		
	Sem quórum		
	Extraordinária- Devolutiva do jurídico		
	Discussão dos casos Planejamento trabalhos		
	Discussão dos casos		

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025.

ASSINATURA PRESIDENTE DA COMISSÃO UPA 24H NEÓPOLIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 5ª. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2021.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011. Brasília, 2009.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde. **Estudo das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde:** perspectivas da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro, 1987.

Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde. **Estudo das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde:** perspectivas da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro, 1987.

Portal Gov.br. **Comissões Assessoras Obrigatórias em Serviços de Saúde Hospitalar e Urgência e Emergência**. Disponível em:. Acesso em: 13 jul. 2025.

REGIMENTO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – NEÓPOLIS

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma estrutura dentro de hospitais que gerencia o fluxo de pacientes, otimizando o acesso e a utilização dos recursos hospitalares, como leitos e serviços de apoio. Ele atua na regulação interna, monitorando o paciente desde a admissão até a alta, buscando garantir um atendimento eficiente e coordenado.

III DISPOSIÇÕES GERAIS:

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 1º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre as Unidades de Saúde, as Centrais de Regulação e a Direção da UPA 24h Neópolis, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar. Está ligado diretamente à Direção Geral da UPA 24h Neópolis.

Art. 2º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas da Unidade e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: PORTARIA MS Nº 312 de 02 de maio de 2002; PORTARIA MS Nº 529, de 1º de abril de 2013; PORTARIA MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 ; PORTARIA MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002; PORTARIA MS Nº 2.657, DE 16 de dezembro de 2004; PORTARIA MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013; PORTARIA MS Nº 3432, de 12 de agosto de 1998; RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional:

I Reguladores: médicos e/ou enfermeiros capacitados para atuar no NIR, realizando as atividades regulares de gestão de leitos e demandas internas, contatos com as centrais de regulação e equipes assistentes, bem como auxílio e trabalho parceiro com a equipe do Serviço Social;

II Supervisores de enfermagem e responsáveis técnicos (RTs) das especialidades: são importantes colaboradores do NIR e tomam as decisões relativas ao uso racional de leitos e eventualmente fazem contato com as centrais de regulação ou equipes de outros hospitais, quando oportuno e necessário;

III Equipe de apoio: profissionais que tem atuação menos direta nas atividades do NIR, mas fornecem suporte e, por vezes, fazem a interface com os serviços de regulação. Aqui estão incluídos representantes do Serviço Social, Equipe de Registro Geral e Recepção (Setor Hospitalidade), Farmácia, Auxiliar Administrativo, Equipes das Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva (UTIS);

IV A Chefia de Plantão e a Supervisão de Enfermagem serão os órgãos responsáveis por desempenhar as atribuições do NIR quando da ausência deste (horários da noite, finais de semana e feriados).

Parágrafo único – O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Art 4º – As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação - NIR serão submetidas à aprovação da Direção Geral.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5º – Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

I Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos da Secretaria Municipal de Saúde de Neópolis/SE,

Central de Regulação de Leitos da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Núcleo Interno de Regulação - NIR;

II Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação de Leitos da UPA, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

III Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

IV Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

V Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;

VI Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

VII Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

VIII Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS);

IX Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contra referência dos usuários atendidos no hospital;

X Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas;

XI Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico e de enfermagem, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

XII Realizar Rounds e Mini-Rounds multidisciplinares à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos, transferências, pendências e encaminhamentos pertinentes ao NIR;

XIII Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

XIV. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;

XV. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas internas do hospital;

XVI. Acompanhar as solicitações de transferência da UPA 24h Neópolis para outras instituições, respondendo aos questionamentos da Central de leitos, anexando imagens solicitadas, acionando a equipe correspondente quando a evolução diária estiver atrasada, entre outros.

Art. 6º – Ao médico do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades os métodos diagnósticos para agilizar as transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

II Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via central de regulação de leitos da SMS, a fim de verificar a compatibilidade do quadro clínico descrito com o real;

III Organizar o funcionamento diário do NIR, dividindo as tarefas do dia de maneira ordenada com os demais colegas e passando as pendências para o plantão;

IV Realizar a interface com a Central de Leitos municipal, estadual e os serviços da rede de atenção à saúde;

V Representar o setor nas reuniões internas e externas.

Art. 7º - Ao Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação – NIR incumbe:

I Discutir com as equipes de enfermagem e coordenações das unidades estratégias para maximizar o uso dos leitos operacionais da instituição;

II Acompanhar a admissão dos pacientes com vaga liberada via central de regulação de leitos da UPA 24h Neópolis;

III Participar da organização do funcionamento diário do NIR, dividindo as tarefas do dia de maneira ordenada com os demais colegas e passando as pendências para o plantão;

IV Realizar a interface com a Central de Leitos municipal, estadual e os serviços da rede de atenção à saúde;

V Representar o setor nas reuniões internas e externas.

Art. 8º – Ao Assistente Social do Núcleo Interno de Regulação - NIR incumbe:

I Fazer a interface com as demais esferas sociais, agilizando e possibilitando altas seguras;

II Atuar na dinâmica familiar para o recebimento do paciente com alta ou transferência inter-hospitalar prevista;

III Auxiliar nos processos, documentos e laudos necessários para viabilizar órteses, próteses e todos os meios para garantir desospitalização ou transferência adequada.

Art. 9º – Ao Setor Hospitalidade - NIR incumbe:

I Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

II Conferência diária in loco nas Unidades de Internação e UTIs do censo hospitalar com a situação física do leito;

III Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe;

IV Solicitar para a equipe assistencial a atualização dos dados de movimentação dos pacientes nos demais Núcleos de Regulação;

V Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

VI Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas, de acordo com a rotina institucional;

VII Comunicar ao NIR / Chefia de Plantão problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta.

Art. 10º – Aos demais médicos assistentes do Hospital incumbe:

I Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;

II Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação de Leitos da UPA 24h.

Parágrafo único – Considera-se médico assistente técnico, o médico plantonista das Unidades de Internação, UTIs Adulto e Pediátrica.

§ 1º– Para a regulação dos leitos, a equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR realizará visitas in loco, avaliação dos censos das unidades versus o censo do Sistema SIHO, para a elaboração do Mapa de Leitos da instituição. Este mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação de Leitos da UPA 24h, através do preenchimento do Dashboard pactuado com a Central de Regulação de Leitos da SES.

§ 2º– Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da nossa grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como Vaga Zero ou Acesso Impositivo.

CAPÍTULO IV MONITORAMENTO

Art. 11° – São ferramentas para processo de trabalho que tem por objetivo contabilizar informações sobre o movimento de entrada e saída de pacientes no hospital: N

I Normas internas;

II Procedimentos operacionais padrão – POP;

III Protocolos clínicos assistenciais definidos pelas especialidades ou unidades assistenciais;

IV Dashboard de ocupação de leitos do hospital;

V Dashboard de indicadores do NIR;

VI Censo das unidades de internação elaborados pela equipe da Hospitalidade;

VII Censo do Sistema SIHO;

VIII controle de solicitações recebidas;

IX Mapa de leitos;

X Indicadores Hospitalares;

X Dashboards da UPA 24h e da SES;

XI Sistemas de Regulações.

Art. 12° – Caberá ao NIR o estabelecimento do painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar:

I Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar;

II Acompanhar os indicadores referentes ao NIR e definidos pela Direção Geral;

III Monitorar os indicadores, fluxos do paciente e casos de permanência prolongada.

Art. 13° – Serão indicadores de monitoramento pelo NIR:

I Giro do leito;

II Índice Intervalo de Substituição;

III Tempo médio de permanência;

IV Taxa ocupacional geral;

V Taxa de mortalidade institucional > 24 horas;

VI Taxa de mortalidade institucional < 24 horas;

VII Taxa de pacientes longa permanência (> 15 dias).

Art. 14º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 15° – No caso da saída de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR deverá haver indicação de novo membro pela equipe do NIR que deverá encaminhar para a Direção Técnica para aceite.

Art. 16º –Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio setor, em conjunto com a Direção Técnica da UPA 24h Neópolis.

Art. 17° – Este regimento entrará em vigor após publicação nos canais de comunicação do hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BORGES F, et al. **Atuação de enfermeiros na gestão de leitos de um hospital de**

ensino. Rev. Bras. Enferm., 2020; 73(4): e20190349.

BRASIL. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. 1.ed. Brasília/DF: **Ministério da saúde**, 2017.

BRASIL. Portaria nº3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde** (RAS).Runciman W et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care 2009; 21:18-26.

Brasil, **Ministério da Saúde**. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1.ª edição – Brasilia-DF, 2013.

FEIJÓ VBER, et al. **Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2022; 30.

FOGAÇA CS, et al. **Atuação do enfermeiro no gerenciamento dos leitos hospitalares na percepção dos profissionais de enfermagem**. New Trends in Qualitative Research, 2021; 8: 528–537.

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025**.**

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

COMISSÃO DO NÚCLEO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – NEÓPOLIS

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

A equipe multiprofissional de terapia nutricional (CMTN) tem como finalidade principal garantir a assistência nutricional adequada aos pacientes, prevenindo e tratando a desnutrição hospitalar, além de promover o cuidado integral e seguro. A equipe multiprofissional trabalha em conjunto para estabelecer padrões e rotinas que regem o processo de acompanhamento das terapias nutricionais, visando à recuperação e bem-estar do paciente.

II FINALIDADE:

Art 1º. Realizar avaliação, acompanhamento e evolução nutricional do paciente.

Art 2. Reduzir através do estado nutricional o tempo de internação e a predisposição a infecções; e

Art 3º. Avaliar os profissionais multidisciplinares para melhor recuperação dos pacientes.

III COMPOSIÇÃO:

Art 4º. A Comissão de Terapia Nutricional – CMTN terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com a seguinte equipe operacional:

1- Médico Nutrólogo;
2- Nutricionistas;
3- Farmacêuticos;
4- Enfermeiros;
5- Fonoaudiólogos.

IV MANDATO:

Art 5º. A eleição dos membros desta comissão se deu por indicação da Direção da UPA 24h Neópolis, com validade de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão, sendo as cadeiras da comissão sempre preenchidas pelos ocupantes dos cargos representantes.

V REUNIÕES:

Art 6º A comissão se reunirá mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à secretaria da comissão:

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
04/08	01/09	06/10	03/11	01/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
05/01	02/02	02/03	06/04	04/05	01/06	06/07

Art 7º As reuniões serão realizadas com, no mínimo, metade mais um (50+1), dos participantes, sendo obrigatória a presença do presidente e/ou vice-presidente; e

Art 8º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas. Deverão conter: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

VI FUNCIONAMENTO E/OU ORGANIZAÇÃO:

Art 9º. Avaliar e monitorar o estado nutricional dos pacientes que necessitem de intervenção nutricional com indicação de nutrição enteral ou parenteral;

Art 10º. Cabe aos representantes da CMTN a indicação, avaliação e monitoramento dos pacientes com terapia nutricional enteral e parenteral, bem como a seleção, compra e armazenamento de nutrição específica para este fim. Os representantes deverão elaborar e aplicar treinamentos para a equipe assistencial;

Art 11º. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;

Art 12º. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional;

Art 13º. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e ajustando a terapia nutricional, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional préestabelecidos;

Art 14º. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da terapia nutricional, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;

Art 15º. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

Art 16º. Estabelecer protocolos de triagem, avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional enteral;

Art 17º. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da terapia nutricional visando a garantia de sua qualidade;

Art 18º. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da CMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutricional;

Art 19º. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da Terapia Nutricional;

Art 20º. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da Terapia Nutricional; e

Art 21º. Desenvolver projetos de melhorias para o paciente.

VII ATRIBUIÇÕES:

Art 22º. Ao Presidente, atribuem-se:

1- Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da Terapia Nutricional;
2- Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas Boas Práticas de Preparação de Nutrição Enteral (BPPNE) e Boas Práticas de Administração da Nutrição Enteral (BPANE);
3- Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a Terapia Nutricional e a sua aplicação; e
4- Garantir que a qualidade dos procedimentos de Terapia Nutricional prevaleça sobre quaisquer outros aspectos.

Art 23º. Ao Vice-presidente, atribuem-se:

1- Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente à qualidade e eficácia da Terapia Nutricional;
2- Representar a comissão em assuntos relacionados com as atividades da CMTN;
3- Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na Terapia Nutricional, devidamente registrados;
4- Padronizar indicadores da qualidade para Terapia Nutricional para aplicação pela CMTN;
5- Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de Terapia Nutricional; e
6- Presidir as reuniões da comissão de CMTN.

Art 24º. Ao Secretário, atribuem-se:

1- Secretariar as reuniões, registrando as atas, as resoluções da CMTN;
2- Receber, expedir e arquivar a documentação da CMTN; e
3- Encaminhar as comunicações de reuniões.

Art 25º. Aos demais membros, atribuem-se:

1- Comparecer as reuniões sempre que forem convidados; e
2- Colaborar com os trabalhos da CMTN, quando solicitados.

Art 26º. Aos membros flutuantes, atribuem-se:

1- Comparecer as reuniões sempre que forem convidados; e
2- Colaborar com os trabalhos da CTMN, quando solicitados.

VIII DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art 27º. Poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico(a) da especialidade, nutricionista, engenheiro(a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

IX HISTÓRICO DE REVISÃO:

REVISAO	ALTERAÇÕES
000	Emissão Inicial

X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Portaria nº 272, de 08 de abril de 1998.

Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.

Santos AL, Alves TCHS. Terapia nutricional enteral: relação entre percentual de dieta prescrito e administrado e intercorrências associadas em hospital público de Salvador-BA. BRASPEN J. 2018;31(1):58-63.

Piovacari SMF, Toledo DO, Figueiredo EJO. Equipe multiprofissional de terapia nutricional: EMTN em prática. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

5.1 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP) configura-se como um colegiado de caráter consultivo, normativo, educativo e autônomo, instituído com a finalidade de monitorar, avaliar e aperfeiçoar a qualidade dos registros clínicos na Unidade. Suas atribuições incluem assegurar a consistência e a fidedignidade das informações registradas nos prontuários, permitindo o acompanhamento contínuo das condições clínicas dos usuários, além de oferecer suporte às atividades de ensino, pesquisa e gestão da qualidade. Compete ainda à comissão observar a correta aplicação das normas técnico-administrativas vigentes, avaliar a qualidade da assistência prestada, examinar os desdobramentos das condutas adotadas pelas

equipes multiprofissionais, propor ajustes nos processos de atendimento e sugerir melhorias nos formulários utilizados. Embora atue como instância orientadora, não possui função fiscalizatória ou punitiva, devendo contribuir com subsídios técnicos para o aprimoramento da prática profissional. A constituição e atuação da CARP seguem as diretrizes estabelecidas na Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002.

a) Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Considerando a relevância da qualificação contínua dos registros clínicos e a necessidade de conformidade com os dispositivos legais e normativos que regem o prontuário médico no Brasil, propõe-se a constituição formal da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP) na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis, Sergipe. Esta comissão será responsável por acompanhar a elaboração, correção e padronização dos registros assistenciais, com foco na integridade das informações, no suporte às decisões clínicas e na promoção da segurança do paciente. Sua criação busca atender aos critérios da Resolução CFM nº 1.638/2002, bem como às boas práticas de governança clínica e documental, constituindo-se em um importante instrumento de apoio à qualidade assistencial e à gestão do conhecimento na instituição.

Nesse contexto, a CARP terá como principais finalidades:

- Garantir a fidedignidade e a integralidade dos registros que possibilitem o acompanhamento longitudinal das intercorrências clínicas, subsidiando o ensino, a pesquisa e a auditoria interna.
- Assegurar o atendimento às normas técnicas e administrativas referentes ao prontuário médico.
- Avaliar a qualidade do acolhimento e das condutas adotadas pela equipe assistencial.
- Propor ações para elevar o padrão de assistência e sistematizar parâmetros de desempenho.

Composição (a ser empossada em até 60 dias após a publicação da portaria de criação e iniciará funcionamento em até 90 dias):

- Três médicos, com registro ativo no CRM e habilidades em liderança, comunicação e mediação de conflitos.
- Um enfermeiro, registrado no COREN, com perfil análogo ao dos médicos.
- Um representante da Direção Administrativa da UPA Neópolis.
- Um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição.

OBJETIVOS PARA O PRIMEIRO ANO

- Elaborar e aprovar normas internas de atuação.
- Capacitar continuamente os profissionais de saúde quanto ao preenchimento correto e padronizado do prontuário.
- Identificar e corrigir inconsistências nos registros, promovendo ciclos de melhoria contínua.
- Disponibilizar dados estruturados para pesquisas clínicas e gerenciais.

MANDATO

O mandato será de 12 meses, renovável mediante deliberação conjunta entre Direção Administrativa e Coordenação Técnica. A lista de membros e eventuais substituições deverá ser divulgada por portaria bianual em local de ampla visibilidade. Presidente, vice-presidente e secretário serão nomeados pela Direção Administrativa, cabendo-lhes conduzir e registrar os trabalhos da Comissão.

ATRIBUIÇÕES PRINCIPAIS

1. Avaliar a conformidade dos registros clínicos, com ênfase nos seguintes aspectos obrigatórios:
    a) Identificação completa do paciente em todos os formulários, fichas e relatórios assistenciais;
    b) Legibilidade da escrita, presença de assinatura e identificação profissional, por meio de carimbo ou número de registro no respectivo conselho de classe;
    c) Registro diário da evolução clínica do paciente, com data e hora devidamente assinaladas.
2. Normatizar os fluxos de contrarreferência e retorno, em articulação com as Coordenações Técnica e Clínica, assegurando a rastreabilidade e continuidade do cuidado.

3. Atualizar, revisar e propor modificações em formulários e sistemas institucionais, incluindo a recomendação de exclusões e inserções de impressos pertinentes à assistência.
4. Assessorar tecnicamente a Direção Clínica e as coordenações interdisciplinares, emitindo pareceres, recomendações e subsídios normativos que promovam a qualificação da prática assistencial.
5. Apresentar os resultados das auditorias de prontuários à Comissão de Ética Médica, contribuindo com a análise de condutas e com a melhoria contínua dos processos assistenciais.
6. Definir anualmente metas de aprimoramento da qualidade documental, além de promover ações de capacitação e educação permanente voltadas aos profissionais de saúde.
7. Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) os prontuários selecionados para revisão, comprometendo-se com a devolução dos mesmos em até 24 (vinte e quatro) horas após a análise realizada.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Para análise de temas específicos, poderá ser designado relator ou consultor externo, com prazo definido para parecer. Reuniões e documentos são regidos por sigilo ético.

FREQUÊNCIA DE REUNIÕE

- Ordinárias: até o dia 10 de cada mês.
- Extraordinárias: a qualquer tempo, por solicitação de qualquer membro.

Faltas não justificadas em três reuniões consecutivas ou seis intercaladas, num período de 12 meses, implicam exclusão automática. Decisões serão tomadas por maioria simples, com voto de desempate do primeiro membro presente. Todas as sessões terão ata.

A instituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários representa um marco no fortalecimento da governança clínica e administrativa da UPA Neópolis, consolidando-se como um dispositivo permanente de qualificação da assistência, promoção da segurança do paciente e conformidade legal dos registros em saúde. Ao integrar saberes clínicos, jurídicos e informacionais, a CARP reforça o compromisso

da unidade com a excelência nos processos de cuidado, contribuindo de forma efetiva para a construção de uma cultura organizacional pautada na responsabilidade, transparência e melhoria contínua.

ROTINAS OPERACIONAIS	
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	
Data reunião:	Responsável:
▪ Confirmar a presença do(a) Presidente e, na impossibilidade de sua participação, iniciar os trabalhos com membro previamente designado como substituto. ▪ Verificar a presença dos integrantes e a existência de quórum para deliberação. ▪ Proceder à leitura, apreciação e assinatura da ata da reunião anterior. ▪ Apresentar e despachar os expedientes recebidos para apreciação da Comissão. ▪ Realizar a leitura, análise e deliberação das matérias constantes na ordem do dia. ▪ Definir os pontos a serem tratados na pauta da reunião seguinte. ▪ Permitir comunicações breves e informes de interesse dos membros. ▪ Apresentar proposta com data e temas da próxima reunião. ▪ Garantir que a pauta da reunião seja comunicada a todos os integrantes com, no mínimo, sete dias de antecedência para reuniões ordinárias e com 48 horas para reuniões extraordinárias. ▪ Facultar ao membro que se sentir inseguro quanto à matéria em análise o direito de solicitar vistas, sugerir diligências ou requerer o adiamento da discussão e votação. ▪ Estabelecer que o prazo de vistas se encerrará na reunião ordinária subsequente.	

▪ Determinar que, uma vez incluída na pauta, a matéria deverá ser apreciada e votada em até uma reunião. ▪ Submeter as matérias discutidas à votação imediatamente após o encerramento dos debates. ▪ Divulgar os encaminhamentos e decisões da Comissão por meio de boletins informativos, em formato digital ou impresso. ▪ Registrar formalmente todas as deliberações em livro específico da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: __ /__ /__ Março: __ /__ /__ Maio: __ /__ /__ Julho: __ /__ /__ Setembro: __ /__ /__ Novembro: __ /__ /__

Documento revisado em: __ /__ /__	Aprovado por: _____
Assinatura Responsável Técnico:	

Proposta para Educação Permanente	
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	
Data reunião:	Responsável:
Temas Propostos para Ações de Educação Permanente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários ▪ Contextualização histórica e fundamentos legais do prontuário médico como instrumento assistencial e jurídico. ▪ Diretrizes para a estruturação, preenchimento adequado e arquivamento dos prontuários clínicos. ▪ Métodos e critérios para a análise crítica da documentação registrada nos prontuários. ▪ Introdução aos sistemas informatizados de registro clínico e suas implicações na prática assistencial. ▪ Análise comparativa entre o prontuário em suporte físico e digital: limitações, benefícios e desafios de transição. ▪ Etapas necessárias para a implementação, consolidação e monitoramento do prontuário eletrônico do paciente. ▪ Delimitação das atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários no contexto da melhoria da qualidade assistencial. ▪ Compreensão da estrutura, finalidade e rotinas operacionais do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). ▪ Papel estratégico do SAME na gestão da informação clínica e na garantia da continuidade do cuidado.	
Documento revisado em: __ /__ /__	Aprovado por: _____
Assinatura Responsável Técnico:	

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H - NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO

A Comissão de Revisão de Prontuários faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui não só para assegurar a correta assistência ao paciente, mas também para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente.

III FINALIDADE:

Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

IV COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de um membro médico, um membro do Setor de Faturamento e um enfermeiro. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Geral da UPA 24h Neópolis com as necessidades e perfil

da Instituição. A critério da Diretoria e acordado com a comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

V. MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser oficializado em Publicação Oficial a cada um ano, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Superintendência da UPA 24h Neópolis. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

VI SEDE:

A sede da comissão será a sala de faturamento UPA 2h Neópolis, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VII. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Superintendente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal, atendendo orientação do Termo de Compromisso de Gestão firmado junto à Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe.

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
06/08	10/09	08/10	05/11	03/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
07/01	04/02	04/03	01/04	06/05	03/06	01/07

VIII ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

d) Tipo de Alta.

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

III - Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

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

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência. São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

IX DISPOSIÇOES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O regimento entrará em vigor após ser homologado pela Diretoria e designação dos membros em Publicação Oficial.

X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação: Por Tonello IMS, Nunes RMS, Panaro AP

Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos: Por Marin HF, Massad E, Azevedo Neto RS

Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica: Por Mezzomo AA

Resolução CFM nº 1.821/2007: Determina que o prontuário médico deve ser mantido na instituição por, no mínimo, 20 anos. Por CFM, Temporalidade da guarda.

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025.

5.2. COMISSÃO DE ÓBITO

Metas de Conformidade e Instrumento de Devolutiva da Comissão de Óbito

A Comissão de Óbito tem como missão assegurar a completude e a qualidade técnico-assistencial dos registros relacionados aos óbitos ocorridos na instituição. Para alcançar esse objetivo, é necessário estabelecer padrões rigorosos de conformidade documental e implementar mecanismos sistemáticos de retroalimentação à equipe assistencial. Tal abordagem visa fomentar a transparência

institucional, garantir o cumprimento das normativas vigentes e promover a qualificação contínua dos registros clínicos.

1. Metas de Conformidade Documental

As metas a seguir têm como finalidade garantir que a documentação relativa aos óbitos seja completa, precisa e compatível com as diretrizes assistenciais, éticas e legais:

Meta 1 – Adequação do Preenchimento do Prontuário Médico

Objetivo: Alcançar 95% de conformidade na completude dos prontuários clínicos em casos de óbito.

Indicadores:

- Registro explícito e correto da causa mortis.
- Evolução clínica documentada com clareza e cronologia.
- Assinatura e carimbo profissional do médico responsável.
- Anotações sobre procedimentos realizados e evolução final do quadro clínico.

Meta 2 – Declaração de Óbito Completa e Correta

Objetivo: Assegurar que 100% das declarações de óbito estejam devidamente preenchidas, respeitando as exigências legais.

Indicadores:

- Inclusão da causa básica e causas associadas.
- Registro da data e horário exato do óbito.
- Identificação completa do profissional responsável pela emissão do documento.
- Conformidade com o modelo padronizado pelo SUS.

Meta 3 – Documentação de Exames e Resultados Clínicos

Objetivo: Garantir a inclusão de todos os exames que subsidiaram o diagnóstico e o desfecho clínico.

Indicadores:

- Resultados laboratoriais e de imagem anexados ao prontuário.
- Relatos de intercorrências, como paradas cardiorrespiratórias ou complicações infecciosas.

Meta 4 – Cumprimento de Protocolos de Comunicação

Objetivo: Observar os fluxos institucionais e legais de notificação e comunicação de óbito.

Indicadores:

- Registro no sistema de vigilância epidemiológica e de saúde pública.
- Notificações obrigatórias corretamente preenchidas e enviadas no prazo.
- Conformidade nos casos de óbitos por causas de notificação compulsória.

Meta 5 – Coerência Diagnóstica da Causa do Óbito

Objetivo: Validar a compatibilidade entre o desfecho clínico e as evidências documentadas no prontuário.

Indicadores:

- Consistência entre diagnóstico, evolução e desfecho clínico.
- Detalhamento técnico em casos de incerteza diagnóstica.

2. Instrumento de Devolutiva à Equipe Assistencial

A devolutiva da Comissão de Óbito constitui um processo educativo e construtivo, voltado para o aperfeiçoamento das práticas de registro. O retorno é realizado por meio de documento estruturado, contendo as seguintes seções:

1. Identificação do Caso Avaliado

- Nome do profissional médico responsável.
- Setores assistenciais envolvidos.
- Data e horário do óbito.

2. Síntese das Observações

- *Aspectos Positivos:* Pontos fortes identificados na documentação.
- *Não Conformidades:* Falhas como ausência de assinatura, omissão de dados clínicos ou lacunas na evolução.

3. Análise Crítica das Não Conformidades

- Avaliação das causas das falhas observadas.
- Conexão com normas institucionais ou diretrizes dos conselhos profissionais.

4. Propostas de Ação Corretiva

- Recomendações específicas como treinamentos temáticos, revisão de formulários ou implementação de checklists.

- Estabelecimento de prazos e responsáveis por cada medida.

5. Metas de Melhoria

- Estipulação de novos parâmetros para a próxima auditoria, como 100% de conformidade no preenchimento da declaração de óbito.
- Definição de critérios de qualidade e consistência dos registros.

6. Feedback Direcionado

- Reconhecimento das boas práticas executadas.
- Indicação de pontos a melhorar, de forma respeitosa e educativa.

7. Registro e Formalização

- Elaboração de relatório detalhado da devolutiva.
- Inclusão no sistema de gestão hospitalar.
- Assinaturas dos envolvidos (médico, coordenador da comissão, demais participantes).

3. Monitoramento e Avaliação Contínua

Para verificar a efetividade das ações corretivas, serão realizados acompanhamentos periódicos, que poderão ser:

- *Trimestrais*, com base nos encontros da Comissão de Óbito, para revisão de padrões e ajustes operacionais.
- *Focados*, dirigidos a setores ou profissionais que apresentem maior necessidade de intervenção.
- *Sistematizados*, integrando os indicadores da qualidade assistencial ao plano de educação permanente.

c) Cronograma de Atividades Anual

Para assegurar o funcionamento sistemático da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, elaborou-se um cronograma anual de atividades. O planejamento contempla desde a composição da comissão até a integração com outras instâncias institucionais, como as comissões de Ética Médica e de Enfermagem. As ações foram distribuídas ao longo dos doze meses do ano, de modo a garantir regularidade, acompanhamento e ações formativas com foco na melhoria contínua da qualidade assistencial.

Quadro 1 – Cronograma Anual de Atividades da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

AÇÕES	Responsável	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros da Comissão	Presidente da Comissão	■											
Reuniões mensais da Comissão	Equipe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantação de indicadores de desempenho	Equipe		■	■				■			■		
Realização de orientações sobre preenchimento de prontuários	Equipe			■		■			■			■	
Reunião conjunta com a Comissão de Ética Médica	Equipe				■			■					■
Reunião conjunta com a	Equipe				■				■				■

Comissão de Ética de Enfermagem													

Legenda: ■ Atividade programada para o mês correspondente.

A sistematização das ações descritas no cronograma permite o monitoramento contínuo das atividades da comissão, favorecendo a padronização dos processos de auditoria interna, a integração das equipes e a institucionalização das práticas de avaliação da qualidade documental. A estruturação deste plano de trabalho fortalece a governança clínica e a responsabilidade multiprofissional no âmbito da atenção à saúde.

A taxa de mortalidade hospitalar constitui um dos principais indicadores do desempenho assistencial, refletindo, de maneira indireta, a efetividade e a segurança do cuidado prestado. Entretanto, tal indicador é impactado por uma multiplicidade de fatores clínicos e organizacionais, cuja mensuração isolada é frequentemente desafiadora. Entre esses fatores, destacam-se: a adoção de condutas terapêuticas sem confirmação diagnóstica suficiente, a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde, falhas na prescrição ou administração de medicamentos, além de problemas técnicos envolvendo a manutenção de equipamentos e a operação das estruturas de suporte institucional.

Em razão dessa complexidade, a análise crítica dos óbitos demanda uma abordagem sistemática e multidisciplinar, que permita identificar vulnerabilidades no processo de cuidado e propor intervenções corretivas. A rotina institucional oferece inúmeras oportunidades para detectar inconformidades e gerar dados relevantes que contribuam para a qualificação do atendimento, o aprimoramento dos fluxos assistenciais e a elevação dos padrões de segurança do paciente. A atuação da Comissão de Verificação de Óbitos, nesse sentido, é estratégica para promover a cultura da melhoria contínua e fomentar decisões baseadas em evidências clínicas e administrativas.

a) Proposta de Constituição (membros, finalidade)

ÁREA	QUANT.
Corpo Clínico (efetivo)	5
Corpo Clínico (suplentes)	2
Enfermagem	2

A Comissão Institucional de Análise de Óbitos (CIO) será formalmente instituída por ato da Direção Médica da unidade ou, alternativamente, por meio de eleição promovida entre os membros do Corpo Clínico, conforme o regimento da instituição. A duração do mandato será de 24 meses, com possibilidade de renovação, mediante decisão da Direção Técnica, em consonância com a Direção Geral. A constituição mínima da comissão obedecerá à seguinte composição multiprofissional:

- Três representantes da equipe médica;
- Dois representantes da equipe de enfermagem.

FINALIDADE E VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL

A CIO tem como objetivo atender às disposições da Resolução CREMESP nº 04/2013, atuando como órgão assessor, subordinado à alta direção da unidade de saúde. Sua principal missão é examinar de forma técnica os óbitos ocorridos no âmbito hospitalar, avaliando as condutas assistenciais adotadas, a qualidade dos registros clínicos e o correto preenchimento da declaração de óbito.

ORGANIZAÇÃO INTERNA E DINÂMICA OPERACIONAL

O presidente da comissão e os demais integrantes serão nomeados formalmente pelo Diretor Técnico da unidade. As funções de vice-presidente e secretário poderão ser definidas pelos próprios membros durante a primeira reunião oficial do colegiado. Em caso de substituições ou encerramento de mandato, a lista atualizada de integrantes deverá ser enviada à instância responsável pela gestão das comissões internas.

As deliberações da comissão ocorrerão em reuniões ordinárias mensais e, quando necessário, em caráter extraordinário, mediante convocação do presidente, vice-presidente ou Direção Técnica. As decisões serão tomadas por maioria simples dos presentes, em votação aberta e justificada. A comissão poderá convidar

especialistas ou consultores externos para contribuírem com pareceres técnicos, desde que a participação seja previamente aprovada em plenária.

Cada reunião será registrada por meio de ata resumida contendo data, horário, participantes, síntese das deliberações e assinaturas dos presentes. O sigilo ético sobre todos os assuntos discutidos será rigorosamente preservado por todos os membros.

ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO DE ÓBITOS

As responsabilidades da CIO incluem, entre outras:

a. Analisar tecnicamente os casos de óbito encaminhados à comissão;
b. Formular diretrizes e metodologias para auditoria de prontuários de pacientes falecidos;
c. Avaliar os registros clínicos e a documentação dos óbitos com base em critérios técnico-assistenciais;
d. Estabelecer padrões para o correto preenchimento das declarações de óbito e promover sua fiscalização;
e. Convocar o profissional responsável pelo atestado de óbito, sempre que houver inconsistências ou informações omissas;
f. Sugerir melhorias nos registros clínicos de óbito, a partir da identificação de falhas documentais;
g. Realizar auditorias comparativas entre diagnósticos pré-operatórios e achados anatomopatológicos;
h. Confrontar os diagnósticos clínicos com resultados de necrópsias, inclusive aquelas realizadas pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
i. Manter absoluto sigilo sobre os dados analisados, assegurando confidencialidade ética;
j. Emitir relatórios e pareceres técnicos, quando solicitados por instâncias como a Comissão de Ética Médica;
k. Assessorar a Direção Técnica da unidade em temas correlatos à mortalidade hospitalar;
l. Estabelecer metas e estratégias de melhoria contínua, com enfoque na educação permanente em saúde;

m. Desenvolver estudos e promover atividades científicas que possam subsidiar a qualificação dos processos assistenciais.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO PRIMEIRO ANO DE IMPLANTAÇÃO

Para o primeiro ciclo de atuação da CIO, serão priorizados os seguintes eixos:

- Análise de Causa Raiz: Estudo aprofundado dos fatores contribuintes associados aos óbitos ocorridos, visando à identificação de falhas sistêmicas e oportunidades de melhoria;
- Redução da Mortalidade Evitável: Formulação de estratégias institucionais com foco na diminuição da mortalidade hospitalar, assegurando atendimento oportuno e resolutivo;
- Revisão de Protocolos Assistenciais: Avaliação crítica das rotinas clínicas e assistenciais à luz das análises dos óbitos, com sugestão de ajustes que qualifiquem o cuidado;
- Capacitação da Equipe: Promoção de ações educativas voltadas ao reconhecimento precoce de agravos, conduta frente a eventos críticos e qualidade dos registros;
- Acolhimento Familiar: Melhoria nos processos de comunicação com familiares após o falecimento do paciente, oferecendo suporte emocional e esclarecimentos éticos e transparentes;
- Monitoramento de Indicadores: Implantação e acompanhamento de indicadores de qualidade relacionados à mortalidade hospitalar;
- Atuação Interdisciplinar: Estímulo à integração entre as equipes médica, de enfermagem, laboratório, farmácia e apoio diagnóstico, para abordagem abrangente das causas de óbito;
- Revisão Normativa: Atualização das diretrizes institucionais relacionadas ao manejo de óbitos, assegurando alinhamento às melhores práticas e legislações vigentes.

PERIODICIDADE E QUÓRUM DAS REUNIÕES

As reuniões ordinárias ocorrerão até o dia 10 de cada mês. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer tempo por membros da comissão, desde que justificadas por urgência ou relevância do tema. O membro que se

ausentar, sem justificativa, de três reuniões consecutivas ou seis não consecutivas no intervalo de 12 meses será automaticamente desligado da comissão. Todas as deliberações seguirão o critério de maioria simples, com voto de minerva do primeiro membro presente à reunião. A elaboração e o arquivamento das atas são obrigatória, garantindo rastreabilidade e legitimidade às decisões.

O Boletim de Investigação (anexo 27) é um instrumento estruturado de análise crítica utilizado pela Comissão de Investigação de Óbitos (CIO), cuja finalidade é sistematizar os principais dados clínico-assistenciais e operacionais relacionados ao falecimento de pacientes no ambiente hospitalar. A coleta e o registro cuidadoso dessas informações visam identificar fragilidades na linha de cuidado, subsidiar ações de melhoria contínua da assistência e contribuir com o aprimoramento dos processos institucionais. Este formulário deve ser preenchido de forma detalhada, a partir da análise de documentos assistenciais e registros da equipe multiprofissional.

O referido Boletim de Investigação representa um importante instrumento para a transparência institucional e para o fortalecimento das práticas de vigilância em mortalidade hospitalar. Seu preenchimento criterioso, aliado à análise ética e multiprofissional, é fundamental para promover a segurança do paciente, prevenir desfechos evitáveis e qualificar a atenção à saúde em todos os níveis da assistência.

Abordagem Investigativa e Plano de Melhorias com Responsabilidade Técnica - Comissão de Análise de Óbitos

A análise de casos individuais de óbito representa uma estratégia valiosa para desvendar falhas processuais, identificar lacunas ou reconhecer práticas exemplares nos processos assistenciais e de registro. Através dessa abordagem metodológica, a comissão pode realizar uma investigação minuciosa dos eventos, promovendo aprimoramento contínuo na qualidade do atendimento e na precisão documental.
O plano de intervenções deve ser construído com mecanismos claros de atribuição de responsabilidades técnicas, garantindo não apenas a correção imediata de desvios, mas também a consolidação de melhorias duradouras.

A estrutura proposta divide-se em duas vertentes complementares:

1. Abordagem Sistêmica para Análise de Eventos Adversos

(Estrutura Metodológica para Investigação de Óbitos)

A investigação de casos de óbito requer uma metodologia estruturada que permita não apenas identificar falhas pontuais, mas compreender as dinâmicas organizacionais que contribuíram para o desfecho. Esta abordagem sistemática organiza-se em cinco eixos inter-relacionados:

1.1. Seleção Estratégica de Casos

Critérios de Priorização Baseados em Risco:

- Eventos com potencial de prevenção: Óbitos onde a análise preliminar sugere falhas na cadeia assistencial (atrasos diagnósticos, terapêuticos ou de monitoramento)
- Deficiências documentais críticas: Inconsistências que comprometem a reconstituição do caso (prontuários ilegíveis, declarações de óbito com campos essenciais em branco)
- Casos sentinela: Óbitos com características epidemiológicas relevantes (surto infeccioso, complicações de procedimentos de alta frequência)
- Desvios de notificação: Situações com evidências de subregistro (violência, intoxicações, erros médicos)

1.2. Reconstrução Cronológica do Atendimento

Fontes Primárias para Análise Retrospectiva:

- Registros clínicos estruturados: Evoluções médicas diárias, checklists de segurança, gráficos de parâmetros vitais
- Documentação legal: Declaração de Óbito (DO), formulários de notificação compulsória, autorizações de procedimentos
- Evidências complementares: Resultados de exames de imagem, laudos laboratoriais, relatórios de anatomia patológica
- Depoimentos qualitativos: Entrevistas com a equipe assistencial envolvida, relatos de familiares quando aplicável

1.3. Auditoria Processual Multidimensional

Dimensões de Análise Crítica:

- Integridade da informação: Continuidade lógica entre anamneses, condutas e evolução clínica
- Conformidade normativa: Adequação aos protocolos institucionais e diretrizes clínicas vigentes
- Precisão da codificação: Correlação entre hipóteses diagnósticas, condutas terapêuticas e causa mortis declarada
- Eficácia comunicacional: Registros de passagem de plantão, comunicação de eventos adversos, diálogo com familiares

1.4. Diagnóstico de Não Conformidades

Padrões de Falha Identificáveis:

- Lacunas informacionais: Dados clínicos essenciais não registrados ou inacessíveis
- Incoerências temporais: Discrepâncias entre horários de procedimentos e registros de evolução
- Fragilidades na governança: Ausência de assinaturas digitais ou identificação de profissionais executores
- Ruídos na transmissão de informações: Falhas na comunicação entre equipes multidisciplinares

1.5. Elaboração de Recomendações Estratégicas

Propostas de Melhoria Baseadas em Evidências:

- Ferramentas de padronização: Modelos unificados de DO, fluxogramas de conduta para situações críticas
- Capacitação especializada: Cursos de certificação de causas de morte, treinamentos em registro clínico
- Revisão de protocolos: Atualização de guidelines assistenciais com base em lições aprendidas
- Tecnologia de suporte: Sistemas de alerta para campos obrigatórios em prontuários eletrônicos

2. Modelo de Gestão de Melhorias com Enfoque em Responsabilização

(Estrutura Operacional para Implementação de Mudanças)

2.1. Desenho do Plano de Ação

Componentes Essenciais:

- Prescrições específicas: Medidas customizadas para cada tipo de não conformidade identificada
- Governança clara: Designação de líderes técnicos por especialidade (médica, enfermagem, administrativa)
- Temporalidade realista: Cronograma com metas progressivas (curto: 30 dias, médio: 90 dias, longo: 180 dias)
- Métodos de implementação: Combinação de treinamentos presenciais, materiais de referência rápida e tutorias
- Indicadores-chave: Percentual de prontuários completos, tempo médio para correção de registros
- Avaliação contínua: Auditorias trimestrais com relatórios de progresso

2.2. Matriz de Responsabilidades Técnicas

Atribuições por Nível Hierárquico:

- **Médicos assistentes**:
  - Competências: Validação diagnóstica, preenchimento correto da cadeia causal
  - Mecanismos de controle: Revisão por pares semestral, certificação em causas de morte
- **Equipe de enfermagem:**

  Competências: Registros precisos de sinais vitais e administração terapêutica

  Mecanismos de controle: Auditoria aleatória de 5% dos prontuários mensais
- **Gestão da qualidade:**

  Competências: Consolidação de métricas, proposição de políticas corretivas

  Mecanismos de controle: Relatórios de desempenho comparativo entre unidades

2.3. Sistema Integrado de Comunicação

Canais de Disseminação de Informações:

- Fóruns clínicos regulares: Reuniões interdisciplinares para discussão de casos emblemáticos
- Materiais educativos: Newsletters com erros frequentes e boas práticas documentais
- Suporte digital: Plataforma para consulta rápida de protocolos e resolução de dúvidas
- Feedback estruturado: Relatórios individuais com desempenho documental por profissional.

Esta estrutura metodológica consolida-se como um ciclo virtuoso de melhoria contínua, onde cada etapa - da seleção criteriosa de casos à implementação de ações corretivas - forma um ecossistema interdependente. A abordagem sistêmica transcende a mera identificação de erros, promovendo uma cultura organizacional que transforma falhas em oportunidades de aprimoramento. Ao vincular análise técnica robusta com mecanismos claros de responsabilização, o modelo assegura que as lições aprendidas se convertam em práticas institucionais sustentáveis. A efetividade do processo manifesta-se não apenas na elevação dos padrões documentais, mas na qualificação global da assistência, onde a precisão do registro reflete a excelência do cuidado prestado. Esta metodologia posiciona-se, portanto, como instrumento estratégico para instituições comprometidas com segurança do paciente, qualidade assistencial e transparência epidemiológica, constituindo um marco referencial na gestão de qualidade em serviços de saúde.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE REVISÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

Uma Comissão de Verificação de Óbitos (CVO) é um grupo multidisciplinar, geralmente composto por profissionais de saúde, que analisa e investiga os óbitos ocorridos em uma instituição ou área geográfica específica. O principal objetivo é identificar as causas e circunstâncias das mortes, com foco na prevenção de óbitos evitáveis e na melhoria da qualidade da assistência à saúde

III FINALIDADE:

Art. 1º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação do Art. 7.º, inc. VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007 que torna obrigatória a criação da Comissão de Análise de Óbitos nas instituições de saúde.

Art. 2º A Comissão de Análises de Óbitos é um organismo de natureza multidisciplinar que visa à padronização de critérios para otimizar o funcionamento da comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Art. 3º A atuação da Comissão de Análise de Óbitos é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 4º As deliberações da Comissão de Análise de Óbitos, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbitos (DO's), devem ser encaminhadas à Direção Técnica para as providências subsequentes.

Art. 5º As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo presidente.

São finalidades da Comissão de Análise de Óbitos:

a) Atender as determinações do Art. 7.º, inc. VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007;
b) Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos;
c) Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

IV COMPOSIÇÃO:

Art. 6º A Comissão de Análises de Óbitos será nomeada e composta por membros do quadro de funcional da UPA 24h Neópolis, médico, enfermeiro e outro profissional da área da saúde, em Ato administrativo, validado e torna-lo público em Publicação Oficial.

Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

V MANDATO:

Art. 7º O mandato dos membros da Comissão de Análise de Óbitos deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção do Hospital para alteração do Ato administrativo.

VI REUNIÕES:

Art. 8º Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou do seu vice presidente, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião:

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
06/08	10/09	08/10	05/11	03/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
07/01	04/02	04/03	01/04	06/05	03/06	01/07

VII FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Art. 9º As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 10º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 11º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice Presidente.

Art. 12º Após cada reunião, deverá ser elaborado um relatório para envio à Direção Técnica da UPA 24h Neópolis.

Art. 13º Os óbitos analisados pela Comissão de Óbitos que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado à comissão de ética do Hospital.

VIII ATRIBUIÇÕES:

Art. 14º São atribuições dos membros da Comissão de Óbitos:

1) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

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

3) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

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

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

6) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

7) Propor melhorias dos processos internos a partir da análise das não conformidades dos prontuários;

8) Zelar pelo sigilo ético das informações;

9) Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pela comissão de ética médica ou outro serviço interessado;

10) Assessorar a direção da instituição em assuntos de sua competência;

11) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

12) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

Art. 15º São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice Presidente, na ausência do presidente:

1) Convocar e presidir as reuniões;

2) Indicar seu substituto;

3) Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

4) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

5) Fazer cumprir o regimento;

6) Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 16º São atribuições da secretaria da Comissão:

1) Organizar a ordem do dia;

2) Receber e protocolar os processos e expedientes;

3) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

4) Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias; 5) Organizar e manter o arquivo da comissão;

6) Preparar a correspondência;

7) Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;

8) Solicitar ao SAME (serviço de arquivo médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

IX DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 17º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 18º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 19º O regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Técnica.

O regimento entrará em vigor após ser homologado pela Diretoria e designação dos membros em Publicação Oficial.

X HISTÓRICO DE REVISÃO:

REVISÃO	ALTERAÇÕES
000	Emissão Inicial

XI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades Hospitalares e de Pronto-atendimento (24h), e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. p. 70.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Diário Oficial da União, 9 ago. 2002.

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

MODELO DE AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE: UMA ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL PARA MENSURAÇÃO DE RESULTADOS

A implementação de um sistema robusto de avaliação de efetividade constitui o alicerce para a consolidação de melhorias sustentáveis nos processos de análise de óbitos. Este modelo transcende a mera verificação burocrática, incorporando dimensões quantitativas e qualitativas que permitem uma análise holística do impacto das intervenções realizadas.

1. Scorecard de Conformidade Documental (Métrica Objetiva de Qualidade)

Este instrumento opera como um termômetro da precisão técnica, avaliando sistematicamente a aderência aos padrões estabelecidos. Através de critérios pré-definidos – como completude dos campos essenciais, concordância entre diagnósticos e evoluções clínicas, e observância dos prazos legais – gera-se um índice percentual que reflete o grau de maturidade documental da instituição. A periodicidade das aferições (trimestral ou semestral) permite estabelecer benchmarks internos, identificando setores exemplares e aqueles que demandam atenção especializada. A inovação deste mecanismo reside na capacidade de transformar dados dispersos em indicadores gerenciáveis, oferecendo à liderança clínica um painel de controle para tomada de decisões baseada em evidências.

2. Análise de Tendências de Indicadores (Visão Longitudinal)

Mais do que fotografias pontuais, a verdadeira efetividade mede-se pela trajetória evolutiva. O acompanhamento serial de parâmetros como: tempo médio para correção de não conformidades, índice de utilização de checklists padronizados, e frequência de erros na cadeia causal dos óbitos, revela padrões subjacentes que escapam às análises isoladas. Técnicas estatísticas como regressão linear e análise de séries temporais aplicam-se para distinguir flutuações aleatórias de mudanças estruturais. Esta abordagem previne a autocongratulação prematura por melhorias circunstanciais e sinaliza quando intervenções aparentemente bem-sucedidas começam a perder eficácia, demandando reformulações estratégicas.

3. Pesquisa de Satisfação da Equipe (Dimensão Humana)

Os indicadores técnicos mostram "o que" foi alcançado, mas são as percepções dos profissionais que revelam "como" os processos estão sendo vivenciados. Instrumentos validados – aplicados de forma anônima e periódica – avaliam: clareza dos protocolos, carga burocrática percebida, eficácia dos treinamentos recebidos, e grau de empoderamento para reportar problemas. A análise temática das respostas abertas frequentemente desvenda barreiras invisíveis nos fluxos de trabalho, como sobreposição de funções ou ambiguidade de responsabilidades. Este componente humaniza o sistema de avaliação, equilibrando métricas de desempenho com o bem-estar da equipe, reconhecendo que a excelência técnica depende intrinsecamente do engajamento dos profissionais.

4. Taxas de Reincidência de Não Conformidades (Teste de Sustentabilidade)

O verdadeiro teste das ações corretivas reside não na resolução imediata, mas na permanência das soluções. O monitoramento de recidivas – categorizadas por tipo (erros de preenchimento, atrasos na notificação, discordâncias diagnósticas) e por setor de origem – funciona como um detector precoce de falhas sistêmicas. Quando determinadas não conformidades persistem apesar das intervenções, sinalizam a necessidade de: revisão dos métodos educacionais, reengenharia de processos, ou até investigação de fatores culturais arraigados. A estratificação desses dados por turnos, unidades ou perfis profissionais pode revelar padrões ocultos, direcionando recursos de forma precisa onde são mais necessários.

SINERGIA AVALIATIVA

A potência deste modelo reside na interdependência dessas quatro dimensões. Um scorecard documental exemplar perde significado se acompanhado de alta insatisfação da equipe – sugerindo conformidade superficial obtida através de pressão excessiva. Da mesma forma, a melhoria isolada nas pesquisas de clima sem reflexo nos indicadores técnicos indica desconexão entre bem-estar e qualidade técnica. A análise integrada desses eixos permite ajustes finos nas estratégias, transformando o ciclo de avaliação em um verdadeiro motor de aprimoramento contínuo, onde dados alimentam ações, que geram novos dados em espiral ascendente de qualidade.

Esta abordagem multifocal atende às exigências contemporâneas dos sistemas de saúde: transparência mensurável, responsabilidade técnica comprovável, e, acima

de tudo, aprendizado organizacional institucionalizado. Mais do que cumprir requisitos normativos, configura-se como ferramenta estratégica para transformação cultural, onde cada óbito analisado contribui não apenas para corrigir erros passados, mas principalmente para prevenir falhas futuras (anexo 29).

5.3. Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica (CEM) da UPA Neópolis desempenha um papel central na promoção de uma cultura institucional pautada nos princípios da dignidade humana, da responsabilidade profissional e do respeito aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde. Instituída conforme as diretrizes do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM n.º 2159/2016), esta comissão atua como órgão consultivo, educativo e fiscalizador do exercício médico no âmbito da unidade, zelando pelo cumprimento dos preceitos éticos da profissão, pela adequada relação entre médicos, pacientes e demais profissionais de saúde e pela defesa da qualidade técnica e humanitária da assistência prestada.

Sua constituição é composta por médicos eleitos entre os pares, com mandato definido, sendo garantida a representação da diversidade de especialidades atuantes na unidade. A comissão atua preventivamente na mediação de conflitos, na orientação ética de condutas clínicas e na apuração de eventuais infrações ético-profissionais, resguardando o devido processo e os direitos de defesa. Além disso, promove discussões e capacitações periódicas voltadas à atualização dos profissionais e à internalização dos valores éticos no cotidiano da prática médica. Ao integrar a estrutura organizacional da UPA Neópolis, a Comissão de Ética Médica reafirma o compromisso da gestão com uma assistência pautada na legalidade, na moralidade e na proteção da vida, consolidando a confiança entre usuários, profissionais e instituição.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DAS DEFINIÇÕES:

Artigo 1º - A Comissão de Ética Médica é o Órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do estado de Sergipe, junto a UPA 24h Neópolis, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 2.152/2026 do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe. Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Artigo 2º - A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, médicos, eleitos dentre o corpo clínico do Hospital da Criança, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

a) Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

b) Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

III DAS COMPETÊNCIAS:

Artigo 3º - A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:

a) Eleger o Presidente e Secretário;

b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste regimento;

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º - A Comissão de Ética Médica reunir-se-à uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

a) A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;

b) As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos.

IV DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA:

Artigo 5º - São suas atribuições:

a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro do Hospital da Criança;

b) Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

c) Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

d) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

e) Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

f) Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

V DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA:

Artigo 6º - As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

a) Reclamação por escrito e devidamente identificada;

b) Comunicação escrita do Diretor Clínico;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;

e) Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe.

Parágrafo 1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológicas.

Parágrafo 2º - Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

Artigo 7º - Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 8º - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

a) O acesso a estes documentos serão facultados somente às partes e a Comissão de Ética Médica;

b) Toda e qualquer peça compilada a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 10º - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica podará solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Artigo 11º - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, pôr se tratar do único Órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 13º - Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe.

VI DAS ELEIÇÕES:

Artigo 14º - Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico da UPA 24h Neópolis, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de Diretores Clínicos, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único - Os Membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tornarem-se Diretores Clínicos, Administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º - A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º- As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no Dia do Médico, isto é no dia 18 de outubro, nos anos pares.

a) A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

b) O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

c) A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

d) Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe para os devidos assentamentos.

Artigo 17º- Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão

Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética Médica e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 18º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

VII. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões

extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Superintendente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal, atendendo orientação do Termo de Compromisso de Gestão firmado junto à Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe.

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
05/08	09/09	07/10	03/11	02/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
06/01	03/02	03/03	07/04	05/05	02/06	07/07

VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Artigo 21º- Das atribuições:

a) O integrantes eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe;

b) A Comissão de Ética Médica manterá sob caráter confidencial as informações recebidas;

c) O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;

d) O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica;

e) Aprovada a Resolução nº 2.152/2016 do Conselho Federal de Medicina, que foi utilizada na redação deste presente Regimento.

VII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Comentários ao Código de Ética Médica: Livros de Coltri MV e Dantas EVS, e França GV

Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos: Publicação de Soares FJP, Shimizu HE, e Garrafa V

Manual das comissões de ética médica: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF)

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

5.4. COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

A Comissão de Ética em Enfermagem (CEE) da UPA Neópolis é instância fundamental de apoio e fiscalização das práticas da equipe de enfermagem, contribuindo para a elevação do padrão ético-assistencial e para a valorização profissional no contexto dos serviços de urgência e emergência. Vinculada ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN), conforme a Resolução COFEN n.º 593/2018, esta comissão tem como missão promover o exercício ético, técnico e legal da enfermagem, com foco na humanização, na integridade do cuidado e na defesa intransigente dos direitos dos usuários e dos profissionais.

A CEE exerce funções pedagógicas e fiscalizadoras, atuando em processos de educação permanente, na orientação para boas práticas e na mediação de situações conflitivas envolvendo condutas éticas ou dilemas morais. Sua composição contempla enfermeiros eleitos entre os colaboradores da unidade, que assumem o papel de referência institucional para questões ético-deontológicas. A comissão também contribui para a construção de uma cultura de respeito mútuo, corresponsabilidade e empatia nas relações interpessoais e interprofissionais, apoiando o fortalecimento da identidade coletiva da enfermagem. Por meio de pareceres, recomendações e acompanhamento de condutas, a CEE atua como guardiã da ética e como agente estratégico da gestão para a qualidade, reforçando o compromisso da UPA Neópolis com uma assistência segura, ética e centrada na pessoa.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é um órgão vinculado ao Conselho Regional de Enfermagem (Coren) que atua em instituições de saúde para garantir a conduta ética e disciplinar dos profissionais de enfermagem. Ela exerce funções educativas, consultivas, de conciliação, orientação e vigilância, sempre com o objetivo de promover a qualidade da assistência e zelar pelo cumprimento do Código de Ética da Enfermagem.

III FINALIDADE:

Estabelecer as normas de organização, funcionamento e atribuições do Serviço de Enfermagem (COREN/SE), garantindo:

• .....Assistência segura, humanizada e baseada em evidências;

• .....Integração multiprofissional e alinhamento às políticas institucionais;

•Cumprimento das diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e legislação vigente.

IV COMPOSIÇÃO E CATEGORIAS PROFISSIONAIS:

a).....Será composto por:

.....CATEGORIA

.....ATRIBUIÇÕES

EnfermeirosResponsáveis pela gestão da assistência, supervisão e elaboração de protocolos.

Técnicos em EnfermagemExecutam cuidados diretos sob supervisão do enfermeiro.

Auxiliares de EnfermagemApoiam atividades básicas, conforme competências legais.

Equipe de ApoioSecretários, auxiliares administrativos e outros profissionais vinculados a Intituição.

Observação: Todos os profissionais devem ter registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SE).

V DAS ELEIÇÕES:

a) Os Membros da Comissão de Ética da Enfermagem serão eleitos dentre os integrantes do Corpo assistencial da UPA 24h Neópolis, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os profissionais da Enfermagem que ocupam os cargos de Diretores, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética da Enfermagem;

b) Os Membros da Comissão de Ética da Enfermagem que posteriormente tornarem-se Diretores, Administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato;

c) A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito;

d) As eleições para as Comissões de Ética da Enfermagem serão realizadas anualmente;

e) A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

f) O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

g) A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser

assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

h) Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Sergipe para os devidos assentamentos;

i) Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética da Enfermagem e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe);

j) Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral;

l) As Comissões de Ética da Enfermagem eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição;

m) Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão;

VI MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser oficializado em Publicação Oficial a cada um ano, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Superintendência da Upa 24h Neópolis. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

VII SEDE:

A sede da comissão será a sala de reunião multidisciplinar da Upa 24h Neópolis, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VIII FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
05/08	09/09	07/10	03/11	02/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
06/01	03/02	03/03	07/04	05/05	02/06	07/07

IX DIREITOS E DEVERES:

a) Direitos

• .....Participar de capacitações e programas de educação continuada;

• ..... Acesso a recursos materiais e condições de trabalho adequadas;

• .....Voz em reuniões técnicas e comissões de qualidade;

• .....Proteção contra assédio moral ou discriminação.

b) Deveres

•Cumprir rotinas assistenciais e protocolos clínicos (ex.: higienização, prevenção de infecções);

• ..... Registrar prontuários com precisão e sigilo;

• ..... Notificar eventos adversos e não conformidades;

•Manter conduta ética conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

X ESTRUTURA ORGANIZACIONAL:

a) Núcleo de Gestão

•Chefe do Serviço de Enfermagem: Liderança estratégica e articulação com a Diretoria Clínica.

•Supervisores de Unidade: Responsáveis por setores específicos (ex.: Pronto Socorro, Pediatria, Centro Cirúrgico, Internamento e etc).

•Enfermeiros de Referência: atuam como multiplicadores de conhecimento em suas áreas.

Mandato: 2 anos, com possibilidade de recondução.

b) Comissões Vinculadas

• Comissão de Segurança do Paciente: Implementa ações para reduzir riscos.

• .....Comissão de Educação Permanente: Planeja treinamentos e simulados.

XI PROCESSO DE ADMISSÃO E DESLIGAMENTO:

a) Credenciamento

• .....Exigências:

- Diploma/registro profissional válido;
- Currículo comprovado;
- Entrevista e avaliação técnica.

b) Desligamento

• .....Voluntário: Solicitação formal com aviso prévio de 30 dias.

• ....Administrativo: Descumprimento de normas ou desempenho insatisfatório.

• ...Ético-Disciplinar: Infração grave (ex.: negligência, falsificação de registros).

Processo: Direito a ampla defesa perante a Comissão de Ética.

XII NORMAS DE ATUAÇÃO:

•Plantões: Escalas definidas com antecedência, respeitando carga horária legal.

• ..... Emergências: Priorização de casos conforme classificação de risco.

• .....Documentação:

- Preenchimento eletrônico ou manual em até 24h após o cuidado;
- Sigilo absoluto conforme LGPD.

XIII AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO:

• .....Critérios:

- Qualidade assistencial (auditorias internas);
- Participação em projetos de melhoria;
- Feedback de pacientes e equipe.

• .....Periodicidade: Anual, com plano de desenvolvimento individual (PDI).

XIV DISPOSIÇÕES FINAIS

• ..... Revisões: Anuais ou conforme atualizações legais.

• .....Sanções: Infrações leves (advertência) a graves (desligamento).

• .....Dúvidas: Encaminhadas ao Núcleo de Gestão da Instituição.

XVI APROVAÇÃO

Homologado pela Diretoria Executiva e Conselho de Enfermagem após consulta à equipe.

XVII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes JCM. **O Ensino de Ética dos Profissionais de Saúde**. Rev Bioética 1996; 4(1):53-64.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BR). Autarquia Federal -Lei 5905/73. Rio de Janeiro; 1996.

Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SE). Regimento para a criação, formação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem. Sergipe; 1996.

Arone EM. O COREN promove encontros para debater Comissões de Ética de Enfermagem. Bol Inf, COREN 1993 junho; 17:6.

Chamma R. Coordenação faz balanço das Comissões de Ética. Jornal do COREN-SP nov./dez. 1997; 20(13):14-5.

Mendes HWB, Caldas AL Jr. Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem dezembro 1999; 7(5):5-13.

Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SE). Atos Normativos - Resoluções. Sergipe; 2012.

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

.

5.5. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da UPA Neópolis constitui um núcleo técnico-científico de extrema relevância para a segurança do paciente, a gestão do risco sanitário e a qualidade da assistência em ambientes de urgência e emergência. Regida pela RDC n.º 36/2013 da Anvisa e pelas diretrizes do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), esta comissão atua na vigilância, prevenção e controle sistemático das infecções relacionadas ao cuidado em saúde, integrando políticas institucionais voltadas à redução de danos e à racionalização do uso de antimicrobianos.

A CCIH é composta por equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, microbiologistas e técnicos de apoio, que, de forma articulada, elaboram protocolos de biossegurança, conduzem treinamentos, monitoram indicadores epidemiológicos e implementam estratégias para mitigar riscos infecciosos em todos os setores da unidade. Seu plano de ação é construído com base em análise de dados locais, padrões internacionais e evidências científicas atualizadas, assegurando uma resposta eficaz e adaptada às especificidades do território e do perfil de atendimento da UPA.

Ao articular vigilância ativa, educação permanente e avaliação contínua dos processos assistenciais, a CCIH reafirma o compromisso da UPA Neópolis com uma assistência de excelência, segura, ética e responsável, contribuindo decisivamente para a diminuição da morbimortalidade evitável e para a melhoria dos indicadores de saúde pública na região.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão instituído em hospitais e outras instituições de saúde com o objetivo de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), também conhecidas como infecções hospitalares. A CCIH elabora, implanta e avalia o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), buscando reduzir a incidência e gravidade dessas infecções.

III DAS FINALIDADES:

Art. 1º O *Programa de Controle de Infecção Hospitalar* da UPA 24h Neópolis tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

IV DA ESTRUTURA:

Art. 2º O PCIH será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH), órgão de assessoria à Direção. A CCIH deverá ser composta por profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados.

Art. 3º Os membros da CCIH serão de dois tipos: Consultores e Executores.

Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

a- Serviço médico

b- Serviço de enfermagem

c- Serviço de farmácia

d- Laboratório de microbiologia

e- Administração

§ 1º O núcleo básico citado anteriormente, poderá ser acrescido de representantes de outros serviços de áreas afins.

§ 2º O Presidente ou Coordenador da CCIH será um dos membros da mesma, indicado pela Direção da Instituição.

§ 3º Os membros executores da CCIH representam o serviço de controle de infecção hospitalar e, portanto, são os executores das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

V DAS COMPETÊNCIAS:

Art. 4º A Direção da UPA 24h:

I. Constituir formalmente a CCIH

II. Nomear os componentes da CCIH, por ato próprio.

III. Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH

IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH.

V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo, os conselhos deliberativos e conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora do hospital.

Art. 5º Ao Presidente ou Coordenador:

I. Cumprir e fazer cumprir as determinações da C.C.I.H. aprovadas pela direção.

II. Representar a C.C.I.H. nos órgãos colegiados, deliberativos e formadores de política da instituição, como por exemplo, os conselhos técnicos, independentemente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde.

III. Convocar periodicamente as lideranças da instituição para tomadas de decisões de situações identificadas pela C.C.I.H.

IV. Promover e participar de reuniões com os membros executores.

V. Assegurar atualização técnica e cientifica dos membros da C.C.I.H.

Art. 6º Ao representante do Serviço Médico:

I. Apoiar na implementação de ações de Controle de Infecção nas áreas específicas de sua responsabilidade

II. Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver Infecção Hospitalar.

III. Promover e participar de atividades de ensino e atualização baseado no plano de ação de controle de Infecção Hospitalar.

IV. Participar das reuniões periódicas da C.C.I.H.

V. Participar de eventos científicos referentes a área.

VI. Participar da elaboração de relatórios da C.C.I.H.

VII. Participar do parecer técnico para aquisição de produtos médico-hospitalares.

Art. 7º Ao representante do Serviço de Enfermagem:

I. Colaborar para que haja adesão máxima do Serviço de Enfermagem a política de Controle de Infecções adotadas pela Instituição.

II. Promover e participar de atividades técnico-científicas e atualização referentes ao plano de ação de controle de Infecção Hospitalar, visando a melhoria da qualidade da assistência no serviço de enfermagem.

III. Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver Infecção Hospitalar.

IV. Emitir parecer técnico sobre produtos e equipamentos a serem adquiridos pela instituição.

V. Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos.

VI. Participar das reuniões periódicas da C.C.I.H.

Art. 8º Ao representante da Farmácia:

I. Fornecer mensalmente o levantamento de consumo de antimicrobiano por clinica, especialidade e paciente.
II. Participar da definição da Política de utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica.
III. Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem a garantia da qualidade da assistência prestada.
IV. Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir Parecer Técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem adquiridos pela instituição.
V. Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas.
VI. Participar das reuniões periódicas da C.C.I.H.

Art. 9º Ao representante da Microbiologia:

I. Orientar a equipe de saúde quanto a coleta de amostras para exames microbiológico e interpretação de resultados.
II. Elaborar e divulgar relatório periodicamente sobre o padrão de sensibilidade e resistência microbiana referente aos antimicrobianos usados na instituição.
III. Manter arquivos dos dados microbiológicos, permitido estudos e levantamentos.
IV. Analisar microbiologicamente a água consumida na instituição.
V. Realizar leventamento periódico da frequência de microrganismos isolados nas I.H. e da prevalência das cepas resistentes aos antimicrobianos
VI. Participar das reuniões periódicas da C.C.I.H.

Art 10º Ao representante da Administração:

I. Apoiar as ações de controle com vista a prevenção e controle de Infecção Hospitalar.
II. Estimular a comunidade hospitalar, quanto a adesão das atividades que visem a prevenção e controle das IH, demonstrando, que são desejadas e necessárias à instituição.

III. Definir política de controle de qualidade (promover manutenção preventiva e periódica dos equipamentos; garantir a realização semestral da lavagem e desinfecção dos tanques da instituição).

IV. Participar das reuniões periódicas da C.C.I.H.

Art. 11º À CCIH compete:

I. elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da instituição;

II. implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

III. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

IV. propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

V. propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de isolamento e precauções;

VI. cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de infecções hospitalares;

VII. elaborar e divulgar regularmente relatórios.

VIII. definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares.

IX. elaborar o regimento interno da CCIH.

X. cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

XI. notificar ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades produtivas da UPA 24h Neópolis, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

XII. notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão estadual ou municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

XIII. Realizar reuniões periódicas

XIV. Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição.

§ Único: O Hospital da Criança poderá consorciar-se, no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas a implantar e manter programa de controle de infecções hospitalares.

VI DO SISTEMA DE COMUNICAÇÃO:

Art. 12º A comunicação escrita utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

Agenda de reunião:

Instrumento de comunicação interna/externa da CCIH, utilizado para disciplinar as reuniões, que deverá distribuída aos participantes, 24h antes da reunião, tendo como responsável, o coordenador da mesma em alinhamento com os demais.

Súmula:

Instrumento em que são registradas e descritas as decisões, conclusões e orientações das reuniões. Deverá ser distribuída aos participantes até 48 horas após a realização da reunião. É elaborada por quem coordena a reunião ou alguém por delegação deste. O código da súmula é o mesmo da sua respectiva agenda de reunião.

Programa de ação anual

Disparador do processo de planejamento da CCIH. “É um conjunto hierarquizado de prioridades da instituição de saúde. Apresenta em linhas gerais estratégias adotadas a médio e longo prazo, dando subsídios para o planejamento e transformações de metas em resultados.

Relatórios:

Interpretação e análise de indicadores técnicos, administrativos ou financeiros que podem subsidiar tomadas de decisões e facilitar o processo de acompanhamento dos resultados.

Comunicação Interna:

Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da C.C.I.H. (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição.

Comunicado:

Instrumento que contém avisos e/ou determinações da C.C.I.H. destinado a todo o hospital da Criança ou algumas áreas ou serviço.

Jornal:

Instrumento utilizado para informar e educar os colaboradores a respeito de assuntos e temas da C.C.I.H. e que a instituição deve estimular a participação de outros serviços. Deve ser realizado e distribuído periodicamente com os contracheques dos colaboradores.

Art. 13º A comunicação oral utilizados interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

I. Reuniões de Alinhamento Gerencial

Compõem o processo de alinhamento entre os membros da CCIH. Têm por objetivo discutir as ações a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de tempo, tomadas de decisões administrativas e repasse de informações/orientações gerais, segundo cronograma anual.

II. Reuniões de alinhamento técnico

Compõem o processo de alinhamento entre a CCIH e as demais áreas ou serviço. Com o objetivo de discutir as ações técnicas a serem desenvolvidas pelas Divisões em curto período de tempo, os pontos críticos e tomadas de decisões relativas a qualidade, segundo às necessidades das áreas ou serviços.

III. Reuniões de acompanhamento, avaliação e julgamento

São reuniões mensais estabelecidas oficialmente em cronograma divulgado anualmente e compõem o processo de acompanhamento, avaliação e julgamento da

CCIH, áreas ou serviço. Têm por objetivo formalizar e disciplinar o processo de planejamento e de acompanhamento, avaliação e julgamento. São responsáveis, ainda, por promover a integração das equipes e das ações desenvolvidas.

IV. Reuniões extraordinárias

São as reuniões que ocorrem *extra aos Processos de Planejamento*. Podem ser convocadas sempre que necessário para busca de apoios na identificação de soluções e oportunidades de servir. Têm por objetivo refletir o modelo participativo de gestão, em que todo profissional ou parceiro do hospital pode promover o diálogo nos diversos níveis hierárquicos.

VII DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA:

Art. 11º A Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e continua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

Art. 12 º O método de vigilância Epidemiológica, deverá atender às características da UPA 24h Neópolis, à estrutura do pessoal e a natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

I. São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

Art. 13 º São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

Art. 14 º Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

Art. 15 º Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente nos serviços de Berçário, Alto Risco, Centro Cirúrgico, (pediatria), Queimados e etc, são:

I. Taxas de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de Infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

II. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram Infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

III. Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado, e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

IV. Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

V. Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos incisos I e II, sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

a. O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

VI. Recomenda-se que o indicador do inciso IV pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

a. O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

VII. Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

VIII. Freqüência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

IX. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas

testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

X. Indicadores de uso de antimicrobianos.

a. Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o total de tratamento com antimicrobiano iniciados no mesmo período.
b. Freqüência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais, é calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano o período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

XI. Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

XII. Consideram-se obrigatórias as, informações relativas aos indicadores epidemiológicos dos incisos I, II, III e XI, no mínimo com relação aos serviços de Berçario de alto risco, UTI (/pediátrica) e queimados.

Art. 16 º Relatórios e Notificações.

I. A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

II. O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

III. É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

IV. O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distritais/ Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

VIII DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO:

Art. 20º- A C.C.I.H. deve participar do processo educativo dos clientes internos e externos com vistas à prevenção e controle das infecções hospitalares, envolvendo atividades de educação continuada, reciclagem e treinamento técnico com aulas teórica e prática, principalmente as relacionadas ao controle de infecção hospitalar.

§ ÚNICO: O projeto de educação deverá ser elaborado através do levantamento das necessidades do cliente e do serviço, realizando o diagnóstico, determinando coberturas e metas e identificando facilitadores.

IX DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO, JULGAMENTO E RESULTADOS:

Art. 21º O sistema de acompanhamento do P.C.I.H. UPA 24h Neópolis será operacionalizado através dos seguintes instrumentos: Vigilância em serviço dos setores; Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, Análise dos indicadores mencionados na legislação vigente, Controle de qualidade da água, Controle de qualidade da validação da esterilização.

Art. 22º - A avaliação e julgamento dos resultados das ações do P.C.I.H. acontecerá através dos seguintes instrumentos: Análise do plano de ação para o cumprimento das metas e prazos; Comparação dos resultados obtidos com os índices esperados. Após construção do nível endêmico da instituição usá-lo como instrumento de comparação; Aplicação de questionário visando a avaliação das ações de controle de infecção hospitalar nas diversas áreas da UPA 24h Neópolis.

X. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Superintendente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal, atendendo orientação do Termo de Compromisso de Gestão firmado junto à Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe.

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
04/08	01/09	06/10	03/11	01/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
05/01	02/02	02/03	06/04	04/05	01/06	06/07

XI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997;
2. Portaria 2616/1998.

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

5.6. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) da UPA Neópolis tem como objetivo precípuo promover a saúde ocupacional e a integridade física e emocional dos trabalhadores da unidade, atuando como instância democrática de participação e diálogo entre gestão e colaboradores. Instituída com base na Norma Regulamentadora n.º 5 (NR-5) do Ministério do Trabalho, a CIPA é composta por representantes eleitos pelos trabalhadores e designados pela direção da UPA, garantindo representatividade e legitimidade para as ações de prevenção e melhoria das condições de trabalho.

A comissão realiza inspeções periódicas nas dependências da unidade, identifica riscos ambientais, propõe medidas corretivas e preventivas, promove campanhas de conscientização sobre segurança no trabalho e colabora na investigação de acidentes e incidentes ocupacionais. Além disso, desenvolve atividades educativas e programas de promoção da saúde mental, valorizando o bem-estar dos profissionais como fator estruturante da qualidade assistencial. Sua atuação é integrada às demais instâncias de gestão de riscos, reforçando uma abordagem sistêmica e humanizada da segurança institucional.

Ao consolidar uma cultura de prevenção e cuidado com o trabalhador, a CIPA contribui para a redução do absenteísmo, o fortalecimento dos vínculos profissionais e o aumento da produtividade com responsabilidade social. Na UPA Neópolis, a CIPA não é apenas uma exigência legal, mas um pilar ético e estratégico de valorização da vida e da dignidade no ambiente de trabalho.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) é um grupo composto por representantes dos empregados e do empregador, com o objetivo principal de prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, promovendo um ambiente laboral seguro e saudável. A CIPA atua na identificação de riscos, elaboração de planos de ação e na conscientização dos trabalhadores sobre práticas seguras, buscando compatibilizar o trabalho com a preservação da vida e da saúde

III OBJETIVO:

O objetivo da CIPA é a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador conforme a Norma Regulamentadora - 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de julho de 1978.

IV APLICAÇÃO:

Aplica-se em todos os setores da UPA 24h Neópolis, que desenvolve atividades e gere riscos à saúde segurança dos colaboradores.

V DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS:

• SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. • CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

• CSI – Centro de Saúde Infantil

• NR – Norma Regulamentadora

• CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho

V RESPONSABILIDADES:

• Do SESMT: elaborar, revisar, controlar esse regimento;

• Diretoria Administrativa: aprovar este documento;

• Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente: a padronização e o controle do documento;

• Todos os setores: Seguir as determinações deste regimento.

VI DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO:

A CIPA tem por competência regulamentar a organização e o funcionamento, bem como agregar as principais regras que deverão disciplinar o desenvolvimento dos trabalhos da comissão interna de prevenção de acidentes CIPA da UPA 24h Neópolis.

VII A CIPA TERÁ POR ATRIBUIÇÃO:

• Acompanhar o processo de identificação de perigos e avaliação de riscos bem como a adoção de medidas de prevenção implementadas pela organização;

• Registrar a percepção dos riscos dos trabalhadores, em conformidade com o subitem 1.5.3.3 da NR-1, por meio do mapa de risco ou outra técnica ou ferramenta apropriada à sua escolha, sem ordem de preferência, com assessoria do Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, onde houver;

• Verificar os ambientes e as condições de trabalho visando identificar situações que possam trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

• Elaborar e acompanhar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva em segurança e saúde no trabalho;

• Participar no desenvolvimento e implementação de programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

• Acompanhar a análise dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, nos termos da NR-1 e propor, quando for o caso, medidas para a solução dos problemas identificados;

• Requisitar à organização as informações sobre questões relacionadas à segurança e saúde dos trabalhadores, incluindo as Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT emitidas pela organização, resguardados o sigilo médico e as informações pessoais;

• Propor ao SESMT, quando houver, ou à organização, a análise das condições ou situações de trabalho nas quais considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores e, se for o caso, a interrupção das atividades até a adoção das medidas corretivas e de controle; e

• Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT, conforme programação definida pela CIPA.

VIII RESPONSABILIDADES DOS INTEGRANTES DA CIPA:

Cabe ao Presidente

a) convocar os membros para as reuniões;

b) coordenar as reuniões, encaminhando à organização e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão.

Cabe ao Vice Presidente

• Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

• O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições; • Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

• Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

• Para cada reunião ordinária ou extraordinária, os membros da CIPA designarão o secretário responsável por redigir a ata.

IX. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Superintendente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal, atendendo orientação do Termo de Compromisso de Gestão firmado junto à Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe.

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
05/08	09/09	07/10	03/11	02/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
06/01	03/02	03/03	07/04	05/05	02/06	07/07

X DISPOSIÇÕES GERAIS:

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas na organização, preferencialmente de forma presencial, podendo a participação ocorrer de forma remota.

Como a UPA 24h Neópolis tem seu funcionamento vinte quatro horas e durante os setes dias da semana, o turno das reuniões será decidido, por meio de votação, entre os membros da comissão (indicados e eleitos) que estiverem presentes na data da posse. Para cada reunião ordinária ou extraordinária, os membros da CIPA designarão o secretário responsável por redigir a ata.

As decisões da CIPA serão, preferencialmente, por consenso. Não havendo consenso, a CIPA deve regular o procedimento de votação e o pedido de reconsideração da decisão.

As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes, as atas das reuniões devem ser disponibilizadas a todos os integrantes da CIPA, podendo ser por meio eletrônico. As atas devem ficar na Instituição à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

• Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal.

• Houver solicitação de uma das representações.

XI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1 Norma Regulamentadora 5 (NR – 5).

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

5.7. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da UPA Neópolis é uma estrutura técnica permanente dedicada à promoção de ambientes laborais saudáveis, seguros e legalmente adequados às normas de segurança do trabalho. Criado em consonância com a Norma Regulamentadora n.º 4 (NR-4) do Ministério do Trabalho, o SESMT é composto por equipe multidisciplinar formada por engenheiro de segurança, médico do trabalho, técnico de segurança e enfermeiro do trabalho, cuja atuação está voltada para a prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e agravos relacionados às condições ambientais do trabalho.

Esse serviço desenvolve ações sistemáticas de mapeamento de riscos, elaboração de programas de saúde ocupacional (como o PCMSO e o PPRA), realização de exames periódicos, orientação ergonômica e acompanhamento de licenças médicas e readaptações funcionais. Além disso, promove campanhas de vacinação, atividades educativas e estratégias de apoio psicossocial aos profissionais, compreendendo o trabalhador como sujeito integral que requer cuidado contínuo e respeito à sua dignidade.

Na UPA Neópolis, o SESMT atua de forma articulada com a CIPA, a Comissão de Ética em Enfermagem, a CCIH e a gestão institucional, configurando-se como elemento central de um modelo de gestão que valoriza o trabalho decente, a saúde mental e a integridade física como expressões concretas de uma política pública comprometida com a justiça social e a sustentabilidade do SUS.

5.8. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da UPA Neópolis constitui um órgão técnico-consultivo de natureza estratégica, responsável por avaliar, selecionar e normatizar o uso de medicamentos e terapias no âmbito da unidade, com base em critérios de eficácia, segurança, custo-benefício e relevância epidemiológica. Composição multiprofissional da comissão inclui farmacêuticos, médicos, enfermeiros

e representantes da gestão, assegurando um olhar plural e interdisciplinar sobre o uso racional dos recursos terapêuticos.

A atuação da CFT pauta-se nas diretrizes do Ministério da Saúde, na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e na Política Nacional de Medicamentos, promovendo a atualização permanente do elenco farmacológico institucional, a padronização de prescrições e a orientação sobre o uso seguro de fármacos. Além disso, a comissão desenvolve protocolos terapêuticos, participa da investigação de reações adversas e contribui diretamente para a qualificação do cuidado, reduzindo erros de medicação e promovendo a farmacovigilância.

Ao integrar a gestão da assistência farmacêutica com as demandas clínicas e operacionais da UPA, a CFT assume papel decisivo na otimização de recursos, na sustentabilidade dos estoques e na garantia do acesso universal, equânime e seguro a medicamentos essenciais. Trata-se, portanto, de uma instância indispensável para a excelência da assistência, refletindo o compromisso institucional com a saúde baseada em evidências, com a responsabilidade sanitária e com os princípios éticos da medicina e da farmácia no contexto do SUS.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um grupo colegiado, de caráter consultivo e deliberativo, presente em hospitais, secretarias de saúde e outras instituições, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e otimizar a assistência farmacêutica. Suas ações incluem a seleção, avaliação e padronização de medicamentos, além de promover a educação continuada e a elaboração de protocolos clínicos.

III FINALIDADE:

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos.

IV COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é composta pelos seguintes membros:
Representantes da administração do Hospital da Criança;
Representantes da Farmácia Hospitalar Representantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
Representante da área de Enfermagem;
Representante da área de Medicina Intensiva;
Representante da área de Urgência e Emergência e
Representante da área de Infectologia.

V MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria;

A relação dos membros deverá ser publicada em Imprensa Oficial a cada 12 (doze) meses, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento;

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Superintendência da UPA 24h Neópolis;

Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão e

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados aos órgãos competentes.

VI SEDE:

A sede da comissão será a sala da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, com infra-estrutura básica necessária para o seu funcionamento.

VII FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da UPA 24h Neópolis, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica e Diretoria Geral.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
05/08	09/09	07/10	03/11	02/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
06/01	03/02	03/03	07/04	05/05	02/06	07/07

VIII ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

a) Elaborar a padronização de medicamentos;

b) Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para a padronização de medicamentos;

c) Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;

d) Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua farmacoeconomia como mais um critério para a sua padronização;

e) Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;

f) Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados;

g) Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira;

h) Revisar periodicamente as normas de prescrição;

i) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;

j) Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;

k) Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;

l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;

m) Assessorar a Direção Técnica ou Clínica UPA 24h Neópolis em assuntos de sua competência;

n) Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;

o) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Continuada e Permanente;

p) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes UPA 24h Neópolis;

q) Orientar e promover o controle de medicamentos de uso restrito.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Representar a comissão junto à Diretoria do Hospital, ou indicar seu representante;

c) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

d) Fazer cumprir o regimento. Nas decisões da comissão o presidente possui voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

São atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência. São atribuições e competências da Secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

IX DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com o diretor técnico da UPA 24h Neópolis.

Esse regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O presente regimento entra em vigor com aprovação de alterações realizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica em reunião realizada.

X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia de Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Ferramentas para a Gestão do SUS.Brasília: MS, 2009.

2. Moynihan R. Drug spending in North America rose by 11% in 2003 BMJ 2004; 328:727. 3. Marin, N. et al. Assistência Farmacêutica. In Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Cap3, p.115 - 132.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Farmacêutica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: MS, 2001.

5. Green Terry, Alix Beith ,John Chalker. Rational Pharmaceutical Management Plus Program, Center for Pharmaceutical Management, Management Sciences for Health. Revista Farmacoterapêutica do CEBRIM, ano VIII, nº 4.

6. Comissão de Farmacologia da Diretoria Clínica e Divisão de Farmácia - Instituto Central HCFMUSP. Guia Farmacoterapêutico HC 2008-2010. Editora Artes Médicas, 4.ed. p. 25 - 40.

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

5.9. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde (CRSS) da UPA Neópolis é responsável pela elaboração, implementação e monitoramento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), instrumento essencial para garantir o descarte ambientalmente seguro, sanitariamente correto e socialmente responsável dos resíduos gerados na unidade. Seguindo as determinações da RDC Anvisa n.º 222/2018 e da Resolução CONAMA n.º 358/2005, a comissão atua no mapeamento dos fluxos de geração de resíduos, na classificação de acordo com os grupos de risco e na normatização dos procedimentos de coleta, segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte interno e destinação final.

Composta por profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, medicina, vigilância e apoio técnico-operacional, a CRSS promove capacitações periódicas para toda a equipe, assegurando o cumprimento das boas práticas de biossegurança e o manuseio adequado dos resíduos. O grupo também realiza auditorias internas e participa de ações integradas com a vigilância sanitária e o meio ambiente, promovendo o monitoramento de indicadores, a rastreabilidade dos resíduos perigosos e o aperfeiçoamento constante das rotinas.

Na UPA Neópolis, a gestão dos resíduos não é tratada como uma obrigação isolada, mas como parte integrante da política de segurança do paciente, prevenção de riscos ocupacionais e responsabilidade socioambiental. A CRSS, portanto, configura-se como instância estratégica para a sustentabilidade institucional e o compromisso com a saúde coletiva, refletindo uma atuação ética e consciente da unidade frente aos impactos do cuidado em saúde.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) é um grupo multidisciplinar, geralmente dentro de hospitais e outras instituições de saúde, responsável por planejar, implementar e supervisionar as ações relacionadas ao manejo de resíduos de serviços de saúde. Seu objetivo principal é garantir que esses resíduos sejam gerenciados de forma segura e ambientalmente correta, protegendo a saúde pública e o meio ambiente.

III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADES:

Art. 1º É um órgão vinculado ao Comitê Executivo da Upa 24h Neópolis, por meio da Gestão Assistencial, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Instituição, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS:

Art. 2º Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

I Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para a Direção Executiva para

aprovação;

II Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

III Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV Desenvolver juntamente com Direção Executiva a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;

V Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

VI Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

VIII Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

IX Auxiliar os diversos setores da UPA 24h Neópolis em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

X Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde (PGRSS);

XI Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XII Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) da UPA 24h Neópolis e demais normas da Instituição;

XIII Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO:

Art. 3º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) será formada por servidores voluntários da UPA 24h Neópolis, e terá a seguinte composição:

• Um representante da Direção Executiva;

• Um representante da Farmácia;

• Um representante da Enfermagem;

• Um representante do SESMT;

• Um representante da Agência Transfusional;

• Um representante do Laboratório;

• Um representante do Serviço de Hotelaria;

• Um representante do Serviço de Nutrição e Dietética;

• Um representante do Almoxarifado.

§ 1º Os representantes indicados serão nomeados pela Direção Executiva.

§ 2º A presidência da CGRSS será exercida por um integrante da comissão eleito por esta e nomeado pela Direção Executiva da UPA 24h Neópolis, serão nomeados mediante portaria da Direção Executiva e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 3º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (05) cinco alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 4º A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um memorando e encaminhada ao Presidente da Comissão.

§ 5º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 6ºA comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV DA ESTRUTURAÇÃO:

Art. 4º Compreendem a Estrutura da CGRSS:

I Presidente;

II Vice-Presidente;

III Secretário;

IV Integrantes.

Art. 5º Compete ao Presidente da CGRSS:

I Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;

IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;

V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;

VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º Compete ao Secretário:

I Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II Preparar as atas das reuniões,

III submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

IV Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

V Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

VI Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VII. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VIII Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

IX Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

§ 1º Na ausência do Presidente o Vice-Presidente assumirá a Presidência.

§ 2º No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá.

§ 3º Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º Compete aos Integrantes da CGRSS:

I Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

III Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;

IV Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e às demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

V Justificar ausência com antecedência;

VI Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VII Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;

VIII Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO:

Art. 9. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente a cada 30 (trinta) dias, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes:

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Ago sto	Setem bro	Outu bro	Novem bro	Dezem bro

07/08	04/09	02/10	06/11	04/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
01/01	05/02	05/03	02/04	07/05	04/06	02/07

§ 1º O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores da UPA 24h Neópolis.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a

verificação do “quórum” mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quórum” em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º O “quórum” será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

SEÇÃO I DA ATA

Art. 12. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III O expediente;

IV O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;

V Todas as propostas por extenso.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

Art. 13. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Direção Executiva.

Art. 14. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação.

Art. 15. Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pela Direção UPA 24h

Neópolis.

III REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

NBR 10.004/87: Resíduos sólidos

NBR 12.807/93: Resíduos de serviços de saúde: terminologia

NBR 12.808/93: Resíduos de serviços de saúde: classificação

NBR 12.809/93: Manuseio de resíduos de serviços de saúde: procedimento

NBR 12.810/93: Coleta de resíduos de serviços de saúde: procedimento

NBR 9191/93: Sacos plásticos para Acondicionamento de Lixo

Silva LESS, Oliveira JSB, Evangelista TJ et al. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: atenção básica e hospitalar. Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 08, n. 02, maio. 2017. p 318-337. DOI:

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada nº222. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Ministério da Saúde, 2018.

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

5.10. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) da UPA Neópolis representa o epicentro da cultura institucional voltada para a excelência assistencial, o controle de riscos e a promoção de práticas baseadas em evidências. Alinhado à RDC Anvisa n.º 36/2013 e à Portaria GM/MS n.º 529/2013, o NQSP tem por finalidade desenvolver estratégias permanentes de avaliação, intervenção e monitoramento de indicadores que assegurem a melhoria contínua da qualidade e a redução de incidentes evitáveis na prestação de cuidados.

Entre suas principais atribuições estão a elaboração do Plano de Segurança do Paciente, a estruturação de protocolos de notificação e análise de eventos adversos, o estímulo à cultura de aprendizado organizacional, a articulação com as comissões institucionais e a promoção de treinamentos e capacitações em segurança e qualidade para todas as equipes. O núcleo atua como elo articulador entre a gestão e os setores assistenciais, utilizando ferramentas como ciclo PDCA, análise de causa raiz (ACR), indicadores sentinelas e auditorias clínicas para transformar os dados em ações estratégicas.

Na UPA Neópolis, o NQSP é mais que um núcleo técnico, é um compromisso com a vida. Sua atuação transversal e sistêmica consolida um ambiente de cuidado responsável, participativo e orientado pela ética do bem-fazer, reafirmando a prioridade da instituição em garantir aos usuários um atendimento seguro, digno e de qualidade em todas as etapas do processo assistencial.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DO NÚCELO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – NEÓPOLIS

II INTRODUÇÃO

A Comissão de Segurança do Paciente (CSP) é um ambiente de discussão das diferentes realidades apresentadas nos serviços do hospital. A Segurança do Paciente enquanto área temática é de responsabilidade de todos os profissionais da Atenção à Saúde e deve ser desenvolvida de forma transversal em todos os processos de trabalho intra-hospitalar.

III DEFINIÇÃO:

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma estrutura dentro dos serviços de saúde responsável por promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. É uma instância multidisciplinar que visa garantir a qualidade do cuidado, prevenir eventos adversos e mitigar risco.

IV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

CAPÍTULO I- DO CONCEITO

Art. 1º. A Comissão de Segurança do Paciente (CSP) é uma instância colegiada, com atribuições definidas pelo presente Regimento, integrado por membros dos serviços da UPA 24h Neópolis em consonância com a Portaria 433/2018.

CAPÍTULO II- DA COMPETÊNCIA

I. assessorar a Direção da UPA 24h Neópolis, nos assuntos atinentes à sua matéria, com elaboração de pareceres, respostas às consultas necessárias a construção bianual do Plano de Segurança do Paciente;

II. elaborar trabalhos escritos, inclusive planos de ação, promover pesquisas, diagnósticos situacionais, projetos de intervenção e demais normativas que estimulem a cultura de segurança, a discussão e a melhoria das matérias de sua competência;

III. cooperar, celebrar contatos, atuar e promover intercâmbios com outras organizações que tenham o mesmo objetivo ou que se assemelhem as finalidades da comissão;

IV. manter contanto permanente com as Comissões congêneres que se relacionam direta ou indiretamente com a Segurança do Paciente, informando-as sobre as atividades desenvolvidas e as diligências realizadas no sentido de mútua colaboração;

V. elaborar de forma participativa e compartilhada o Planejamento Bianual que comporá o Plano de Segurança do Paciente;

VI. aprovar em reunião com a presença de 2/3 dos componentes da CSP o Plano Bianual de Segurança do Paciente;

VII. analisar e quando necessário, propor medidas que objetivem a melhoria das ações estratégicas para segurança do paciente;

VIII. reunir-se mensalmente, discutir e receber demandas da equipe, além daquelas oriundas de associações, organizações não governamentais, em especial dos Conselhos Comunitários de Segurança, encaminhando os pleitos da Gerência de Atenção à Saúde para deliberações, manifestações das autoridades competentes, inclusive propositura de demandas organizativas e normativas, se necessário for;

IX. analisar e quando necessário, propor medidas que objetivem a melhoria das ações estratégicas para segurança do paciente;

X. reunir-se mensalmente, discutir e receber demandas da equipe do Hospital da Criança, além daquelas oriundas de associações, organizações não governamentais, em especial dos Conselhos Comunitários de Segurança, encaminhando os pleitos da Gerência de Atenção à Saúde para deliberações, manifestações das autoridades competentes, inclusive propositura de demandas organizativas e normativas, se necessário for;

XI. monitorar, a implantação das medidas propostas no Plano de Segurança do Paciente; X- auxiliar na divulgação das ações estratégicas para segurança do paciente, do plano bianual de segurança do paciente, bem como em eventos educativos e científicos relacionados ao tema desta Comissão, para profissionais, pacientes e familiares.

CAPÍTULO III- DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Segurança do Paciente é composta minimamente pelos seguintes membros:

I. um representante da Gerência de Atenção à Saúde;

II. um enfermeiro, representante da divisão de enfermagem;

III. um médico, representante da Divisão Médica;

IV. um farmacêutico, representante da Farmácia;

CAPÍTULO IV- DA COMPETÊNCIA DE CADA MEMBRO

Art. 4º. Os membros da Comissão de Segurança do Paciente deverão obedecer às funções descritas no presente Regimento, cabendo ao:

I. Coordenador da Comissão de Segurança do Paciente:

a) mediar a indicação de membros para composição de Grupos de Trabalho que venham a ser desenvolvidos para elaboração do planejamento bianual para o Plano de Segurança do Paciente, tendo estes objetivos específicos definidos pelos coordenadores de cada grupo;

b) convocar e presidir as reuniões;

c) aprovar e assinar as atas das reuniões, depois de discutir seu texto com a maioria dos membros presentes;

d) mediar a designação de relatores ou relatores substitutos, para manifestação de pareceres, diligências ou expedientes encaminhados a esta Comissão;

e) autorizar a presença de terceiros, estranhos aos membros regularmente escritos, que poderão permanecer nas reuniões como visitantes;

f) dar publicidade de todos os atos praticados pela Comissão, inclusive acerca dos andamentos dos processos ou expedientes acompanhados pelos membros ou pela própria coordenação;

g) debater com os membros presentes na reunião ordinária as questões apresentadas à comissão para apreciação e deliberação, o posicionamento final da comissão será aquele da maioria dos membros presentes e, no caso de empate, votará desempatando;

h) resolver as questões de ordem;

l) zelar pelo cumprimento integral do presente Regimento, inclusive perante seus membros;

j) propor para melhor atender os interesses dos membros desta Comissão e ainda, anseios da sociedade, a alteração do Regimento Interno por solicitação de pauta pelos membros da CSP;

l) resolver os casos omissos do presente Regimento.

II. ao Coordenador Substituto:

a) participar ativamente da organização e desenvolvimento dos trabalhos para o plano bianual que subsidiará o Plano de Segurança do Paciente;

b) desempenhar as atribuições ou designações do Presidente da Comissão ou, no caso de impossibilidade, justificar motivo;

c) comparecer nas reuniões ou convocações especiais e, no caso de impossibilidade, justificar com antecedência para que não prejudique os trabalhos.

III. Aos demais membros competem:

a) tomar conhecimento das atribuições ou designações do Coordenador da Comissão para qualquer atuação que este julgue competente e quando impossibilitado de aceitá-las apresentar justificativa;

b) comparecer nas reuniões ou convocações especiais e, no caso de impossibilidade, justificar com antecedência para que não prejudique os trabalhos.

Parágrafo único - após 03 (três) ausências consecutivas não justificadas caberá ao coordenador dar conhecimento a comissão da exclusão do profissional e solicitar um novo representante da área técnica ou serviço com nomeação em portaria no prazo de até 30 (trinta) dias após a substituição.

CAPÍTULO V- DAS REUNIÕES E COMUNICAÇÕES

Art. 5º. As reuniões serão ordinárias e extraordinárias, as primeiras mensais e as segundas quando necessário.

§ 1º O Coordenador da Comissão designará a data e o horário das reuniões de acordo com a disponibilidade da maioria simples dos participantes.

§ 2º Caberá ao Coordenador da Comissão, a expedição de convocação para o comparecimento dos membros nas reuniões, que ocorrerão sempre na sala de reunião, devendo o comunicado ser efetivado com pelo menos cinco dias de antecedência, as reuniões poderão ser on line.

3º As comunicações entre os Membros da Comissão poderão ser feitas por meios virtuais.

Art. 6º. Dos objetos das reuniões.

I. são objetos da reunião ordinária:

a) informes livres;

b) discussão, leitura e aprovação da ata anterior;

c) comunicações do Coordenador acerca dos expedientes, processos em andamento e deliberações;

d) ordem do dia;

e) apresentação de resultados e atuação da Comissão.

II. a reunião extraordinária será designada pelo Coordenador da Comissão quando houver necessidade de deliberação urgente de alguma questão de competência desta Comissão, ou a pedido de qualquer um dos membros do Núcleo e ou dos componentes da Diretoria da UPA 24h Neópolis, e quando de sua ocorrência, obedecerá a convocações específicas e atendidas ou não pelas reuniões ordinárias.

Parágrafo único- A ordem dos trabalhos obedecerá ao critério acima, podendo, a critério do Coordenador da Comissão, ocorrer em ordem diversa da acima estabelecida.

Art. 7º. Mediante solicitação da Direção Geral, poderá ocorrer reunião em conjunto com outra Comissão do Upa 24h Neópolis que possuam relações diretas ou indiretas com esta comissão. Dados critérios a serem obedecidos, reger-se-ão pelo órgão que a convocou:

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
04/08	01/09	06/10	03/11	01/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
05/01	02/02	02/03	06/04	04/05	01/06	06/07

CAPÍTULO VI- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º. As aprovações das matérias colocadas em análise, devidamente prevista em pauta se dará por maioria simples, contado sempre pelos votos abertos dos presentes;

Art. 9º. A alteração do presente Regimento se dará por iniciativa do Coordenador desta Comissão ou por qualquer um dos seus membros após aprovação deste.

Art. 10. Este Regimento entra em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

ELABORADO: REVISÃO:	DATA: DATA:
VALIDAÇÃO:	DATA
APROVADO	DATA

X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Mendes W et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual HealthCare 2009; 21:279-84.

Cavalcante A. Segurança do Paciente. Fórum Internacional de Gestão de Risco e Segurança do Paciente. 2013. Slides. Disponível em: . Acesso em: 15 fev. 2016

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Runciman W et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care 2009; 21:18-26.

Brasil, Ministério da Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1.ª edição – Brasilia-DF, 2013.

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

5.11. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) da UPA Neópolis é uma instância técnica-operacional essencial para assegurar o uso eficiente e racional dos recursos assistenciais disponíveis, garantindo o acesso equitativo dos usuários aos serviços de saúde com base na complexidade clínica e na disponibilidade de oferta do sistema. Estruturado conforme as diretrizes da Política Nacional de Regulação do SUS e da Portaria GM/MS n.º 1.559/2008, o NIR opera como elo entre os serviços da unidade e a Central Estadual de Regulação, otimizando os processos de admissão, transferência e encaminhamento de pacientes.

A equipe do NIR é composta por profissionais capacitados em gestão de leitos, análise de risco clínico, classificação de risco e interface com as redes de atenção. Sua atuação envolve o monitoramento em tempo real do fluxo assistencial, a interlocução com as referências hospitalares, a priorização de casos críticos e a organização dos processos de contra-referência e retorno assistido. Com o apoio de sistemas informatizados, como o SISREG e prontuário eletrônico, o núcleo assegura transparência, rastreabilidade e resolutividade nas decisões regulatórias.

Na UPA Neópolis, o NIR desempenha função estratégica para a fluidez e efetividade do cuidado, contribuindo para a diminuição do tempo de espera, a utilização adequada da capacidade instalada e a integração entre os diferentes níveis de atenção. Sua existência qualifica a gestão da urgência e garante que o acesso seja regido por critérios técnicos, éticos e solidários, reafirmando os princípios do SUS e a centralidade do usuário no processo de cuidado.

5.12. COMISSÃO DE TECNOVIGILÂNCIA

A Comissão de Tecnovigilância da UPA Neópolis é responsável pelo monitoramento sistemático dos riscos relacionados ao uso de produtos para a saúde, como equipamentos médico-hospitalares, materiais cirúrgicos e dispositivos médicos, atuando preventivamente para garantir a segurança dos pacientes e a qualidade dos serviços prestados. Instituída em conformidade com a RDC Anvisa n.º 67/2009 e a

Portaria MS n.º 1.660/2009, a comissão realiza a vigilância ativa de incidentes, falhas técnicas, eventos adversos e não conformidades envolvendo tecnologias em saúde.

Composta por profissionais das áreas de engenharia clínica, farmácia, enfermagem e apoio técnico, a comissão atua de forma integrada à manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, à gestão de contratos com fornecedores e à capacitação dos usuários em boas práticas de manuseio e conservação tecnológica. Também é de sua competência notificar as ocorrências relevantes ao Sistema Nacional de Tecnovigilância (NOTIVISA), contribuindo para a segurança em âmbito nacional e para a rastreabilidade dos equipamentos utilizados.

A Tecnovigilância, na UPA Neópolis, não se resume à identificação de falhas técnicas, mas compreende a gestão da inovação com responsabilidade e o fortalecimento de uma cultura organizacional que preze pela segurança e pela confiabilidade tecnológica no ambiente assistencial. Ao garantir o uso seguro e eficiente das tecnologias em saúde, a comissão reforça o compromisso da unidade com a integridade do cuidado, a sustentabilidade operacional e o cumprimento das exigências legais e sanitárias.

5.13 REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

O Regimento Interno do Núcleo Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho da UPA Neópolis estabelece as diretrizes normativas e operacionais para a atuação integrada dos profissionais responsáveis pela promoção da saúde ocupacional, pela prevenção de acidentes e pela gestão dos riscos relacionados ao ambiente de trabalho. Elaborado em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho (especialmente NR-4, NR-5, NR-6 e NR-9) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, o regimento define atribuições, competências, fluxos de comunicação, mecanismos de responsabilização e instrumentos de avaliação de desempenho.

Este regimento também regulamenta os processos de planejamento, execução e monitoramento das ações do SESMT na unidade, incluindo a elaboração de programas como o PCMSO, PPRA, PCA e PGR, o acompanhamento de indicadores de saúde e segurança, a realização de inspeções técnicas, auditorias internas e o apoio psicossocial aos trabalhadores. Além disso, orienta a articulação intersetorial com a CIPA, a gestão institucional e as instâncias externas de fiscalização, assegurando a conformidade legal e a promoção de um ambiente laboral ético, seguro e inclusivo.

Na UPA Neópolis, o Regimento Interno do Núcleo de Segurança e Medicina do Trabalho representa mais do que um documento normativo. Trata-se de um marco institucional que organiza, qualifica e dá legitimidade a uma política interna voltada à proteção da vida, ao respeito aos direitos dos trabalhadores e à construção de um espaço de trabalho saudável, justo e promotor de dignidade.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DO NÚCLEO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

Em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, um "núcleo" refere-se ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). O SESMT é um conjunto de profissionais especializados, como engenheiros de segurança e médicos do trabalho, cuja função é promover a saúde e segurança dos trabalhadores, prevenir acidentes e doenças ocupacionais, e garantir um ambiente de trabalho seguro e saudável.

O SESMT é estabelecido pelas empresas de acordo com a Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4) do Ministério do Trabalho e Emprego, que define sua composição, dimensionamento e funções. O objetivo principal do SESMT é implementar ações de prevenção e controle de riscos ocupacionais, visando a redução de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Em resumo, o núcleo (SESMT) atua como um serviço especializado dentro das empresas, com o propósito de proteger a saúde e a integridade física dos trabalhadores, através da identificação de riscos, implementação de medidas de segurança, e promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável.

III – DA FINALIDADE

Art. 1º - O Núcleo tem como finalidade:

I - Promover estudos, pesquisas e ações voltadas à prevenção de acidentes e doenças ocupacionais no ambiente hospitalar;

II - Desenvolver projetos e programas de segurança e saúde voltados aos profissionais de saúde e demais colaboradores da UPA 24h Neópolis;

III - Apoiar atividades de capacitação e educação continuada em saúde e segurança no trabalho hospitalar;

IV - Assessorar os setores internos do Hospital quanto ao cumprimento das normas regulamentadoras e protocolos institucionais.

III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º - O Núcleo será composto por profissionais das áreas de:

- Engenharia de Segurança do Trabalho;
- Medicina do Trabalho;
- Enfermagem do Trabalho;
- Técnicos em Segurança do Trabalho;
- Representantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- Outros profissionais da saúde e áreas afins, conforme necessidade do Hospital.

Art. 3º - A coordenação do Núcleo será exercida por um Coordenador designado pela Direção Geral da UPA 24h Neópolis, com mandato de 2 (dois) anos, permitida uma recondução.

III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - São atribuições do Núcleo:

I - Elaborar, implementar e acompanhar políticas de saúde e segurança no trabalho voltadas ao contexto hospitalar;

II - Realizar inspeções técnicas nas unidades do Hospital da Criança, emitindo relatórios e recomendações para mitigação de riscos;

III - Promover campanhas educativas, treinamentos e simulações de emergência;

IV - Emitir laudos técnicos, pareceres e acompanhar os indicadores de SST no ambiente hospitalar;

V - Contribuir com a gestão de riscos ocupacionais e apoio à qualidade e segurança do paciente e trabalhador da saúde.

IV - DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - O Núcleo reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Coordenador ou por solicitação da Direção Geral da UPA 24h Neópolis.

Art. 6º - As decisões serão tomadas por maioria simples dos membros presentes.

Art. 7º - As atividades desenvolvidas deverão ser registradas em ata e arquivadas para fins de controle, auditoria e prestação de contas à Direção Geral.

V DA ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.
A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.
Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.
As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.
Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em

prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
05/08	09/09	07/10	03/11	02/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
06/01	03/02	03/03	07/04	05/05	02/06	07/07

VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º - O presente regimento poderá ser alterado mediante proposta de, no mínimo, um terço dos membros do Núcleo e aprovação por maioria absoluta, com anuência da Direção Geral da UPA 24h Neópolis.

Art. 10º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos em reunião do Núcleo, respeitando-se as normas institucionais e regulamentações da área da saúde e segurança do trabalho.

VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo. Proteção jurídica à saúde do trabalhador. 6. ed. São Paulo: LTr.

MENDES, René. Patologia do trabalho. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

VALVERDE, Nelson José de Lima. Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu, 2013.

ALVES, Cid; MENEGAZZO, Luciana Maria Martins. Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu, 2013.

TORLONI, Maurício; VIEIRA, Antônio. Manual de proteção respiratória. Associação Brasileira de Higiene Ocupacional.

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

ANEXO

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DO NÚCELO DE VIGILÂNICA EPIDEMIOLÓGICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

Um Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) é um setor dentro de uma instituição de saúde, geralmente um hospital, responsável por planejar, orientar e executar ações de vigilância epidemiológica para doenças e agravos de notificação compulsória, além de outros eventos de interesse em saúde pública. O NVE atua na coleta, análise e interpretação de dados de saúde para identificar padrões, tendências e riscos, subsidiando a tomada de decisões e a implementação de medidas de prevenção e controle.

III FINALIDADE

Art.1º O núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar UPA 24h Neópolis, é responsável pelo planejamento, orientação e execução das ações de epidemiologia hospitalar das doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) e outros fatos de interesse de saúde pública.

Art.2º Objetiva realizar a Vigilância Epidemiologia hospitalar no âmbito UPA 24h Neópolis através da coleta, análise e interpretação sistemática de dados de saúde dos pacientes e colaboradores atendidos na instituição.

Art.3º Os dados gerados proporcionam aos gestores elementos importantes para as tomadas de decisões estratégicas e a recomendação de medidas de prevenção e controle.

Art.4º O NVHE participa da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), segundo Portaria n.º 2.529, de 23 de novembro de 2004, posteriormente revogada pela Portaria n.º 2.254, de 5 de agosto de 2010).

IV COMPOSIÇÃO

Art.5º O núcleo de vigilância epidemiológica do hospital será composto pelos seguintes membros:

1) Enfermeiro
2) Médico

Art.6º A equipe multidisciplinar, será dimensionada e estruturada conforme as necessidades da instituição, tendo formação superior, preferencialmente com conhecimento de vigilância epidemiológica.

V REUNIÕES

Art.6º As reuniões do núcleo serão realizadas com os membros nomeados, que poderão solicitar a presença de pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgarem necessário.

Ocorrerão reuniões mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
07/08	04/09	02/10	06/11	04/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho

01/01	05/02	05/03	02/04	07/05	04/06	02/07

Cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença. É facultado aos membros do núcleo, solicitar o reexame de qualquer decisão tomada em reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

VI ATRIBUIÇÕES

Art.8º Compete a todos os membros do núcleo:

1) Realizar a busca ativa de pacientes internados ou atendidos em unidades de urgência e emergência da UPA 24h Neópolis, para detecção de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória, conforme Lista Estadual e Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, constantes na Portaria nº 115-R, DE 04 DE AGOSTO DE 2022;
2) Realizar a notificação e investigação epidemiológica, em tempo oportuno, nos sistemas E-SUSVS e SIVEP-GRIPE, dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, eventos e agravos constantes na Portaria nº 115-R, DE 04 DE AGOSTO DE 2022, que forem detectados;
3) Comunicar, em até 24 horas a partir do conhecimento do evento, para Secretaria Estadual de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Neópolis, a ocorrência de doenças ou agravos de saúde pública de Notificação Compulsória Imediata (NCI) detectados na UPA 24h Neópolis;
4) Participar das atividades de interrupção de surtos e da interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES), elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para a sua contenção;
5) Participar, conforme solicitado, das comissões de setores estratégicos da unidade hospitalar;

6) Definir indicadores operacionais e de resultados sobre as atividades de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
7) Promover um trabalho integrado com o Laboratório do hospital e outros laboratórios de referência, estabelecendo o fluxo de encaminhamento das amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às Doenças de Notificação Compulsórias (DNC);
8) Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;
9) Realizar monitoramento, avaliação e divulgação do perfil de morbimortalidade hospitalar, com a finalidade de subsidiar o processo de planejamento do gestor do hospital, e do gestor municipal e estadual dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;
10) Elaborar e divulgar Informes de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde para os profissionais de saúde do estabelecimento hospitalar;
11) Auxiliar nas orientações e monitoramento das “Medidas de Precaução e isolamentos” em casos de notificação de DNC;

VII DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.9º O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), através da maioria de seus membros, submetida ao coordenador.

Art.10º O funcionamento do núcleo, além dos critérios, regras e recomendações contidas nesse regimento, observará a legislação brasileira pertinente. Assuntos referentes a normas e rotinas do núcleo serão tratados em documentos próprio (IT’s).

VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

García PC, Alfonso AP. Vigilancia epidemiológica ensalud. AMC. 2013 Dic [citado 2019 Feb 14];17(6) Disponívelem: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000600013&lng=es

Brasil**. Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – Histórico de Combate às Doenças

Transmissíveis no Brasil. Brasília; 2003. Disponível em: http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_basico_vigilancia_ epidemiologica_mod1_unid1.pdf

Aguiar FC, Mendes VLPS. Comunicação organizacional e tecnologias da informação e comunicação (TIC) na gestão hospitalar. Perspectivas em Ciências da Informação 2016; 21(4):138-155. doi: 10.1590/1981-5344/2690

Dantas DI, Freitas RF, Batista DA, et al. Contribuição do núcleo de vigilância epidemiológica em uma unidade de pronto atendimento para a notificação compulsória de agravos. Rev Bra de Cien Saúde 2014;18(Sup.1):21-26. doi: 10.4034/ RBCS.2014.18.s1.03

Segura, O. Epidemiología social y economía política: la UCI como punto de encuentro. Iatreian2016;29(4);470-477.bdoi: 10.17533/udea.iatreia.v29n4a08

Neópolis (SE) 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DO NÚCLEO

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE REMOÇÃO INTER HOSPITALAR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DO NÚCLEO DE REMOÇÃO INTER HOSPITALAR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

O Núcleo de Remoção Inter-hospitalar é uma estrutura dentro do sistema de saúde responsável por gerenciar e executar a transferência de pacientes entre diferentes instituições hospitalares. Essa transferência pode ocorrer por diversos motivos, como a necessidade de tratamento especializado em outro hospital, a realização de exames ou procedimentos que não estão disponíveis na unidade de origem, ou ainda, em casos de alta hospitalar.

III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º – Este Regimento tem por objetivo estabelecer a organização, funcionamento e atribuições do Núcleo de Remoção Inter-Hospitalar (NRIH), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde - SES.

Art. 2º – O NRIH tem como finalidade coordenar, gerenciar e executar as atividades relacionadas à remoção de pacientes entre unidades hospitalares, visando garantir segurança, agilidade e qualidade no atendimento.

IV DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º – O NRIH será composto por:

I. Coordenador do Núcleo;
II. Equipe Técnica (enfermeiros, médicos, condutores, técnicos de enfermagem);
III. Apoio Administrativo

Art. 4º – Compete ao Coordenador:

I. Planejar e supervisionar as atividades do núcleo;
II. Garantir a escala de profissionais para atendimento das demandas;
III. Assegurar que os veículos estejam em condições adequadas;
IV. Realizar relatórios mensais das atividades

Art. 5º – Compete à Equipe Técnica:

I. Avaliar as condições clínicas do paciente antes da remoção;
II. Preparar adequadamente o paciente para o transporte;
III. Zelar pela segurança e bem-estar do paciente durante todo o trajeto;
IV. Preencher corretamente as fichas de remoção.

Art. 6º – Compete ao Apoio Administrativo:

I. Realizar o agendamento e registro das remoções;
II. Controlar a documentação e relatórios;
III. Auxiliar no controle de frota e insumos

V DAS NORMAS DE FUNCIONAMENTO

Art. 7º – As solicitações de remoção deverão ser feitas por meio de formulário próprio, contendo informações completas sobre o paciente, motivo da remoção, unidade de origem e destino, e necessidade de suporte especializado.

Art. 8º – A prioridade de remoção será definida de acordo com critérios clínicos e disponibilidade de recursos.

Art. 9º – É obrigatório o registro de cada remoção em sistema ou livro específico, com dados do paciente, profissionais envolvidos, horário de saída e chegada, e intercorrências, se houver.

VI DAS REUNIÕES E COMUNICAÇÕES

a) As reuniões serão ordinárias e extraordinárias, as primeiras mensais e as segundas quando necessário.
b) O Coordenador da Comissão designará a data e o horário das reuniões de acordo com a disponibilidade da maioria simples dos participantes.
c) Caberá ao Coordenador da Comissão, a expedição de convocação para o comparecimento dos membros nas reuniões, que ocorrerão sempre na sala de reunião, devendo o comunicado ser efetivado com pelo menos cinco dias de antecedência, as reuniões poderão ser on line.
d) As comunicações entre os Membros da Comissão poderão ser feitas por meios virtuais.

Dos objetos das reuniões.

I. são objetos da reunião ordinária:

a) informes livres;

b) discussão, leitura e aprovação da ata anterior;

c) comunicações do Coordenador acerca dos expedientes, processos em andamento e deliberações;

d) ordem do dia;

e) apresentação de resultados e atuação da Comissão.

II. a reunião extraordinária será designada pelo Coordenador da Comissão quando houver necessidade de deliberação urgente de alguma questão de competência desta Comissão, ou a pedido de qualquer um dos membros do Núcleo e ou dos componentes da Diretoria da UPA 24h Neópolis, e quando de sua ocorrência, obedecerá a convocações específicas e atendidas ou não pelas reuniões ordinárias.

Parágrafo único- A ordem dos trabalhos obedecerá ao critério acima, podendo, a critério do Coordenador da Comissão, ocorrer em ordem diversa da acima estabelecida.

Art. 7º. Mediante solicitação da Direção Geral, poderá ocorrer reunião em conjunto com outra Comissão da UPA 24h Neópolis que possuam relações diretas ou indiretas com esta comissão. Dados critérios a serem obedecidos, reger-se-ão pelo órgão que a convocou:

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
04/08	01/09	06/10	03/11	01/12

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
05/01	02/02	02/03	06/04	04/05	01/06	06/07

VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela coordenação do NRIH, em conjunto com a Direção da unidade

Art. 11 – Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Universidade Federal de Juiz de Fora. **Transporte Inter-Hospitalar de pacientes** [Internet]. 2021 Nov. [cited 2024 Mar 09]. Available from: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/acesso-a-informacao/nucleo-de-qualidade-hospitalar-gestao-de-

documentos/gerencia-administrativa/setor-de-hotelaria-hospitalar-sthh/pop-shh-001-transporte-inter-hospitalar-de-pacientes.pdf.

Melo SC, Santos R da S, Garcia GF, Azevedo ML. Transporte de pacientes intra e Inter hospitalar [Internet] 2019 Nov. [cited 2023 Mar 09] Available from: https://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/14439/PC-58---Transportes-de-pacientes-intra-e-inter-hospitalar-(2019).pdf.

Dias C. SEGURANÇA DO PACIENTE NO COTIDIANO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO TRANSPORTE AEROMÉDICO INTER-HOSPITALAR [Internet] 2021 [cited 2024 Mar 31]. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1378719/seguranca-do-paciente-no-cotidiano-de-trabalho-da-equipe-multi_alvRXqi.pdf

QUALIDADE SUBJETIVA

5.14 PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

A qualidade subjetiva, entendida como a percepção do usuário sobre o cuidado recebido, representa um dos pilares centrais do modelo de atenção adotado pela UPA Neópolis, Sergipe. Mais do que garantir resolutividade clínica, a unidade será um espaço de escuta, acolhimento e respeito à dignidade humana. A experiência do paciente será sistematicamente considerada como critério de avaliação institucional, com impacto direto sobre os processos de gestão, planejamento e melhoria contínua.

A UPA adotará a metodologia Manchester de Classificação de Risco, com enfermeiros treinados e certificados para triagem baseada em protocolos internacionais de priorização. A política de acolhimento humanizado integrará escuta ativa, abordagem centrada no sofrimento do usuário e gestão de fila em tempo real. Os tempos médios por categoria de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) serão monitorados via BI (*Business Intelligence*) e auditados semanalmente.

c. Protocolos clínicos de atendimento conforme perfil da unidade – Anexo 1

A padronização dos fluxos clínicos e operacionais da UPA Neópolis será garantida por um conjunto sistematizado de protocolos assistenciais integrados, consolidados no anexo 1, com estrutura temática e conteúdo técnico validado por evidências científicas e diretrizes do Ministério da Saúde. Esse material tem por objetivo orientar as equipes multiprofissionais no atendimento seguro, resolutivo e humanizado às principais condições clínicas de urgência e emergência, além de reforçar a cultura da segurança do paciente e da qualidade assistencial.

5.15. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E OPERACIONAIS

Inclui-se os seguintes tópicos organizados por área de atenção:

- Fluxos de Estabilização e Transporte Inter-Hospitalar
  Direciona as condutas de estabilização clínica e os critérios para remoção segura de pacientes para unidades de maior complexidade, articulado com a regulação estadual.
- Abordagem da Dor Torácica, Abdominal e Traumas (Anexo 5).
  Estabelece critérios para avaliação, classificação de risco e manejo clínico inicial das dores agudas, com ênfase nos casos que demandam resposta imediata.
- Acidentes com Animais Peçonhentos
  Organiza o atendimento conforme a classificação dos animais envolvidos, definição de soroterapia e notificação de casos com base nos protocolos da Fiocruz e Ministério da Saúde.
- Síndromes Coronarianas e Vasculares Agudas
  Apresenta condutas específicas para infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e outros eventos vasculares, com algoritmos de decisão rápida.
- Situações Clínicas em Saúde Mental
  Aborda emergências psiquiátricas, estratégias de contenção segura, acolhimento, risco de suicídio e encaminhamento conforme a rede de atenção psicossocial (RAPS).

- Assistência à Bronquiolite

  Define fluxos de atendimento a pacientess com quadro respiratório agudo, incluindo critérios de gravidade, hidratação, oxigenoterapia e observação clínica.
- Identificação Segura do Paciente

  Descreve os procedimentos de identificação correta, uso de pulseiras e checagens cruzadas, em conformidade com a política nacional de segurança do paciente.
- Síndrome Gripal e Condutas Respiratórias

  Sistematiza o manejo de pacientes com sintomas gripais, incluindo triagem de casos suspeitos de infecção por influenza, Covid-19 ou outros vírus respiratórios.

A consolidação desses conteúdos em um único anexo facilita o acesso da equipe técnica, promove a uniformização das condutas e contribui diretamente para a segurança, eficiência e efetividade da assistência prestada. O documento será revisado periodicamente pelo Núcleo de Qualidade e Avaliação de Desempenho (NQAD) da unidade, com base em atualizações científicas e normativas, e estará disponível em meio impresso e digital nas áreas assistenciais da UPA.

6. IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: EQUIPE NECESSÁRIA A SISTEMÁTICA DE TRABALHO, HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.

Programa de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR): equipe necessária a sistemática de trabalho, horário de funcionamento

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado em três níveis de atenção. A Atenção Primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), é voltada à promoção e prevenção em saúde. A Atenção Secundária é composta por hospitais gerais e ambulatórios especializados, com foco no tratamento precoce e na

redução de complicações. Já a Atenção Terciária envolve serviços de maior complexidade e reabilitação, realizados em unidades hospitalares especializadas.

Os serviços de urgência e emergência visam atender pacientes em situações clínicas, traumáticas ou psiquiátricas emergenciais, buscando resolver agravos imediatos à saúde. No entanto, essas redes enfrentam desafios relacionados à qualidade da assistência, sobretudo pela sobreposição de demandas clínicas e sociais e pela subjetividade da urgência atribuída pelos usuários.

Diante disso, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), ou HumanizaSUS, com o objetivo de promover o cuidado integral, ético e participativo. A PNH valoriza o acolhimento como estratégia técnica e humanitária para transformar as relações entre profissionais e usuários. Isso implica escuta qualificada, atendimento resolutivo e reorganização dos fluxos com base em critérios clínicos.

Uma das diretrizes fundamentais da PNH é a implantação do **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)**, que visa eliminar a triagem por profissionais não habilitados, priorizar o atendimento pela gravidade clínica e reduzir mortes evitáveis.

A classificação de risco traz diversos benefícios, como a redução da ansiedade de usuários e profissionais, melhoria das relações na equipe, padronização de dados clínicos, suporte ao planejamento da gestão e aumento da satisfação dos usuários. A abordagem é centrada no sujeito, não apenas na doença.

Conforme as diretrizes da PNH e a Resolução Cofen nº 423/2012, a avaliação e classificação de risco são atribuições privativas do enfermeiro, que deve basear-se em protocolo técnico e estar capacitado segundo os princípios da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme Resolução Cofen nº 358/2009.

Para garantir a eficácia do processo, será implantado um sistema informatizado de registro, que permita o monitoramento do tempo de espera por cor de risco e a adesão da equipe aos protocolos. Auditorias periódicas e feedback contínuo comporão a estratégia de avaliação.

O INASP promoverá capacitações periódicas e auditorias técnicas para garantir a adequação das classificações de risco e a fidelidade às diretrizes da PNH.

Horário de Funcionamento: o serviço funcionará 24 horas por dia, todos os dias da semana.

OBJETIVOS

Geral:

Implementar de forma sistemática o acolhimento com classificação de risco para pacientes pediátricos nas Unidades de Pronto Atendimento, definindo o fluxo de atendimento conforme o grau de gravidade clínica.

Específicos:

1. Avaliar a pacientes logo na chegada, promovendo atendimento humanizado.
2. Agilizar a assistência e oferecer orientações claras aos responsáveis.
3. Reduzir o tempo de espera para atendimento médico, priorizando os casos mais graves.
4. Informar os responsáveis sobre o tempo estimado para atendimento médico.

JUSTIFICATIVA

A crescente demanda por serviços de urgência e emergência tem provocado um fluxo desordenado de usuários nas Unidades de Pronto Atendimento Infantil. Essa situação exige a reorganização dos processos de trabalho, considerando os diferentes níveis de gravidade dos casos, a fim de garantir resolutividade e eficiência na assistência prestada.

FINALIDADE

Padronizar a atuação da equipe de enfermagem no acolhimento e classificação de risco pediátrico nas Unidades de Pronto Atendimento.

EQUIPE NECESSÁRIA

Composição mínima por turno:

- 1 Enfermeiro
- 1 Técnico em Enfermagem

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

1. Realizar o acolhimento com classificação de risco conforme protocolo.
2. Realizar consulta de enfermagem.
3. Avaliar sinais, sintomas, duração das queixas e presença de comorbidades.
4. Determinar o nível de risco e definir prioridades.
5. Organizar o fluxo de atendimento conforme gravidade.
6. Supervisionar tecnicamente a triagem e o acolhimento.
7. Informar os responsáveis sobre o risco, tempo de espera e procedimentos.
8. Convocar pacientes para consulta de enfermagem, quando necessário.
9. Aferir sinais vitais (frequência cardíaca, respiratória, temperatura axilar, saturação de oxigênio, e, quando indicado, pressão arterial e glicemia capilar).
10. Realizar medidas antropométricas em casos especiais ou mediante solicitação médica.
11. Acionar a equipe médica em casos de urgência/emergência.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

1. Auxiliar o enfermeiro no acolhimento.
2. Convocar pacientes para consulta de enfermagem.
3. Aferir sinais vitais conforme orientação (FC, FR, PA, Tº, SATO2).
4. Realizar medidas antropométricas quando indicado.
5. Comunicar prontamente a equipe médica em casos de urgência.
6. Na ausência do enfermeiro, realizar triagem básica com registro de sinais vitais, queixas, comorbidades e risco de alergias, encaminhando ao enfermeiro casos que exijam conduta imediata.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
Vermelho Sala de emergência / Sutura	**Prioridade zero** – emergência; necessita de atendimento imediato.
Amarelo Consultório médico	**Prioridade 1 –** urgência; atendimento até 60 minutos.

Verde Aguarda chamada na recepção	**Prioridade 2 -** urgência menor - atendimento em até 2 horas.
Azul Aguarda chamada na recepção	**Prioridade 3 –** não urgente - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar de 3 a no máximo 4 horas, de acordo com a demanda dos atendimentos de urgências e emergências

A classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento obedecerá às diretrizes estabelecidas pela Resolução COFEN nº 661/2021, a qual regulamenta, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a atuação do enfermeiro nesse procedimento.

De acordo com a referida resolução:

> RESOLUÇÃO COFEN Nº 661/2021
> Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.
>
> O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e
> CONSIDERANDO a prerrogativa estabelecida ao Cofen no art. 8º, inciso IV, da Lei nº 5.905/1973, de baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
> CONSIDERANDO o disposto no art. 22, inciso X, do Regimento Interno do Cofen, aprovado pela Resolução Cofen nº 421/2012, que autoriza o Conselho Federal de Enfermagem baixar Resoluções, Decisões e demais instrumentos legais no âmbito da Autarquia;
> CONSIDERANDO o artigo 11, inciso I, alínea “m” da Lei N° 7.498186, segundo o qual o Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, a execução de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base e capacidade de tomar decisões imediatas;
> CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen n° 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
CONSIDERANDO a decisão do Plenário do Cofen por ocasião de sua 526ª Reunião Ordinária, e tudo o mais que consta no Processo Administrativo Cofen nº 705/2011;
RESOLVE:
Art. 1º No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.
§ 1º Para executar a Classificação de Risco e Priorização da Assistência, o Enfermeiro deverá ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pela instituição, além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da classificação.
§ 2º Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação, deverá ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora.
Art. 2º O Enfermeiro durante a atividade de Classificação de Risco não deverá exercer outras atividades concomitantemente.
Art. 3º O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS.
Art. 4º Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem adotar as medidas necessárias para acompanhar a realização do procedimento de que trata esta norma, visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.
Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogada a Resolução Cofen nº 423/2012.
Brasília, 9 de março de 2021.

BETANIA Mª P. DOS SANTOS
COREN-PB Nº 42725
Presidente
ANTÔNIO MARCOS F. GOMES
COREN-PA Nº 56302
1º Secretário em Exercício

6.1 PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ETAPA 1: ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A primeira etapa do atendimento consiste no acolhimento e na classificação de risco do paciente, que deverá ser realizada no prazo máximo de **30 minutos** após a abertura da ficha de atendimento. O procedimento deve ser ágil e objetivo, com duração média de **2 a 5 minutos**.

A) Coleta Inicial de Informações

O processo tem início com a aplicação de seis perguntas padronizadas, com o objetivo de levantar dados essenciais para a triagem clínica:

1. Qual o motivo da consulta?
2. Possui alergia a alguma medicação?
3. Faz uso regular de assistência pediátrica?
4. Existem comorbidades associadas?
5. Faz uso de alguma medicação contínua?
6. Qual o peso atual do paciente?

B) Avaliação de Sinais Vitais

Após a coleta das informações iniciais, são aferidos quatro sinais vitais fundamentais para a definição do grau de risco:

- **Frequência Respiratória (FR)**
- **Frequência Cardíaca (FC)**
- **Saturação de Oxigênio (SpO_2)**
- **Temperatura Corporal (Temp)**

Com base nos valores aferidos, estabelece-se a **cor de risco** correspondente à condição clínica do paciente, conforme as faixas de parâmetros estabelecidas em protocolo específico (ver Tabelas de Parâmetros Vitais por faixa etária – Bauru, 2023).

Observação Importante:

Na presença de **discriminadores clínicos de emergência ou muita urgência**, como:

- Convulsões
- Redução do nível de consciência
- Apneia
- Cianose
- Ou outros sinais de instabilidade clínica

o paciente deverá ser encaminhado **imediatamente à sala de emergência**, para atendimento médico prioritário, **antes de qualquer etapa administrativa ou protocolar**. Nesses casos, a classificação de risco será realizada posteriormente, após a estabilização do quadro clínico.

Etapa 2 – Discriminadores Clínicos por Nível de Urgência

Durante o processo de triagem, caso o paciente apresente um **discriminador clínico** compatível com um **nível de urgência superior ao sugerido pelas tabelas baseadas nos parâmetros vitais (VIPE)**, prevalecerá a classificação mais elevada. A seguir, são apresentados os critérios clínicos para cada faixa de risco, organizados por prioridade de atendimento.

Classificação Vermelha – Prioridade Zero – Emergência

Atendimento Imediato

Pacientes com risco iminente de morte ou deterioração clínica rápida devem ser encaminhados diretamente à **Sala de Emergência (Sala Vermelha)**, com assistência médica imediata, sem aguardar qualquer procedimento administrativo. Situações incluídas:

- Abuso sexual com sangramento genital ou anal e sinais de laceração local
- Acidentes com animais peçonhentos
- Acidentes com veículos (acima de 35 km/h), quedas de grande altura ou explosões
- Exposição a material biológico ou químico
- Acidentes com óbito no local
- Anafilaxia associada à insuficiência respiratória
- Alteração aguda do nível de consciência (ECG <10), uso de drogas ou intoxicações
- Cefaleia intensa com rigidez de nuca, sinais meníngeos, abaulamento de fontanelas
- Trauma de coluna vertebral
- Crises convulsivas em curso ou imediatamente após (< 2h)
- Insuficiência respiratória grave: dispneia intensa, tiragem, cianose, SpO_2 < 90%
- Desidratação grave com sinais clínicos de comprometimento
- Dor torácica súbita com sinais de instabilidade ou duração > 30 minutos
- Fraturas expostas ou de ossos longos/pelve; fraturas de arcos costais

- Hemorragias abundantes ou de difícil controle
- Hemoptise, epistaxe com instabilidade hemodinâmica
- Infecções graves com febre e exantema petequial ou púrpura
- Obstrução de vias aéreas por corpo estranho
- Parada cardiorrespiratória
- Perfurações torácicas, abdominais ou cranianas
- Perda aguda da visão sem causa aparente
- Politraumatizados com ECG ≤ 13, sinais de choque ou rebaixamento da consciência
- Queimaduras extensas (>15% SCQ) ou com comprometimento de vias aéreas
- Sinais de torção testicular em qualquer idade
- Trauma facial com sangramento ativo e ECG ≤ 13
- Trauma cranioencefálico grave com instabilidade clínica
- Vítimas de eletrocussão ou afogamento
- Inalação de fumaça ou substâncias tóxicas/agrotóxicos
- **Todo recém-nascido com menos de 7 dias de vida**, dada a alta vulnerabilidade

Classificação Amarela ou Laranja – Prioridade 1 – Urgência

Atendimento entre 15 a 60 minutos

Pacientes em condições potencialmente graves, mas sem risco imediato de vida. Devem ser encaminhados à consulta de enfermagem ou médica prioritária. Exemplos:

- Violência doméstica/agressão física sem sangramento ativo
- Abuso sexual sem sangramento evidente
- Alterações agudas do comportamento sem histórico psiquiátrico
- Oligúria/anúria com sinais de desidratação ou edema
- Abcessos/febre com sinais de infecção
- Trauma com avulsão dentária ou lacerações
- Cefaleia súbita com sinais neurológicos
- Complicações do diabetes (hipo ou hiperglicemia moderada)
- Choro persistente em <3 anos, sem causa definida

- Síncope/desmaio recente
- Diarreia >5 episódios/dia, com ou sem sangue
- Diarreia + vômitos + sinais de desidratação moderada
- Dispneia moderada, com uso de musculatura acessória
- Dor abdominal aguda persistente, com febre ou prostração
- Dor torácica moderada com resposta parcial ao repouso
- Fraturas/luxações com dor intensa, sem instabilidade hemodinâmica
- História de sangramento digestivo sem sangramento ativo
- Ingestão de corpo estranho sem desconforto respiratório
- Pós-crise convulsiva com estabilidade clínica
- Lesões com sangramento ativo moderado e controlável
- Processo alérgico com prurido intenso, mas sem insuficiência respiratória
- Presença de corpo estranho nasal ou ótico sem sinais agudos
- Urticária extensa ou edema facial sem sinais respiratórios
- Sinais de púrpura ou petéquias em pacientes indisposta
- Traumatismos com sinais leves ou moderados (vide Anexo IV e V)
- Pacientes com suspeita de broncoaspiração leve
- Situações especiais: RN com 8 a 28 dias, deficientes, tutelados

Classificação Verde – Prioridade 2 – Urgência Menor

Atendimento em até 2 horas

Pacientes com quadros clínicos agudos de baixa gravidade, sem risco imediato, mas que exigem atendimento mais célere do que consultas eletivas. Exemplos:

- Cefaleia sem sinais de alarme, associada a náuseas e foto/fonofobia
- Dor abdominal leve a moderada, sem febre ou prostração
- Dor lombar com sintomas urinários leves
- Dor de ouvido ou garganta com febre baixa
- Diarreia sem sinais de desidratação
- Vômitos isolados sem repercussões clínicas
- Sintomas gripais com remissão da febre
- Lesões ortopédicas menores (torções, contusões recentes)

- Infecções de pele leves (abscessos com febre baixa)
- Queimaduras de 1º ou 2º grau <10% de SCQ não crítica
- Conjuntivite ou miíase sem acometimento grave
- Urticária localizada, sem sinais sistêmicos
- RN de 8 a 28 dias com queixas leves
- Pessoa com deficiência ou em situação de vulnerabilidade institucional
- História de asma fora de crise
- Insônia com recusa alimentar leve
- Presença de corpo estranho em ouvido, sem dor ou sangramento

Classificação Azul – Condições Não Urgentes

Atendimento ambulatorial ou encaminhamento à UBS

Casos sem agravamento agudo ou com queixas crônicas, em que o paciente poderá ser direcionado para serviços de atenção primária. Exemplos:

- Constipação intestinal sem sinais de obstrução
- Dor leve de qualquer natureza
- Infestações: escabiose, pediculose
- Inapetência ou fraqueza leve com sinais vitais normais
- Náuseas sem vômitos ou diarreia
- Queixas crônicas estáveis
- Requisições de exames, receitas, atestados
- Troca de sondas ou curativos
- Administração de medicamentos prescritos
- Vacinação antirrábica em esquema
- Tosse seca ou produtiva com duração inferior a 3 semanas
- Sintomas gripais leves, sem febre ou dispneia
- Avaliações de resultados de exames prévios

A classificação é sempre realizada pelo profissional enfermeiro com base em protocolo específico. Em qualquer momento do atendimento, o paciente poderá ser

reclassificado mediante reavaliação clínica, seja pela enfermagem ou pela equipe médica.

7. PROTOCOLOS CLÍNICOS

7.1. APRESENTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENDIMENTO CONFORME O PERFIL DAS UNIDADES

Os protocolos clínicos a serem implantados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Neópolis estão organizados nos anexos desta proposta, elaborados com base em evidências científicas atualizadas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), observando o perfil epidemiológico local e a especificidade do atendimento pediátrico e geral em situações de urgência e emergência.

O cuidado emergencial infantil, por suas peculiaridades fisiológicas e vulnerabilidades clínicas, exige respostas rápidas e condutas padronizadas. Assim, a utilização de protocolos clínicos validados constitui um instrumento fundamental para assegurar a segurança, a agilidade e a resolutividade no atendimento. Esses protocolos funcionam como ferramentas de apoio à decisão clínica, permitindo intervenções assertivas, redução de erros, melhor alocação de recursos e atendimento centrado no paciente.

A adoção de protocolos clínicos específicos, incluindo fluxogramas, escalas de gravidade e diretrizes terapêuticas, contribui também para a continuidade do cuidado em rede, articulando os níveis de atenção e facilitando o encaminhamento adequado dos casos. Isso se aplica tanto às situações agudas como ao manejo clínico de agravos crônicos descompensados, sempre com ênfase na integralidade do cuidado.

A aplicação dos protocolos será submetida a monitoramento contínuo, com base em indicadores quantitativos e qualitativos, que permitirão a avaliação da efetividade assistencial e subsidiarão processos de educação permanente. Entre os indicadores previstos, destacam-se:

- Percentual de adesão aos protocolos clínicos;

- Tempo médio de atendimento em casos classificados como urgência ou emergência;
- Taxa de resolutividade clínica;
- Número de reavaliações decorrentes de não conformidade com o protocolo;
- Incidência de eventos adversos evitáveis.

Esses dados comporão o Plano de Adesão Assistencial, monitorado pelos supervisores técnicos e pelo Núcleo de Qualidade, Auditoria e Desempenho (NQAD), com vistas à melhoria contínua dos processos de trabalho.

a) Informação ao usuário e familiares durante o processo de atenção

A UPA Neópolis instituirá o Protocolo de Comunicação Humanizada, fundamentado nos princípios da equidade, da transparência e da empatia, com os seguintes dispositivos:

- Designação de um responsável técnico por turno para prestar esclarecimentos clínicos e administrativos;
- Fornecimento de informações claras sobre tempo de espera, situação do atendimento, plano terapêutico e eventuais encaminhamentos, por meio de painéis digitais, pulseiras de risco identificadas por cor e equipe capacitada em comunicação empática;
- Atendimento qualificado aos acompanhantes de pacientes críticos, com espaço reservado para escuta e atualização diária;
- Distribuição de folhetos informativos bilíngues (português e braile), com informações sobre os direitos do paciente, funcionamento da unidade e orientações pós-alta.

A implementação desse protocolo será auditada mensalmente pelo NQAD, com base em simulações assistidas e entrevistas com usuários, garantindo sua efetividade e atualização contínua.

b) Pesquisa de opinião/satisfação do usuário

Será implementado o Sistema Permanente de Avaliação da Satisfação do Usuário (SPASU), com o objetivo de avaliar, de forma contínua, a experiência dos usuários e identificar oportunidades de melhoria institucional. Os principais eixos de atuação incluem:

- Coleta diária de feedbacks, por meio de totens digitais, QR Codes e entrevistas presenciais rápidas;
- Aplicação de metodologia baseada no Net Promoter Score (NPS) adaptado à realidade do SUS, cruzando indicadores objetivos (tempo de espera, resolutividade) e subjetivos (percepção do cuidado);
- Geração de relatórios mensais com análise estatística multivariada, alimentando planos de ação por setor;
- Publicação do Boletim Vozes do Usuário, de periodicidade bimestral, divulgado em mural físico e plataforma digital, com respostas institucionais às principais críticas e sugestões coletadas.

Os Anexos 8 a 12 concentram-se na apresentação detalhada dos **protocolos clínicos padronizados adotados na UPA Neópolis**, representando um eixo estruturante para a qualificação da assistência em saúde prestada na unidade. Elaborados com base em evidências científicas atualizadas e nas diretrizes do Ministério da Saúde, esses protocolos estabelecem condutas seguras, sistematizadas e replicáveis para o atendimento a situações de urgência e emergência, contemplando desde o acolhimento inicial até o desfecho clínico. Cada anexo aborda, de forma específica, fluxogramas assistenciais, critérios diagnósticos, manejo terapêutico, orientações para estabilização e indicações para encaminhamento, conforme as particularidades de cada quadro clínico. Ao uniformizar as práticas entre os profissionais, esses documentos contribuem para a redução de riscos, a melhoria dos desfechos em saúde e o fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Além disso, os protocolos funcionam como instrumentos de apoio à decisão clínica, promovendo a efetividade do cuidado e garantindo maior previsibilidade nas ações assistenciais da equipe multiprofissional.

8. OUTRAS INICIATIVAS

8.1. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE QUE O ENTE INTERESSADO JÁ TENHA EM DESENVOLVIMENTO OU PENSE INICIAR SUA IMPLANTAÇÃO

Outras iniciativas e programas de qualidade com plano de execução:

A gestão da UPA será orientada por diretrizes de melhoria contínua e compromisso com a excelência na assistência. Nesse sentido, estão previstas as seguintes metas qualitativas:

- Certificação da Qualidade: Implantação progressiva de um modelo de gestão alinhado aos critérios da Organização Nacional de Acreditação (ONA), com foco inicial no Nível I. As ações preparatórias serão inseridas desde os primeiros meses de operação, garantindo o amadurecimento institucional necessário para uma futura certificação.
- Gestão de Riscos e Processos Críticos: Todos os fluxos assistenciais e administrativos considerados estratégicos serão devidamente mapeados e analisados, com elaboração de planos de contingência e protocolos operacionais padronizados. A proposta prioriza a prevenção de eventos adversos e a resposta rápida a intercorrências.
- Satisfação do Usuário: Será implantado um sistema contínuo de escuta qualificada do usuário e seus familiares, com mecanismos de acolhimento de sugestões, tratamento de reclamações e identificação de boas práticas. A gestão utilizará essas informações como subsídio para aperfeiçoamento dos processos.
- Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas: Todos os colaboradores participarão de programas permanentes de qualificação, com ênfase em segurança do paciente, ética, humanização, comunicação efetiva, protocolos clínicos e diretrizes institucionais. A capacitação será parte integrante da rotina institucional e um dos pilares da cultura organizacional.

O plano será executado em regime matricial, com envolvimento direto das chefias técnicas e do NQAD, com ciclos PDCA trimestrais (planejar, executar, avaliar, aprimorar), garantindo melhoria contínua e sustentada.

Como forma de assegurar a padronização técnica, a segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade assistencial, esta proposta contempla um conjunto de documentos complementares organizados em anexos. Os protocolos clínicos

específicos para o manejo de agravos prevalentes em pacientess e adolescentes — como crise asmática, diarreia aguda, pneumonia adquirida na comunidade e síndrome gripal (anexo 1), sendo fundamentais para a resolutividade e padronização do cuidado. No campo da gestão e regulação clínica, os regimentos internos das comissões de Farmácia e Terapêutica, de Verificação de Óbitos, do Serviço de Enfermagem e do e Medicina do Trabalho estão detalhados nos Anexos 2 e 13, assegurando estrutura organizacional conforme as normativas do SUS e da legislação sanitária vigente. As ações voltadas à humanização, acolhimento e escuta ativa da população usuária estão delineadas no Anexo 11, enquanto a proposta de implantação de registro eletrônico das atividades assistenciais e os instrumentos de identificação segura dos pacientes estão descritos, respectivamente, nos Anexos 1 e 9. Esses documentos complementares constituem parte integrante desta proposta e reforçam o compromisso com a qualidade, segurança e governança da UPA Neópolis, Sergipe.

9. PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

9.1. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO

A humanização do cuidado em saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma diretriz estruturante que ultrapassa a dimensão ética do acolhimento e se consolida como política pública transversal, sustentada por princípios como a integralidade, o respeito às singularidades dos sujeitos e a corresponsabilização dos diversos atores envolvidos no processo de atenção. Instituída oficialmente pela Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização articula práticas técnico-assistenciais e organizacionais voltadas à valorização da escuta qualificada, do vínculo entre profissionais e usuários e da participação ativa na construção do cuidado.

Nas unidades de pronto atendimento, como a UPA Neópolis, o desafio da humanização ganha contornos ainda mais complexos, dada a natureza da

assistência prestada: marcada pela urgência, pela rotatividade intensa e, muitas vezes, pelo sofrimento agudo. Nesse cenário, torna-se fundamental implantar estratégias que promovam a qualidade do cuidado, associando protocolos clínicos baseados em evidências com intervenções que respeitem a subjetividade dos usuários, a dignidade dos profissionais e as especificidades do território.

A humanização e a qualidade não devem ser tratadas como dimensões separadas, mas como elementos indissociáveis da mesma lógica de cuidado: a lógica do SUS como sistema público, universal e comprometido com a vida em todas as suas formas. Nessa perspectiva, ações como a escuta ativa por meio da ouvidoria, a qualificação das ambiências, o cuidado com os trabalhadores da saúde e a valorização de práticas sensíveis — como o prontuário afetivo ou os espaços lúdicos — são mais do que adereços institucionais: são ferramentas de gestão e instrumentos de justiça sanitária.

Este plano, portanto, estrutura-se como uma resposta técnico-política à necessidade de fortalecer a humanização na UPA, articulando eixos temáticos coerentes com as normativas do Ministério da Saúde, com as recomendações da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, com os parâmetros da Qualidade e Segurança do Paciente (Portarias MS nº 529/2013 e nº 1.083/2012), e com os compromissos locais assumidos pelo município de Neópolis. Ao investir na escuta, no acolhimento e na valorização das relações humanas no cuidado, reafirma-se o princípio de que humanizar é qualificar, e qualificar é cuidar com compromisso, técnica e afeto.

2. DEFINIÇÃO DE ALCANCE

2.1. FINALIDADE DA PROPOSTA

Esta proposta visa à implantação de um **Programa Integrado de Humanização e Qualidade** na Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, com foco na qualificação dos processos assistenciais e organizacionais por meio da valorização do cuidado centrado na pessoa, da escuta ativa dos usuários e da promoção do bem-estar biopsicossocial dos profissionais e pacientes.

A iniciativa está fundamentada nos princípios da **Política Nacional de Humanização (PNH),** da **Carta dos Direitos dos Usuários do SUS**, e nas diretrizes da **gestão participativa e da qualidade em saúde**, reconhecendo o papel das UPAs como unidades de porta aberta e alta demanda, nas quais os vínculos humanizados tornam-se estratégicos para a efetividade do cuidado e a segurança do paciente.

2.2. Objetivo Geral

Implementar um programa estruturado de humanização e qualificação dos serviços da UPA, contemplando ações voltadas a:

- Promoção de ambientes acolhedores e inclusivos, especialmente para o público pediátrico;
- Valorização dos profissionais por meio de práticas de cuidado com o cuidador;
- Fortalecimento dos canais institucionais de escuta e resposta às manifestações dos usuários;
- Integração de tecnologias sensíveis ao cuidado, como o Prontuário Afetivo;
- Estímulo à participação da comunidade por meio de ações lúdicas e projetos com enfoque social.

2.3. ABRANGÊNCIA E PÚBLICO-ALVO

O programa terá abrangência institucional e será implementado em todos os setores da UPA 24H, com atenção especial às áreas de observação, acolhimento e atendimento pediátrico. Os principais públicos-alvo são:

- **Usuários em situação de urgência e emergência,** com ênfase nas pacientess e seus acompanhantes;
- **Profissionais da saúde e equipe multiprofissional**, incluindo administrativos e técnicos;
- **Gestores locais e apoiadores institucionais;**
- **Organizações da sociedade civil, voluntários e parceiros institucionais**, envolvidos na rede de apoio à saúde estadual.

3. Metodologia de Implantação

A implementação do Programa Integrado de Humanização e Qualidade será conduzida de forma gradual, intersetorial e orientada por eixos estratégicos. A metodologia proposta parte do reconhecimento da complexidade dos serviços de pronto atendimento e da necessidade de intervenções coordenadas que contemplem tanto a dimensão estrutural quanto subjetiva do cuidado em saúde. Dessa forma, o plano se organiza por eixos temáticos integradores, que articulam ações de formação, infraestrutura, tecnologias sensíveis e participação social. Cada eixo apresenta metas específicas, responsabilidades definidas, recursos estimados e mecanismos de acompanhamento, garantindo a governança do processo e sua sustentabilidade ao longo do tempo.

3.1. Estruturação por Eixos

Eixo	Ações Estratégicas	Responsáveis	Recursos Estimados
1. Cuidado com os Cuidadores	Treinamento em comunicação humanizada e escuta qualificada;Criação de sala de descompressão para servidores em plantão.	Recursos Humanos, Psicologia, Coordenação Geral	R$ 80.000
2. Ambiência Acolhedora	Ambientação humanizada de áreas de espera;Espaço lúdico para pacientess em observação ou regulação.	Administração, Pedagogia Hospitalar	R$ 100.000
3. Sistema de Ouvidoria	Implantação de canal digital e físico de escuta;Elaboração de	Núcleo da Qualidade, Setor de TI	R$ 50.000

	relatórios de análise trimestral de feedbacks.		
4. Prontuário Afetivo	Inserção de campo sensível no PEP (preferências, medos, sensibilidades do paciente); Capacitação para equipe de acolhimento.	Enfermagem, TI, Psicologia	R$ 30.000
5. Projetos de Humanização Infantil	“Super Herói da Alegria”;Sala Sensorial adaptada;Parcerias com instituições filantrópicas e educacionais.	Terapia Ocupacional, Voluntariado	R$ 150.000

3.2. Cronograma

Fase	**Duração Estimada**	**Atividades Previstas**
Fase 1 – Mobilização e Planejamento	2 meses	Formação do comitê gestor;Contratação de equipe técnica e aquisição de insumos.
Fase 2 – Implantação Inicial	2 meses	Testagem das ações em setor piloto (observação pediátrica);Operacionalização da ouvidoria.
Fase 3 – Expansão Progressiva	3 meses	Estímulo à adesão institucional;Aplicação em todos os turnos e setores.

Fase 4 – Monitoramento e Ajustes	Contínuo	Pesquisas semestrais de satisfação;Avaliação de indicadores e melhoria contínua.

4. Orçamento Detalhado

Item	**Valor Estimado (R$)**
Capacitação e acolhimento de profissionais	R$ 80.000
Adequação de espaços físicos e ambientação	R$ 100.000
Implantação do sistema de Ouvidoria	R$ 50.000
Adaptação do Prontuário Eletrônico (Prontuário Afetivo)	R$ 30.000
Ações lúdicas e sensoriais para pacientess	R$ 150.000
Total Geral	**R$ 410.000**

5. Indicadores de Sucesso

- Redução de pelo menos **20% nos relatos de exaustão profissional**, aferidos por pesquisa interna semestral;
- Elevação de **30% no índice de satisfação dos usuários** e acompanhantes, mensurado por formulário próprio da ouvidoria;
- **100% das manifestações recebidas pela ouvidoria respondidas em até 7 dias úteis**;
- Participação de **ao menos 90% das pacientess** atendidas em observação nos projetos lúdicos ou acolhimento especializado.

6. Gestão de Riscos

Risco Identificado	**Medidas de Mitigação**
Resistência da equipe às novas abordagens	Realização de oficinas práticas, escuta qualificada e valorização institucional.
Baixa adesão de pacientes e acompanhantes	Comunicação visual educativa e abordagem sensível no acolhimento.

Limitações financeiras para execução total	Estabelecimento de convênios com ONGs locais e captação via emendas parlamentares.
Dificuldade técnica de adaptação do sistema de PEP	Apoio especializado do fornecedor de TI e validação junto à SBIS.

7. Conclusão

A implantação de iniciativas estruturadas de humanização na Unidade de Pronto Atendimento Neópolis é um passo essencial para alinhar o cuidado em saúde às diretrizes do SUS e aos princípios da dignidade, escuta e respeito aos sujeitos. A proposta aqui apresentada visa integrar tecnologias assistenciais com práticas sensíveis e inovadoras, favorecendo não apenas os usuários, mas também os profissionais que garantem o funcionamento diário da unidade.

O êxito da proposta dependerá do engajamento multiprofissional, do comprometimento da gestão e do envolvimento da comunidade local. Assim, consolida-se um ambiente acolhedor, seguro e eficaz, mesmo em contextos de alta demanda, como é característico do pronto atendimento.

Próximos Passos:

1. Aprovação formal do plano pela Secretaria de Estado da Saúde;
2. Formação e capacitação do comitê gestor interno;
3. Lançamento oficial do programa, com divulgação interna e externa.

Anexos:

- Modelo de questionário de satisfação do usuário;
- Layout sugerido para ambientação humanizada;
- Fluxograma de tramitação das manifestações via Ouvidoria.

9.2. CONSULTÓRIOS MÉDICOS

Os consultórios médicos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis configuram-se como espaços assistenciais estratégicos no processo de atenção em saúde, organizados para acolher e atender usuários em situação de urgência e emergência, respeitando os princípios da humanização, da integralidade do cuidado e da equidade, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada consultório é planejado para garantir condições ambientais adequadas ao atendimento clínico individualizado, assegurando privacidade, segurança, acessibilidade universal e conforto ergonômico tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

A finalidade desses espaços vai além da simples realização de consultas médicas. Os consultórios são concebidos como núcleos de escuta qualificada e tomada de decisão clínica, nos quais se realizam atividades fundamentais como a anamnese, o exame físico completo, a avaliação de risco e a estratificação da gravidade do quadro clínico, com vistas à definição das condutas terapêuticas imediatas ou encaminhamentos adequados na rede de atenção à saúde. Essa lógica organizacional responde ao modelo de atenção preconizado pela Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria GM/MS nº 1.600/2011), segundo a qual a UPA integra a Rede de Atenção às Urgências (RAU) como ponto de atenção intermediário entre a Atenção Primária e os serviços hospitalares.

A ambiência dos consultórios é pensada com foco na qualidade do cuidado, favorecendo o vínculo entre profissional e usuário e possibilitando uma escuta ética, técnica e acolhedora. Cada sala deve dispor de equipamentos clínicos básicos e mobiliário padronizado (mesa, maca, escada, cadeiras ergonômicas, pia com água corrente, dispensadores de sabão e papel toalha, lixeira com tampa e pedal, armário de insumos, dentre outros), garantindo conformidade com as normas da Anvisa e com os padrões de biossegurança. Além disso, os espaços devem estar adaptados às normas de acessibilidade arquitetônica (conforme a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146/2015), possibilitando a livre circulação de pessoas com mobilidade reduzida, incluindo cadeirantes e acompanhantes.

No plano assistencial, os consultórios funcionam como ponto de escuta clínica qualificada e tomada de decisão médica imediata. Neles se aplicam protocolos clínico-

assistenciais baseados em evidências, respaldados por diretrizes do Ministério da Saúde e validados por comissões internas de protocolos da unidade. A estrutura física, por sua vez, deve permitir um fluxo contínuo e racional do atendimento, garantindo resolutividade e tempo adequado de permanência, sem comprometimento da qualidade.

Importante destacar que os consultórios também cumprem um papel essencial na articulação com outros setores da UPA, como a classificação de risco, a sala de medicação, os leitos de observação e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), permitindo o acompanhamento longitudinal dos pacientes dentro da própria unidade. Essa integração contribui para a redução de encaminhamentos desnecessários à rede hospitalar e promove o uso mais racional dos recursos de média e alta complexidade, conforme orienta a Portaria GM/MS nº 2048/2002, que estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Desse modo, a estruturação dos consultórios médicos da UPA Neópolis insere-se em uma lógica organizacional que privilegia a eficiência dos fluxos assistenciais, a segurança clínica, a humanização do atendimento e a valorização do cuidado centrado na pessoa, sendo parte essencial da engrenagem que sustenta a integralidade da atenção em saúde no município de Neópolis e na região onde está inserido.

Composição física e requisitos de conforto

Os consultórios médicos da UPA Neópolis foram projetados com foco na funcionalidade assistencial, no bem-estar dos usuários e na adequação às normas técnicas vigentes, garantindo um ambiente seguro, acessível e acolhedor para o desenvolvimento das atividades clínicas. Cada consultório será estruturado como espaço individualizado, com isolamento físico completo por meio de porta com vedação, o que assegura a privacidade e a confidencialidade das informações durante o atendimento, em conformidade com os princípios da ética médica e com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS.

O revestimento do piso será de material lavável, impermeável e antiderrapante, facilitando a higienização e reduzindo os riscos de acidentes, em conformidade com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), especialmente no que se refere ao controle de infecções e à biossegurança. A adoção de materiais de fácil limpeza também atende aos critérios estabelecidos na RDC Anvisa nº 50/2002, que dispõe sobre o planejamento físico-funcional de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Quanto às condições de climatização e conforto térmico, cada consultório contará com ventilação natural, garantida por meio de aberturas externas, complementada por sistema de climatização artificial do tipo split, que assegura a manutenção da temperatura adequada e contribui para o conforto dos pacientes e da equipe de saúde. Essa medida é essencial para assegurar boas condições de trabalho e acolhimento, sobretudo em regiões de clima quente, como é o caso do município de Neópolis.

A iluminação dos ambientes será planejada para oferecer conforto visual e precisão técnica. Serão utilizados sistemas de luz indireta, que reduzem o ofuscamento e promovem uma ambiência mais acolhedora, associados a pontos focais em LED com intensidade suficiente para a realização de exames físicos, procedimentos e anotações clínicas. A escolha por lâmpadas de LED segue critérios de sustentabilidade energética, durabilidade e eficiência luminosa.

Do ponto de vista da acessibilidade, todos os consultórios serão adaptados às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), especialmente a NBR 9050/2020, que estabelece critérios e parâmetros técnicos para o desenho universal. Isso inclui dimensões adequadas para a circulação de cadeiras de rodas, altura compatível de mobiliários, instalação de barras de apoio quando necessário e desobstrução de passagens. O respeito à acessibilidade física é condição indispensável para garantir o direito à saúde com equidade, tal como preconizado na Constituição Federal de 1988 e nas diretrizes do SUS.

A composição física dos consultórios, portanto, articula segurança, conforto, ergonomia e acessibilidade, elementos essenciais para a qualificação do cuidado em

saúde e para o fortalecimento de uma cultura institucional centrada no respeito ao usuário, à equipe multiprofissional e aos princípios da dignidade e da cidadania.

Mobiliário ergonômico e funcional

A funcionalidade e a ergonomia dos consultórios médicos da UPA Neópolis são aspectos essenciais para garantir a segurança, o conforto e a eficiência dos atendimentos prestados, tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde. A escolha e a disposição do mobiliário seguem critérios técnicos estabelecidos por normativas do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e as boas práticas de biossegurança. O objetivo é assegurar ambientes adequados ao trabalho clínico, que favoreçam a fluidez das ações assistenciais, respeitem as rotinas operacionais da unidade e minimizem os riscos ergonômicos e sanitários.

Cada consultório médico contará com uma mesa de atendimento de superfície impermeável, que permite fácil desinfecção e evita a proliferação de micro-organismos. Para o profissional de saúde, será disponibilizada uma cadeira giratória com encosto anatômico, oferecendo suporte postural adequado e conforto durante longos períodos de trabalho. Para os usuários, duas cadeiras fixas com estrutura resistente estarão dispostas à frente da mesa, destinadas a pacientes ou acompanhantes, assegurando acolhimento digno e ordenado.

A estrutura clínica será complementada por uma maca de atendimento com base metálica reforçada e colchão lavável, permitindo a realização de exames físicos com segurança e conforto. Uma escadinha auxiliar, em material antiderrapante e de fácil higienização, será posicionada junto à maca para facilitar o acesso de usuários com mobilidade reduzida. Haverá ainda um armário com compartimentos destinados ao armazenamento de insumos clínicos e equipamentos portáteis, facilitando a organização do ambiente e a prontidão para o atendimento.

No tocante às exigências sanitárias, cada consultório contará com um suporte de parede para papel-toalha e dispensador de álcool gel 70%, localizados próximos à

pia, de modo a estimular a higienização das mãos entre os atendimentos, conforme as recomendações da Anvisa e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Também será instalada uma lixeira com tampa acionada por pedal, com separação adequada para resíduos comuns e resíduos infectantes, garantindo o descarte correto e seguro dos materiais utilizados durante as consultas.

A configuração do mobiliário nos consultórios médicos da UPA Neópolis representa um componente essencial da ambiência assistencial, articulando funcionalidade técnica, conforto ergonômico e conformidade com as normas sanitárias. Ao adotar essa estrutura, a unidade reafirma o compromisso com a qualidade da atenção prestada, o respeito à dignidade dos usuários e a valorização das condições de trabalho das equipes de saúde, pilares centrais de um sistema público humanizado, resolutivo e eficiente.

A composição do mobiliário de cada consultório médico prevê, de forma padronizada, uma mesa de atendimento com tampo impermeável, uma cadeira giratória com encosto para o profissional, duas cadeiras fixas destinadas a acompanhantes, uma maca clínica com estrutura metálica e colchão lavável, e uma escadinha auxiliar que facilita o acesso à maca. Complementam esse conjunto um armário para insumos e equipamentos portáteis, um suporte de parede com papel-toalha e álcool gel 70%, além de uma lixeira com tampa acionada por pedal, com separação adequada para resíduos comuns e infectantes. Esses itens compõem o arranjo físico mínimo necessário para garantir conforto, biossegurança e funcionalidade no atendimento assistencial.1 mesa de atendimento com tampo impermeável.

Equipamentos de apoio ao diagnóstico

A qualificação do atendimento clínico nos consultórios médicos da UPA Neópolis exige a presença de equipamentos diagnósticos portáteis, de uso imediato e preciso, capazes de subsidiar decisões clínicas com agilidade, principalmente em situações de urgência. Alinhado aos princípios da resolutividade e da integralidade da atenção, cada consultório será equipado com um conjunto de dispositivos que

viabilizam triagens completas, exames físicos dirigidos e monitoramento de parâmetros vitais, otimizando a conduta médica e promovendo maior segurança ao usuário.

Entre os equipamentos previstos, destaca-se o monitor digital multiparâmetro, com capacidade de aferição automatizada da pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio (SpO_2) e temperatura corporal, sendo essencial para a identificação precoce de quadros de instabilidade clínica. Associado a esse, será disponibilizado um termômetro infravermelho digital, com tecnologia de medição sem contato, adequado para avaliação rápida da temperatura por via frontal ou auricular, especialmente útil em atendimentos pediátricos e em pacientes com risco infeccioso.

Para os exames dermatológicos e otorrinolaringológicos, cada consultório contará com um dermatoscópio de luz branca e polarizada, que permite avaliação acurada de lesões cutâneas, além de um otoscópio portátil com sistema de iluminação LED e lentes intercambiáveis, utilizado para a inspeção do conduto auditivo e da membrana timpânica. Complementando a avaliação clínica, serão disponibilizados um oxímetro de pulso portátil, com sensor adaptável a pacientes adultos e pacientess, e um glicosímetro digital com tiras reativas, para aferição imediata da glicemia capilar, fundamental na triagem de pacientes com suspeita de hipoglicemia ou diabetes descompensado.

Equipamentos auxiliares como lanterna clínica de LED, estetoscópio duplo (adulto/pediátrico) e fita métrica também integrarão o kit básico de cada consultório. A medição do peso e da estatura será realizada por meio de balança antropométrica digital, instalada em área de uso comum e acessível à equipe multiprofissional. A presença desses instrumentos diagnósticos reforça o compromisso da unidade com a segurança clínica, a rapidez no atendimento e a excelência na avaliação médica inicial.

Higienização e biossegurança

A conformidade com os padrões de biossegurança e controle sanitário constitui exigência inegociável no funcionamento dos consultórios da UPA Neópolis, tanto do

ponto de vista técnico quanto legal. As rotinas de higienização seguirão os parâmetros definidos pelas Resoluções RDC n.º 50/2002 e RDC n.º 36/2013, ambas da Anvisa, que estabelecem diretrizes para a infraestrutura e a segurança do paciente em estabelecimentos de assistência à saúde.

Será garantida a realização de limpeza terminal diária, bem como a desinfecção de superfícies e equipamentos entre cada atendimento, com utilização de produtos regularizados e protocolos supervisionados por equipe treinada. O espaço contará com pontos estratégicos de higienização das mãos, com pia clínica, dispensador de sabonete líquido, papel-toalha e álcool gel a 70%, instalados em locais visíveis e de fácil acesso, em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Adicionalmente, todos os equipamentos eletromédicos utilizados nos consultórios estarão sujeitos a cronogramas regulares de manutenção preventiva, aferição e calibração, conforme preconiza a legislação vigente e os manuais dos fabricantes. Essa medida garante a precisão diagnóstica dos aparelhos e reduz o risco de falhas operacionais que possam comprometer a qualidade da assistência. Os resíduos gerados durante os atendimentos serão descartados em lixeiras específicas com tampa e pedal, com separação entre resíduos comuns e infectantes, em conformidade com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da unidade.

Dessa forma, a UPA Neópolis consolida seu compromisso com a segurança do paciente, a qualidade do cuidado e a adesão rigorosa às normas sanitárias, elementos essenciais para um ambiente clínico eficaz, ético e humanizado.

9.3. EXPRESSAR ESTRUTURA DE CHEFIA E NÚMERO DE PESSOAS DE CADA CLÍNICA

A UPA de Neópolis está estruturada para funcionar com um modelo organizacional que assegura a articulação entre os diferentes núcleos assistenciais, administrativos e de apoio, com base nos princípios da integralidade, resolutividade e regionalização da atenção à saúde. A coordenação das atividades clínicas é

descentralizada por área de atuação, sob a supervisão de chefias técnicas específicas e uma coordenação geral da unidade, assegurando a supervisão contínua dos fluxos, condutas e qualidade dos serviços prestados.

O dimensionamento de pessoal foi planejado conforme as diretrizes da Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, que define a estrutura organizacional mínima das UPAs, bem como as orientações da Resolução CNE/CNS nº 287/1998 sobre profissões da saúde e suas atribuições. A composição de cada equipe clínica e suas respectivas lideranças está detalhada no quadro abaixo.

Quadro 1 – Composição funcional e estrutura de chefia das clínicas assistenciais da UPA Neópolis

Clínica/Setor	**Chefia Responsável**	**Equipe Técnica (Nº Profissionais)**	**Regime de Trabalho**
Clínica Médica Geral / Consultórios	Coordenador Clínico Geral	6 médicos plantonistas	Plantões de 12h, escala rotativa
Clínica Pediátrica	Coordenador Pediátrico	4 médicos pediatras	Plantões de 12h, escala rotativa
Enfermagem Assistencial (S. Medicação, PO)	Enfermeiro Responsável por Turno	10 técnicos de enfermagem + 3 enfermeiros	24h/dia, escala por turno
Sala de Observação	Enfermeiro Supervisor de Observação	4 técnicos de enfermagem	Turno integral
Apoio Diagnóstico (SADT)	Coordenador Técnico de Diagnóstico	2 técnicos especializados (ECG, RX, laboratório)	Turno integral
Coordenação Geral da UPA	Gerente Técnico-Assistencial	Supervisão das chefias clínicas	Carga administrativa técnica

Atribuições por chefia e setor assistencial

1. Clínica Médica Geral / Consultórios

- *Coordenador Clínico:* supervisiona a atuação médica, organiza escalas, assegura a aplicação dos protocolos assistenciais e responde clinicamente pela unidade junto à regulação.
- *Médicos Plantonistas:* realizam triagem, atendimento clínico, prescrição de condutas imediatas, emissão de relatórios médicos e encaminhamentos necessários na rede.

2. Clínica Pediátrica

- *Coordenador Pediátrico:* responsável técnico pela linha de cuidado infantil, incluindo a aplicação de protocolos específicos de urgência pediátrica.
- *Pediatras:* realizam atendimentos clínicos, acolhimento de pacientess e responsáveis, solicitação de exames e definição de condutas terapêuticas.

3. Enfermagem Assistencial (Sala de Medicação e Procedimentos)

- *Enfermeiro Responsável:* coordena a assistência de enfermagem em procedimentos, prepara e supervisiona a administração de medicamentos e supervisiona os técnicos.
- *Técnicos de Enfermagem:* executam procedimentos conforme prescrição médica e de enfermagem, monitoram sinais vitais e auxiliam no acolhimento dos pacientes.

4. Sala de Observação (Adulto e Pediátrica)

- *Enfermeiro Supervisor:* responsável pela gestão dos leitos de observação, controle de permanência e vigilância de pacientes críticos.
- *Técnicos:* realizam cuidados contínuos, monitoramento clínico e suporte imediato às intercorrências.

5. Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

- *Coordenador Técnico:* gerencia a logística de exames complementares (laboratoriais, ECG, RX), mantém interface com médicos e assegura a manutenção dos equipamentos.
- *Técnicos:* operam os aparelhos, realizam coletas, conduzem exames e organizam os registros técnicos.

6. Coordenação Geral da UPA

- *Gerente Técnico-Assistencial:* coordena a unidade como um todo, integra os fluxos entre os setores, responde à contratualização junto ao município, articula com a regulação estadual e monitora indicadores de desempenho.

Essa estrutura de chefia clínica setorializada permite maior eficiência na organização do cuidado, reduz o tempo de resposta clínica e promove a corresponsabilização das equipes pelos resultados assistenciais. Além disso, assegura a continuidade do cuidado, fortalece a resolutividade da unidade e possibilita uma governança horizontalizada, em consonância com os princípios do SUS e com as melhores práticas em gestão pública de saúde.

9.4. HORÁRIOS DE ATIVIDADE DE URGÊNCIAS

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis prestará assistência em urgência e emergência de forma ininterrupta, 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana. Esse regime de funcionamento integral está em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que estabelece as UPAs como pontos de atenção intermediários entre a Atenção Primária e os serviços hospitalares de média e alta complexidade.

O atendimento será estruturado por turnos de 12 horas, organizados em regime de plantão diurno e noturno, com equipes completas disponíveis em cada período, garantindo a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a agilidade na resposta clínica às situações agudas. Os fluxos assistenciais seguirão a lógica da classificação de risco por acolhimento, de acordo com o Protocolo de Manchester, ou metodologia correlata definida em protocolo institucional aprovado, priorizando os casos de maior gravidade clínica.

A disponibilidade contínua das clínicas médica e pediátrica, da sala de medicação e procedimentos, dos leitos de observação e dos serviços de apoio diagnóstico (como exames laboratoriais e eletrocardiogramas) possibilita à unidade absorver grande parte das demandas espontâneas da população e promover a

estabilização de quadros graves até a eventual remoção regulada para unidades hospitalares.

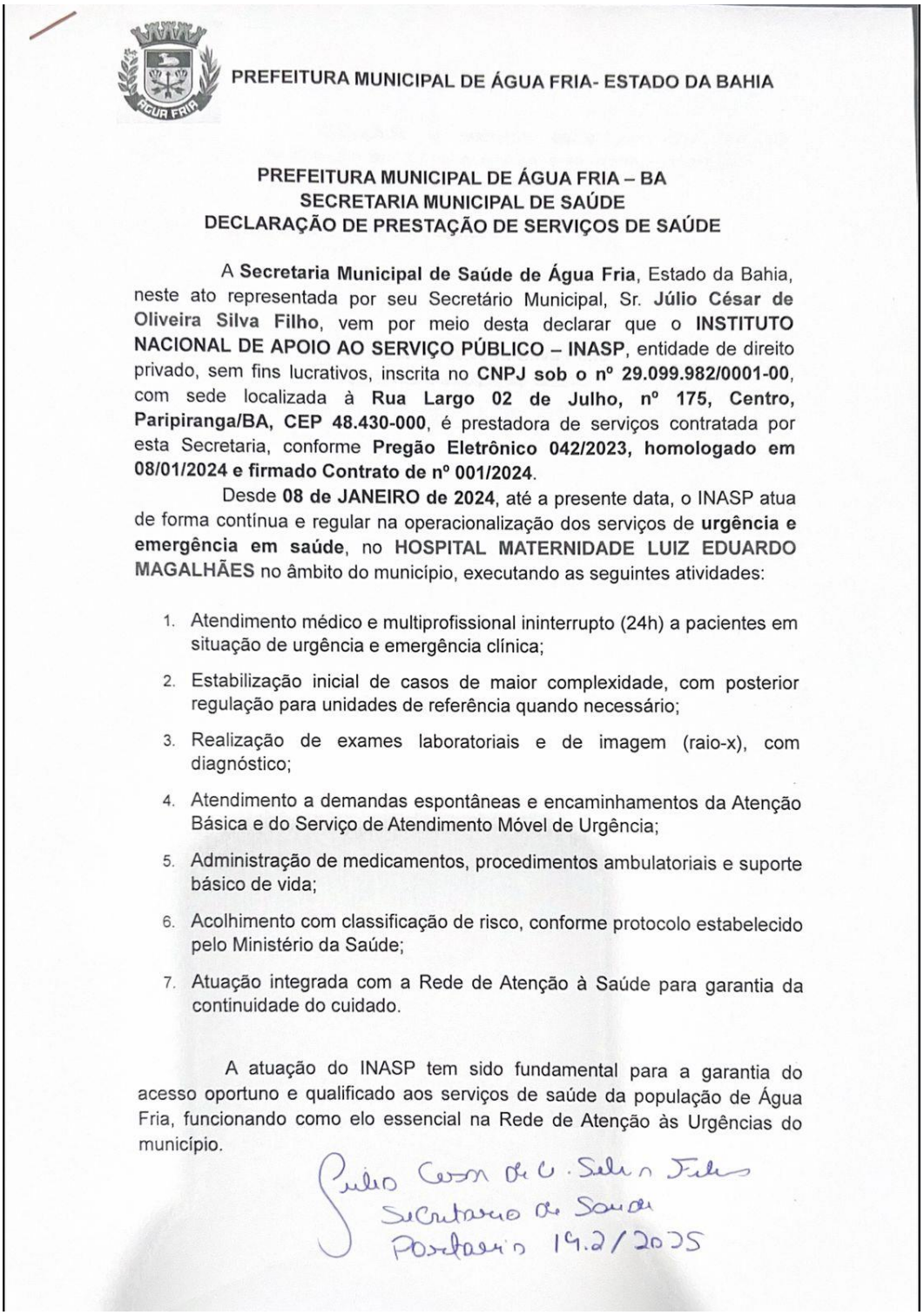
Além disso, o regime 24h permite à UPA Neópolis cumprir uma função essencial na regulação do acesso ao sistema de saúde, contribuindo para a redução da superlotação hospitalar e o fortalecimento da atenção resolutiva em nível pré-hospitalar fixo. Os horários de funcionamento das áreas administrativas e de apoio, por sua vez, serão organizados de segunda a sexta-feira, em período comercial, com sobreaviso técnico nos finais de semana e feriados, assegurando o suporte à operação contínua da assistência.

QUALIDADE TÉCNICA

9.5 Atestado de Capacidade Técnica

DOCUMENTO		CIDADE	TEMPO
A	Atestado de Capacidade Técnica	Água Fria- BA	1 ano e 6 meses
B	Atestado de Capacidade Técnica	Carira-SE	1 ano e 3 meses
C	Atestado de Capacidade Técnica	Capela-SE	1 ano
D	Atestado de Capacidade Técnica	Itaporanga D' Ajuda-SE	1 ano e 6 meses
E	Atestado de Capacidade Técnica	Paripiranga-BA	1 ano e 3 meses
F	Atestado de Capacidade Técnica	Riachão do Dantas	1 ano e 2 meses

9.5.1 ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE ÁGUA FRIA-BA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA FRIA- ESTADO DA BAHIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA FRIA – BA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A **Secretaria Municipal de Saúde de Água Fria**, Estado da Bahia, neste ato representada por seu Secretário Municipal, Sr. **Júlio César de Oliveira Silva Filho**, vem por meio desta declarar que o **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP**, entidade de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no **CNPJ sob o nº 29.099.982/0001-00**, com sede localizada à **Rua Largo 02 de Julho, nº 175, Centro, Paripiranga/BA, CEP 48.430-000**, é prestadora de serviços contratada por esta Secretaria, conforme **Pregão Eletrônico 042/2023, homologado em 08/01/2024 e firmado Contrato de nº 001/2024**.

Desde **08 de JANEIRO de 2024**, até a presente data, o INASP atua de forma contínua e regular na operacionalização dos serviços de **urgência e emergência em saúde**, no **HOSPITAL MATERNIDADE LUIZ EDUARDO MAGALHÃES** no âmbito do município, executando as seguintes atividades:

1. Atendimento médico e multiprofissional ininterrupto (24h) a pacientes em situação de urgência e emergência clínica;
2. Estabilização inicial de casos de maior complexidade, com posterior regulação para unidades de referência quando necessário;
3. Realização de exames laboratoriais e de imagem (raio-x), com diagnóstico;
4. Atendimento a demandas espontâneas e encaminhamentos da Atenção Básica e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
5. Administração de medicamentos, procedimentos ambulatoriais e suporte básico de vida;
6. Acolhimento com classificação de risco, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde;
7. Atuação integrada com a Rede de Atenção à Saúde para garantia da continuidade do cuidado.

A atuação do INASP tem sido fundamental para a garantia do acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde da população de Água Fria, funcionando como elo essencial na Rede de Atenção às Urgências do município.

Julio Cesar de O. Silva Filho
Secretario de Saude
Portaria 19.2/2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA FRIA- ESTADO DA BAHIA

Expede-se a presente declaração para fins de comprovação institucional e demais usos legais que se fizerem necessários.

Água Fria/BA, 08 de abril de 2025.

Júlio César de Oliveira Silva Filho
Secretário Municipal de Saúde

142/2025

[redacted]

9.5.2 ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE CARIRA-SE

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SERGIPE - CRA-SE

CERTIDÃO DE RCA

Nº000659/2025
VALIDADE: 26/11/2025

Certificamos, para os devidos fins da Lei nº 8666/93 alterada pela Lei nº 8883/94, que empresa abaixo identificada, encontra-se devidamente habilitada neste CRA-SE a prestação dos serviços descritos no ATESTADO/DECLARAÇÃO aqui apresentado e demais atividades previstas em seu objeto social - Lei nº 4769/65, e decreto nº 61934/67.

Certificamos, ainda, que a citada empresa tem executado serviços atinentes ao seu objeto social, conforme consta no ATESTADO/DECLARAÇÃO, que faz parte integrante desta Certidão devidamente registrado por este CRA-SE.

Esta Certidão vale como prova perante qualquer órgão Público ou Privado, resguardando-nos de qualquer ato ou fato que venha a ser apurado, que desabone ou comprove a falsidade do referido ATESTADO/DECLARAÇÃO.

RAZÃO SOCIAL: **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PUBLICO**
ENDEREÇO: LARGO 2 DE JULHO, Nº 175 - CENTRO - PARIPIRANGA - BA - CEP: 48430000
REG. CRA/SE PJ: Nº PJ-1020-RS
CNPJ: 29.099.982/0001-00
CAPITAL SOCIAL: 0,00

RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S)

ADMINISTRADOR **UGENIA MESSIAS SANTOS**, Registro no CRA/SE nº 4585-01-RS, CPF: 005.882.715-35, responsável técnico desde: 02/01/2025

REGISTRO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO - RCA

Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICIPIO DE CARIRA/SE.
RCA Nº 0056/2024 **DATA:** 03 de dezembro de 2024

Aracaju/SE, 26 de maio de 2025

A autenticidade do documento pode ser conferida no site e número de controle abaixo:
http://cra-se.implanta.net.br/servicosOnline/Publico/ValidarDocumentos/
5c6b1565-fe7a-49bf-9382-3df6946a492b

VÁLIDA SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO ATESTADO ACIMA RELACIONADO

CERTIDÃO EXPEDIDA CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA CFA Nº 179/96

Rua Senador Rollemberg, 513, São José - Aracaju/SE Brasil, CEP: 49015-120
Telefone/Fax CRA-SE: (79) 3214-2229
Endereço Eletrônico: financeiro@crase.org.br - Home-page: http://www.crase.org.br/

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.170.28,** em 27/05/2025, às 13:54:16, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:33:27 que o documento de hash (SHA-256)
61b0b28bba05611dc59f748cd234baccbc4f7beae813575151ce8612e176c9ba foi validado em 29/05/2025 10:32:17 através da transação blockchain
0x5275296983e8929116445fd19935f3fdfe4c0b1cf21cba732315741c0c847d3f e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272007)

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

PREFEITURA DE CARIRA
FUNDADA EM 1953

ATESTADODECAPACIDADETÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e efeitos legais, que **o INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO(INASP)**, empresa estabelecida na cidade de Paripiranga, Estado da Bahia, situada na Rua largo 2 de Julho, n° 175, Bairro Centro, CEP: 48.430-000, inscrita no **CNPJ sob nº 29.099.982/0001-00**, neste ato representado pela administradora **UGENIA MESSIAS SANTOS, CRA-BA nº 32584, CRA-SE nº 4585-01-RS**, contratado pela **PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA** por intermédio do**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, CNPJ: 11.402.080/0001-28** sediada na Praça Jose Durval de Matos, S/N – Centro, Carira/SE, CEP: 49550-000;prestou serviços dentro do prazo no período de **16 de abril a 06 de agosto de 2024**, conforme quantitativos e especificações contratadas de acordo com o objeto abaixo exposto:

O presente atestado, proveniente do **Termo de Colaboração/Contrato de nº 01/2024** com vigência **16/04/2024 a 15/04/2025**, valor global de **R$ 3.726.016,32** (Três milhões setecentos e vinte e seis mil e dezesseis reais e trinta e dois centavos), abrangendo 384 (trezentos e oitenta e quatro) cargos, tem por objeto a **PACTUAÇÃO COM A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ESPECIALIZADA NA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARA ATUAR EM GESTÃO COMPARTILHADA COM O PODER PÚBLICO MUNICIPAL NAS UNIDADES, SITUADAS NO MUNICÍPIO DE CARIRA, CONFORME DETERMINAÇÃO DA CGMNP 001/2015**, de acordo com o Termo de Referência constante do anexo VIII, da Convocação Editalícia n° 02/2023.

Registramos também, que dentro do termode colaboração/contrato acima especificado a empresa prestou os serviços em apoio à contratante na Área Saúde, quais sejam: **Manutenção do fundo de saúde; Manutenção do bloco de vigilância em saúde; Manutenção do APS – Atenção Primária à Saúde; Manutenção da atenção especializada; Serviços em assitência farmacêutica; Capacitação de profissionais; PlanejamentoeexecuçãodePlanodeTrabalho; Gerenciamento e execução de mão de obra especializada; Gestão de profissionais; Gestão eficiente de profissionais médicos; e Preparação de mão de obra especializada para o setor público.**

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.163.165,** em 03/12/2024, às 10:30:29, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei n° 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:33:27 que o documento de hash (SHA-256) 61b0b28bba05611dc59f748cd234baccbc4f7beae813575151ce8612e176c9ba foi validado em 29/05/2025 10:32:17 através da transação blockchain 0x5275296983e8929116445fd19935f3fdfe4c0b1cf21cba732315741c0c847d3f e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272007)

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

PREFEITURA DE CARIRA
FUNDADA EM 1953

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresentou bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, e até a presente data, inexiste quaisquer condutas que desabone técnica e comercialmente a pessoa jurídica supracitada.

Carira/SE,06 de agosto de 2024.

TABELIONATO DE NOTAS

Ugênia Messias Santos
UGENIA MESSIAS SANTOS
ADMINISTRADORA CRA nº 32584 CRA nº 4585-01-RS

Cartório do 1º Ofício de Carira SE

Camila Lima de Oliveira
CAMILA LIMA DE OLIVEIRA
Secretária Municipal de Saúde

CAMILA LIMA DE OLIVEIRA
SECRETARIA DE SAUDE
DECRETO N° 03/2021
CARIRA SE

Selo TJSE: 20242954801564[illegible]
Acesse: www.tjse.jus.br/xUNKZMU
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Reconheço por SEMELHANÇA o(s) firma(s) em nome de CAMILA LIMA DE OLIVEIRA, assinalada(s) por esta com o meu sinal público.
Carira/SE, 16 de outubro de 2024
"Em Test.º" Kelley da verdade."
Kelley Raiane Santos
Escrevente AA900192

TABELIONATO DE NOTAS COM FUNCOES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA B
Rua Fernando dias Lima sn - 48430-000 - Paripiranga BA
Telefone (75)9 9954.0781 - Edivaldo Ribeiro Freire - TABELIAO
Reconheco por SEMELHANCA 0001 firma(s) de UGENIA MESSIAS SANTOS (19701)
Emol: R$ 3,3 Taxa: R$ 3,6 Total: R$6,60
Em testemunho ( ) da verdade
JOAO RIBEIRO DE SANTANA NETO - ESCREVENTE
Paripiranga-BA 26/11/2024
Selo(s): 2171.AB 250935-6
Consulte
www.tjba.jus.br/autenticidade
João Ribeiro de S. Neto
Escrevente de cartório
Tabelionato de Notas de Paripiranga

Conselho Regional de Administração
CRA-SE
O presente ATESTADO/DECLARAÇÃO é parte integrante da CERTIDÃO 00790 expedida nesta data que relaciona RCA n.º 4056/2024 de 03/12/2024 cadastrado neste conselho.
AJU 03/12/2024
Adm.ª Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01

SIS DOC .NET ASSINATURA ELETRÔNICA
Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.163.165,** em 03/12/2024, às 10:30:35, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:33:27 que o documento de hash (SHA-256) 61b0b28bba05611dc59f748cd234baccbc4f7beae813575151ce8612e176c9ba foi validado em 29/05/2025 10:32:17 através da transação blockchain 0x5275296983e8929116445fd19935f3fdfe4c0b1cf21cba732315741c0c847d3f e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272007)

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SERGIPE

1 – Número do RCA: 0056/2024
Data do Registro: 03/12/2024

REGISTRO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO RCA | **PESSOA JURÍDICA**

Sr. Presidente,
Solicito Registro de Comprovação de Aptidão das atividades abaixo especificadas:

Admª Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01

Contratado

2 - Profissional Responsável: UGENIA MESSIAS SANTOS	3 – Formação Profissional: ADMINISTRADORA	4 – Registro CRA/SE Nº 32584
5 – Vigência do Contrato entre a empresa e Resp. Técnico: INÍCIO: 01/07/2024 TÉRMINO: 31/12/2024	6 - Data de Desligamento:	7 – Telefone: ramal:
8 – Endereço do Profissional Responsável: RUA CAMPO ANTIGO, Nº3, CENTRO, PARIPIRANGA/BA		9 – Alteração de cadastro ☐ Sim ☒ Não
10 – Empresa Contratada: INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP	11 – Registro CRA/SE Nº PJ-1020-RS	12 – Telefone: ramal:

Contratante

13 – Nome do Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNÍCIPIO DE CARIRA/SE	14 - CPF ou CGC 11.402.080/0001-28
15 – Endereço do Contratante: PRAÇA JOSÉ DURVAL DE MATOS, S/N, CENTRO, CARIRA/SE	16 – Telefone: (79) 3445-2034

ENQUADRAMENTO Campo Privativo do Administrador

//	//
//	//
//	//
//	//
//	//

Descrição

17 – Descrição dos Serviços:
DENTRO DO TERMO DE COLABORAÇÃO/CONTRATO Nº01/2024, A EMPRESA PRESTOU SERVIÇOS DE APOIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NAS SEGUINTES ÁREAS: **MANUTENÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE, MANUTENÇÃO DO BLOCO DE VIGILÂNCIA ME SAÚDE, MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE, MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA, SERVIÇOS EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS, GESTÃO EFICIENTE DE PROFISSIONAIS MÉDICOS, GESTÃO DE PROFISSIONAIS, GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE MÃO DE OBRA E PREPARAÇÃO DE MÃO DE OBRA ESPECIALIZADA PARA O SETOR PÚBLICO.**

Observações

18 – Nº do Contrato: 01/2024	19 - Nº Nota Fiscal:	20 - Nº Ordem de Empenho:	21 - Nº Ordem de Serviço:	22 – Aditivos:
23-				

24 – Valor do Serviço: R$3.762.016,32 Valor Global	25 – Vigência do Contrato: INÍCIO: 16/04/2024 TÉRMINO: 16/04/2025

Assinaturas

26 Aracaju,	DE ACORDO: Ugenia Messias Santos (Contratada) CRA/BA nº 32584 CRA/SE nº 4585-01-RS Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico
X Assinatura do Requerente	AUTORIZO O RCA: Adm. Carlos Menezes Calasans Eloy dos S. Filho Presidente do CRA-SE CRA-SE Nº 2189-01

1ª Via – Arquivo Geral (Cra/Se) 2ª Via – Arquivo do Requerente 3ª Via - Requerente
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE COM A CHANCELA DO CRA/SE.

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.163.165,** em 03/12/2024, às 10:30:38, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:33:27 que o documento de hash (SHA-256) 61b0b28bba05611dc59f748cd234baccbc4f7beae813575151ce8612e176c9ba foi validado em 29/05/2025 10:32:17 através da transação blockchain 0x5275296983e8929116445fd19935f3fdfe4c0b1cf21cba732315741c0c847d3f e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272007)

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

Dautin Blockchain
Rua Dagoberto Nogueira, 100
Ed. Torre Azul - 11° Andar
Sala 1101, Centro, Itajaí - SC
(47) 3514-7599 I (47) 99748-2223
www.dautin.com I dautin@dautin.com

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

CERTIFICADO DE PROVA DE AUTENTICIDADE ELETRÔNICA

A **Dautin Blockchain** CERTIFICA para os devidos fins de direito que, o arquivo digital especificado com o tipo documental **Autenticação** e representado pela função hash criptográfica conhecida como SHA-256, de código **61b0b28bba05611dc59f748cd234baccbc4f7beae813575151ce8612e176c9ba** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Binance Smart Chain, sob o identificador único denominado NID **272007** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - CARIRA (SAÚDE)"**, cujo assunto é descrito como **"ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - CARIRA (SAÚDE)"**, faz prova de que em **29/05/2025 10:32:06**, o responsável **Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) (29.099.982/0001-00)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **29/05/2025 10:33:31** através do sistema de autenticação eletrônica da empresa Dautin Blockchain de acordo com o Art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, Art. 107 do Código Cívil e Art. 411, em seus §§ 2º e 3º do Código de Processo Civil, estando dessa maneira de acordo para o cumprimento do Decreto 10278/2020.

Para mais informações sobre a operação acesse o site **https://www.dautin.com** e informe o código da transação blockchain **0x5275296983e8929116445fd19935f3fdfe4c0b1cf21cba732315741c0c847d3f**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://bscscan.com/**

[1] Legislação Vigente: Medida Provisória nº 2200-2/2001, Código Civil e Código de Processo Civil.

DAUTIN BLOCKCHAIN

Presidência da República Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos
MEDIDA PROVISÓRIA 2.200-2
DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

1 de 1

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA – ESTADO DE SERGIPE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRA – SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO E ATUAÇÃO

A **Secretaria Municipal de Saúde de Carira/SE**, por meio desta, vem DECLARAR que o **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP**, entidade de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no **CNPJ nº 29.099.982/0001-00**, com sede à **Rua Largo 02 de Julho, nº 175, Centro, Paripiranga/BA**, firmou vínculo contratual com esta Secretaria, conforme **Termo de Colaboração nº nº 001/2024**, conforme **Edital nº 02/2023**.

O referido contrato tem por objeto a prestação de **serviços especializados de atendimento em saúde de caráter emergencial e de urgência**, no âmbito municipal atuando na **Clínica da Saúde 24hrs Aida Nunes Chagas** do Município, com início das atividades em **16 de abril de 2024** e continuidade até a presente data.

As ações executadas pelo INASP incluem, mas não se limitam a:

1. Atendimento imediato e ininterrupto (24h) de pacientes em situações clínicas em geral;
2. Gestão de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem;
3. Intervenções de primeiros socorros e estabilização em casos de risco à vida, com encaminhamento para outras unidades de porte avançado, quando necessário;
4. Operacionalização da triagem e classificação de risco;
5. Encaminhamentos regulados para unidades hospitalares quando necessário;
6. Realização de exames de urgência e administração de medicamentos.

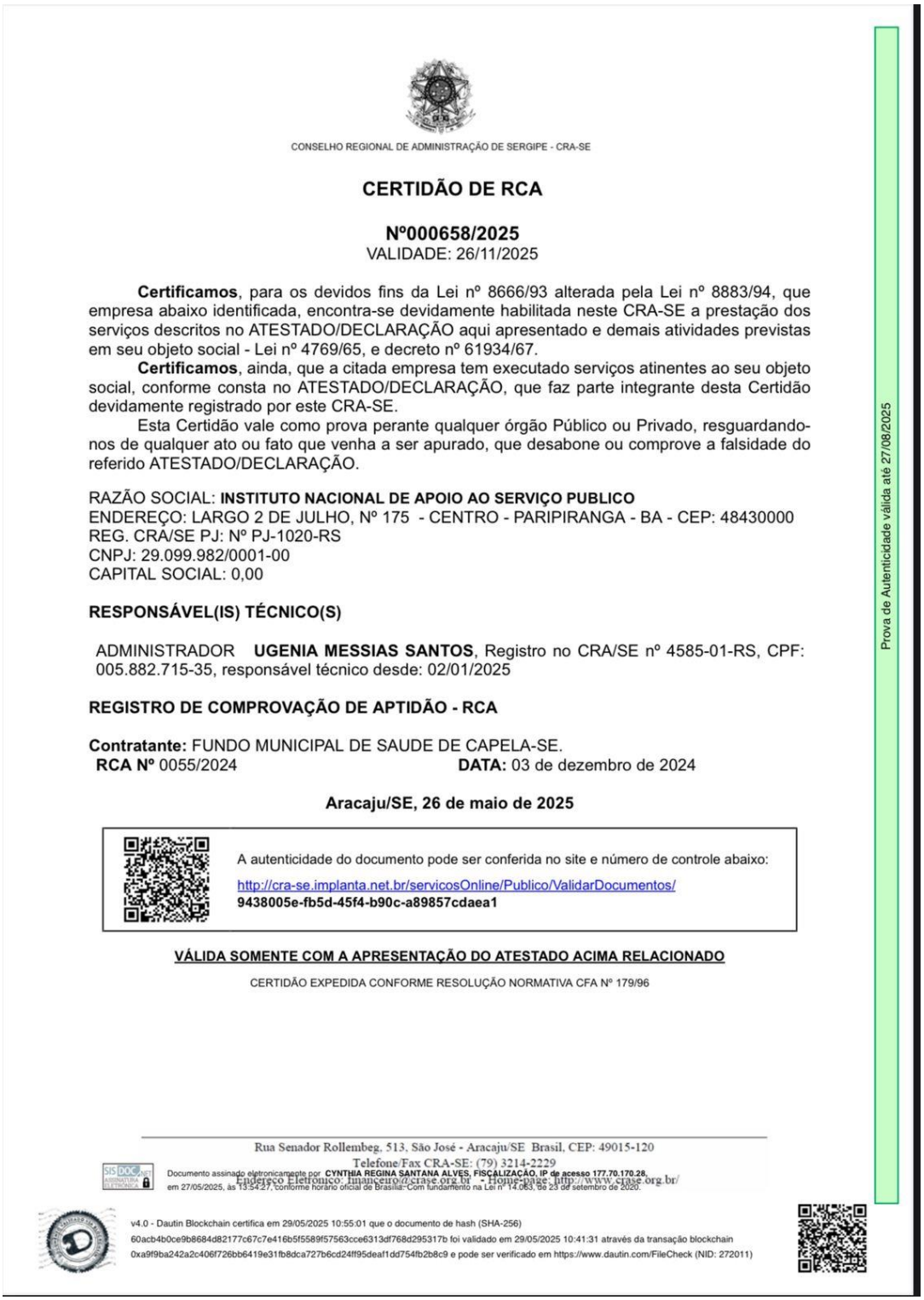
Ressaltamos que os serviços estão sendo prestados de forma regular, conforme os parâmetros e normas estabelecidos pela legislação vigente e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Carira/SE, 08 de abril de 2025.

CAMILA LIMA DE OLIVEIRA
Secretária Municipal de Saúde

CAMILA LIMA DE OLIVEIRA
SECRETÁRIA DE SAÚDE
DECRETO Nº 03/2021
CARIRA SE

9.5.3 ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE CAPELA-SE



CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SERGIPE - CRA-SE

CERTIDÃO DE RCA

Nº000658/2025
VALIDADE: 26/11/2025

Certificamos, para os devidos fins da Lei nº 8666/93 alterada pela Lei nº 8883/94, que empresa abaixo identificada, encontra-se devidamente habilitada neste CRA-SE a prestação dos serviços descritos no ATESTADO/DECLARAÇÃO aqui apresentado e demais atividades previstas em seu objeto social - Lei nº 4769/65, e decreto nº 61934/67.

Certificamos, ainda, que a citada empresa tem executado serviços atinentes ao seu objeto social, conforme consta no ATESTADO/DECLARAÇÃO, que faz parte integrante desta Certidão devidamente registrado por este CRA-SE.

Esta Certidão vale como prova perante qualquer órgão Público ou Privado, resguardando-nos de qualquer ato ou fato que venha a ser apurado, que desabone ou comprove a falsidade do referido ATESTADO/DECLARAÇÃO.

RAZÃO SOCIAL: **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PUBLICO**
ENDEREÇO: LARGO 2 DE JULHO, Nº 175 - CENTRO - PARIPIRANGA - BA - CEP: 48430000
REG. CRA/SE PJ: Nº PJ-1020-RS
CNPJ: 29.099.982/0001-00
CAPITAL SOCIAL: 0,00

RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S)

ADMINISTRADOR **UGENIA MESSIAS SANTOS**, Registro no CRA/SE nº 4585-01-RS, CPF: 005.882.715-35, responsável técnico desde: 02/01/2025

REGISTRO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO - RCA

Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPELA-SE.
RCA Nº 0055/2024 **DATA:** 03 de dezembro de 2024

Aracaju/SE, 26 de maio de 2025

A autenticidade do documento pode ser conferida no site e número de controle abaixo:
http://cra-se.implanta.net.br/servicosOnline/Publico/ValidarDocumentos/
9438005e-fb5d-45f4-b90c-a89857cdaea1

VÁLIDA SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO ATESTADO ACIMA RELACIONADO

CERTIDÃO EXPEDIDA CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA CFA Nº 179/96

Rua Senador Rollemberg, 513, São José - Aracaju/SE Brasil, CEP: 49015-120
Telefone/Fax CRA-SE: (79) 3214-2229
Endereço Eletrônico: financeiro@crase.org.br - Home-page: http://www.crase.org.br/

Documento assinado eletronicamente por CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.170.28, em 27/05/2025, às 13:54:27, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:55:01 que o documento de hash (SHA-256) 60acb4b0ce9b8684d82177c67c7e416b5f5589f57563cce6313df768d295317b foi validado em 29/05/2025 10:41:31 através da transação blockchain 0xa9f9ba242a2c406f726bb6419e31fb8dca727b6cd24ff95deaf1dd754fb2b8c9 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272011)

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

ESTADO DE SERGIPE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPELA

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e efeitos legais, que **o Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP)**, empresa estabelecida na cidade de Paripiranga, Estado da Bahia, situada na Rua largo 2 de Julho, n° 175, Bairro Centro, inscrita no **CNPJ sob nº 29.099.982/0001-00**, neste ato representada pela sua **Responsável Técnica** à administradora **UGENIA MESSIAS SANTOS, CRA-BA nº 32584, CRA-SE nº 4585-01-RS**, contratada através de Chamamento Público n°001/2023, Inexigibilidade de licitação nº 04/2023, sob o Contrato de nº 18/2023 com vigência de 04/10/2023 a 04/10/2024, prestou satisfatoriamente ao **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPELA, CNPJ: 11.639.262/0001-17** sediada na Rua Coelho e Campos, nº1201, Centro, Capela/SE – CEP: 49.700-000, a prestação de serviços dentro do prazo, no período de **04 de outubro de 2023 a 04 de outubro de 2024**, com quantitativos e especificações contratadas de acordo com o objeto abaixo exposto:

O presente atestado, proveniente do Contrato de nº 18/2023 e Termo Aditivo ao contrato n° 18/2023 com vigência de 04/10/2023 a 04/10/2024; com valor global de **R$ 4.875.648,00** (quatro milhões oitocentos e setenta e cinco mil seiscentos e quarenta e oito reais e seis) e valor mensal de R$ 406.304,00 (quatrocentos e seis mil trezentos e quatro reais), tem por objeto a **CONTRATAÇÃO DE PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO PRESTADORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE MÉDIA E PEQUENA COMPLEXIDADE, CONFORME TABELA DE VALORES APROVADOS EM ATA N° 02/2022 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE,** conforme especificações e quantidades constantes no Contrato de Prestação de Serviços n° 18/2023 e Termo Aditivo n° 18/2023, bem como seus anexos.

Registramos ainda, que dentro do contrato acima especificado a empresa prestou os serviços em apoio à contratante na área de saúde, quais sejam: **gestão administrativa em saúde; gestão e administração de agenda cirúrgica; gestão de regulação de pacientes; gestão de serviços de especialidade médicas e ambulatoriais; gestão administrativa de pessoal; serviços hospitalares e ambulatoriais para realização de cirurgias eletivas; serviços de consultas pré-cirúrgicas; gestão de equipe de enfermagem, gestão de equipe médica; plantão e carga horária; serviços de análises e diagnósticos; oferta de infraestrutura para realização dos procedimentos médicos dentre outros serviços voltados a saúde pública.**

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.163.165,** em 03/12/2024, às 10:31:18, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei n° 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:55:01 que o documento de hash (SHA-256) 60acb4b0ce9b8684d82177c67c7e416b5f5589f57563cce6313df768d295317b foi validado em 29/05/2025 10:41:31 através da transação blockchain 0xa9f9ba242a2c406f726bb6419e31fb8dca727b6cd24ff95deaf1dd754fb2b8c9 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272011)

ESTADO DE SERGIPE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPELA

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresentou bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, inexistindo quaisquer condutas que desabone técnica e comercialmente a pessoa jurídica supracitada.

Capela/SE, 28 de outubro de 2024.

MANUEL BATISTA MOURA RIBEIRO
Secretário Municipal de Saúde
CPF: 311.298.035-20

ANA PAULA SOUZA MENDONÇA
Fiscal – CPF: 966.252.605-68

Ugenia Messias Santos
Administradora
CRA/BA nº 32584
CRA/SE nº 4585-01-RS

UGENIA MESSIAS SANTOS
Responsável Técnica
Administradora
CRA nº 32584 CRA nº 4585-01-RS

TABELIONATO DE NOTAS COM FUNCOES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA B
Reconheco por SEMELHANCA 0001 firma(s) da UGENIA MESSIAS SANTOS
ADILSON FRANKLIN ALMEIDA SANTANA - ESCREVENTE
Paripiranga BA 05/11/2024
Selo(s) 2171 AB 25174-1
Consulte www.tjba.jus.br/autenticidade

Conselho Regional de Administração
CRA-SE
O presente ATESTADO/DECLARAÇÃO é parte integrante da CERTIDÃO expedida nesta data sob o RCA n.º 0055/2024 de 03/12/2024 efetuado neste conselho.
AJU 03/12/2024
Adm.ª Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01

Cartório do 1º Ofício de Capela-SE
Praça Augusto Ribeiro, 50, Capela-SE
primeirooficio.capela@gmail.com
Reconheço por SEMELHANÇA a firma de:
ANA PAULA SOUZA MENDONÇA
Em testemunho ( ) da verdade
Selo TJSE: 202429640010846
Acesse: www.tjse.jus.br/r/8UAMUZ
Data: 07/11/2024 10:18

Cartório do 1º Ofício de Capela-SE
Praça Augusto Ribeiro, 50, Capela-SE
primeirooficio.capela@gmail.com
Reconheço por SEMELHANÇA a firma de:
MANUEL BATISTA MOURA RIBEIRO
Em testemunho ( ) da verdade
Selo TJSE: 202429640010958
Acesse: www.tjse.jus.br/r/FM2JZQ
Data: 11/11/2024 10:59

Documento assinado eletronicamente por CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, em 03/12/2024, às 10:31:22, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento em [illegible] 063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:55:01 que o documento de hash (SHA-256)
60acb4b0ce9b8684d82177c67c7e416b5f5589f57563cce6313df768d295317b foi validado em 29/05/2025 10:41:31 através da transação blockchain
0xa9f9ba242a2c406f726bb6419e31fb8dca727b6cd24ff95deaf1dd754fb2b8c9 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272011)

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SERGIPE

1 – Número do RCA: 055/2024
Data do Registro: 03/12/2024

REGISTRO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO RCA | **PESSOA JURÍDICA**

Sr. Presidente,
Solicito Registro de Comprovação de Aptidão das atividades abaixo especificadas:

Admª Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01

Contratado

2 - Profissional Responsável: UGENIA MESSIAS SANTOS	3 – Formação Profissional: ADMINISTRADORA	4 – Registro CRA/SE Nº 32584
5 – Vigência do Contrato entre a empresa e Resp. Técnico: INÍCIO: 01/07/2024 TÉRMINO: 31/12/2024	6 - Data de Desligamento:	7 – Telefone: ramal:
8 – Endereço do Profissional Responsável: RUA CAMPO ANTIGO, Nº3, CENTRO, PARIPIRANGA/BA		9 – Alteração de cadastro ☐ Sim ☒ Não
10 – Empresa Contratada: INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO - INASP	11 – Registro CRA/SE Nº PJ-1020-RS	12 – Telefone: ramal:

Contratante

13 – Nome do Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPELA/SE	14 - CPF ou CGC 11.639.262/0001-17
15 – Endereço do Contratante: RUA COELHO E CAMPOS, Nº1201, CENTRO, CAPELA/SE	16 – Telefone:

ENQUADRAMENTO Campo Privativo do Administrador

//	//
//	//
//	//
//	//
//	//

Descrição

17 – Descrição dos Serviços:
DENTRO DO TERMO DE COLABORAÇÃO/CONTRATO Nº018/2023, A EMPRESA PRESTOU SERVIÇOS DE APOIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NAS SEGUINTES ÁREAS: **GESTÃO ADMINISTRATIVA EM SAÚDE, GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE AGENDA CIRÚRGICA, GESTÃO DE REGULAÇÃO DE PACIENTES, GESTÃO DE SERVIÇOS DE ESPECIALIDADE MÉDICAS E AMBULATORIAIS, GESTÃO ADMINISTRATIVA DE PESSOAL, SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS; SERVIÇOS PRÉ-CIRURGIAS, GESTÃO DE EQUIPE DE ENFERMAGEM, GESTÃO DE EQUIPE MÉDICA, PLANTÃO E CARGA HORÁRIA, SERVIÇOS DE ANÁLISES E DIAGNÓSTICOS, E OFERTA DE INFRAESTRUTURA PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS .**

Observações

18 – Nº do Contrato: 18/2023	19 - Nº Nota Fiscal:	20 - Nº Ordem de Empenho:	21 - Nº Ordem de Serviço:	22 – Aditivos:
23-				

24 – Valor do Serviço: R$4.875.648,00 Valor Global	25 – Vigência do Contrato: INÍCIO: 04/10/2023 TÉRMINO: 04/10/2024

Assinaturas

26 Aracaju,	DE ACORDO: Ugenia Messias Santos Administradora CRA/BA Nº 32584 CRA/SE nº 4585-01-RS Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico
X Assinatura do Requerente	AUTORIZO O RCA: Adm. Carlos Menezes Calasans Eloy dos S. Filho Presidente do CRA-SE CRA-SE Nº 2189-01

1ª Via – Arquivo Geral (Cra/Se) 2ª Via – Arquivo do Requerente 3ª Via - Requerente
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE COM A CHANCELA DO CRA/SE.

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.163.165,** em 03/12/2024, às 10:31:26, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:55:01 que o documento de hash (SHA-256) 60acb4b0ce9b8684d82177c67c7e416b5f5589f57563cce6313df768d295317b foi validado em 29/05/2025 10:41:31 através da transação blockchain 0xa9f9ba242a2c406f726bb6419e31fb8dca727b6cd24ff95deaf1dd754fb2b8c9 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272011)

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

Dautin Blockchain
Rua Dagoberto Nogueira, 100
Ed. Torre Azul - 11º Andar
Sala 1101, Centro, Itajaí - SC
(47) 3514-7599 I (47) 99748-2223
www.dautin.com I dautin@dautin.com

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

CERTIFICADO DE PROVA DE AUTENTICIDADE ELETRÔNICA

A **Dautin Blockchain** CERTIFICA para os devidos fins de direito que, o arquivo digital especificado com o tipo documental **Autenticação** e representado pela função hash criptográfica conhecida como SHA-256, de código **60acb4b0ce9b8684d82177c67c7e416b5f5589f57563cce6313df768d295317b** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Binance Smart Chain, sob o identificador único denominado NID **272011** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - CAPELA "**, cujo assunto é descrito como **"ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - CAPELA "**, faz prova de que em **29/05/2025 10:41:19**, o responsável **Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) (29.099.982/0001-00)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **29/05/2025 11:17:42** através do sistema de autenticação eletrônica da empresa Dautin Blockchain de acordo com o Art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, Art. 107 do Código Cívil e Art. 411, em seus §§ 2º e 3º do Código de Processo Civil, estando dessa maneira de acordo para o cumprimento do Decreto 10278/2020.

Para mais informações sobre a operação acesse o site **https://www.dautin.com** e informe o código da transação blockchain **0xa9f9ba242a2c406f726bb6419e31fb8dca727b6cd24ff95deaf1dd754fb2b8c9**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://bscscan.com/**

[1] Legislação Vigente: Medida Provisória nº 2200-2/2001, Código Civil e Código de Processo Civil.

DAUTIN BLOCKCHAIN

Presidência da República Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos
MEDIDA PROVISÓRIA 2.200-2
DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

GOVERNO DE SERGIPE
GOVERNO MUNICIPAL DE CAPELA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAPELA/SE**, por meio do seu representante legal, declara para os devidos fins que o **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº **29.099.982/0001-00**, com sede no **Largo 02 de Julho, nº 175, Centro, Paripiranga/BA, CEP: 48.430-000**, conforme **Contrato nº 018/2023**, oriundo do **Chamamento Público nº 01/2023** e da **Inexigibilidade de Licitação nº 04/2023**, encontra-se regularmente atuando no **Hospital Geral de Referências Cirúrgicas Nossa Senhora da Purificação**, neste município.

O referido Instituto está prestando serviços hospitalares e ambulatoriais, com ênfase na realização de **cirurgias geral eletivas de baixa (pequenas cirurgias) e médias complexidades (colecistectomia, exerece de cistos, hernioplastia epigástrica, hernioplastia incisional, hernioplastia inguinal, hernioplastia inguinal direita, hernioplastia inguinal esquerda, hernioplastia umbilical, hdrocele, histerectomia total, laqueadura tubária, oforectomia, oforoplastia, vasectomia, postectomia), e consultas eletivas com cirurgião geral**, desde o dia **04 de outubro de 2023, até a presente data**.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração para os fins que se fizerem necessários.

Capela/SE, 08 de abril de 2025.

Manuel Batista Moura Ribeiro
Secretário Municipal de saude
Decreto 435/2023

MANUEL BATISTA MOURA RIBEIRO
Secretário Municipal de Saúde

9.5.4 ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE ITAPORANGA D'AJUDA

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SERGIPE - CRA-SE

CERTIDÃO DE RCA

Nº000662/2025
VALIDADE: 26/11/2025

Certificamos, para os devidos fins da Lei nº 8666/93 alterada pela Lei nº 8883/94, que empresa abaixo identificada, encontra-se devidamente habilitada neste CRA-SE a prestação dos serviços descritos no ATESTADO/DECLARAÇÃO aqui apresentado e demais atividades previstas em seu objeto social - Lei nº 4769/65, e decreto nº 61934/67.

Certificamos, ainda, que a citada empresa tem executado serviços atinentes ao seu objeto social, conforme consta no ATESTADO/DECLARAÇÃO, que faz parte integrante desta Certidão devidamente registrado por este CRA-SE.

Esta Certidão vale como prova perante qualquer órgão Público ou Privado, resguardando-nos de qualquer ato ou fato que venha a ser apurado, que desabone ou comprove a falsidade do referido ATESTADO/DECLARAÇÃO.

RAZÃO SOCIAL: **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PUBLICO**
ENDEREÇO: LARGO 2 DE JULHO, Nº 175 - CENTRO - PARIPIRANGA - BA - CEP: 48430000
REG. CRA/SE PJ: Nº PJ-1020-RS
CNPJ: 29.099.982/0001-00
CAPITAL SOCIAL: 0,00

RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S)

ADMINISTRADOR **UGENIA MESSIAS SANTOS**, Registro no CRA/SE nº 4585-01-RS, CPF: 005.882.715-35, responsável técnico desde: 02/01/2025

REGISTRO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO - RCA

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA D´AJUDA
RCA Nº 0010/2025 **DATA:** 24 de fevereiro de 2025

Aracaju/SE, 26 de maio de 2025

A autenticidade do documento pode ser conferida no site e número de controle abaixo:
http://cra-se.implanta.net.br/servicosOnline/Publico/ValidarDocumentos/
4d15c06d-81b8-4bbb-9947-4dcdd3c6f076

VÁLIDA SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO ATESTADO ACIMA RELACIONADO

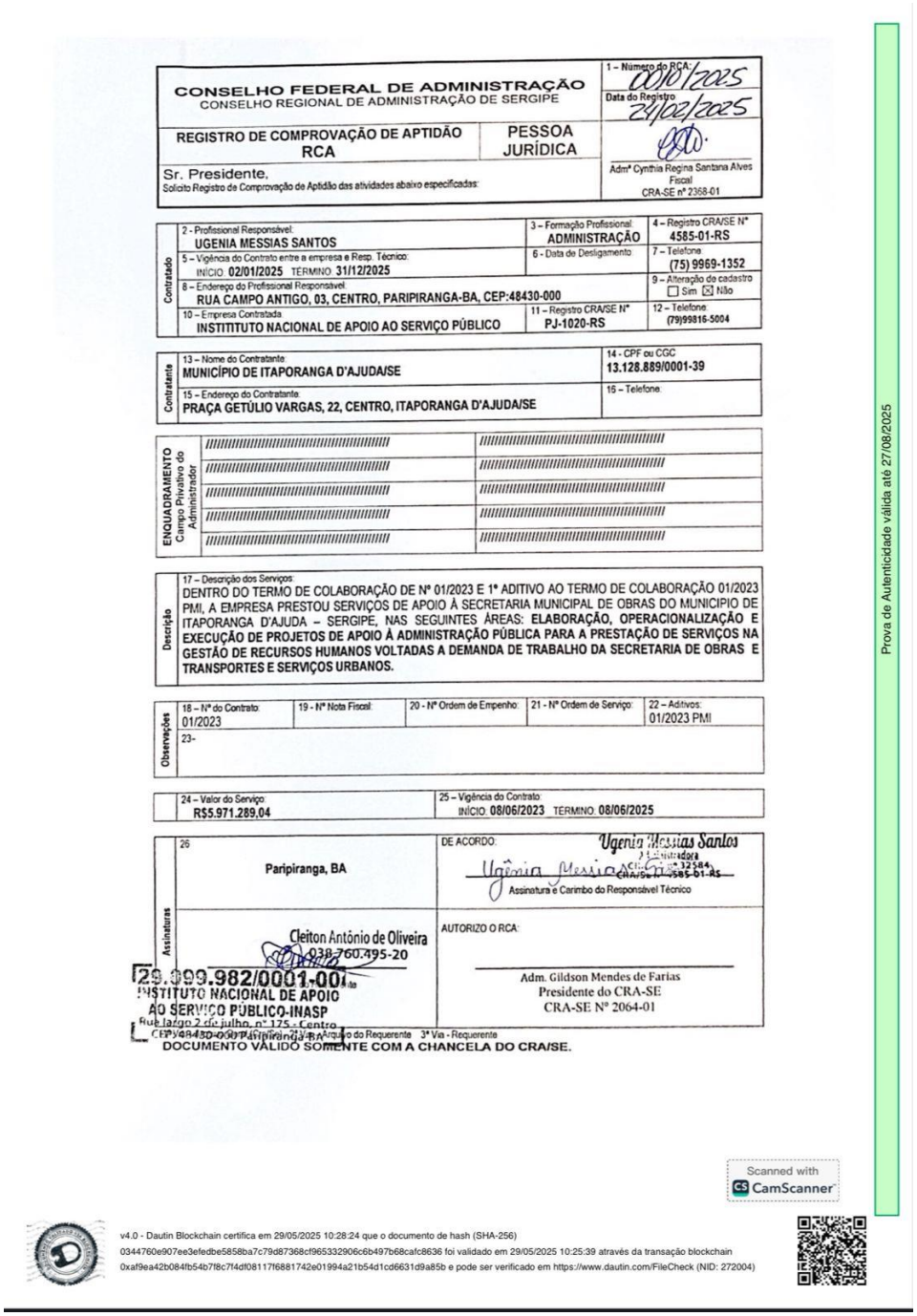
CERTIDÃO EXPEDIDA CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA CFA Nº 179/96

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

Rua Senador Rollemberg, 513, São José - Aracaju/SE Brasil, CEP: 49015-120
Telefone/Fax CRA-SE: (79) 3214-2229

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.170.28**, Endereço Eletrônico: fiscalizacao@crase.org.br - Horário oficial: http://www.crase.org.br/ em 27/05/2025, às 13:53:45, conforme horário oficial de Brasília-Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:28:24 que o documento de hash (SHA-256)
0344760e907ee3efedbe5858ba7c79d87368cf965332906c6b497b68cafc8636 foi validado em 29/05/2025 10:25:39 através da transação blockchain
0xaf9ea42b084fb54b7f8c7f4df08117f6881742e01994a21b54d1cd6631d9a85b e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272004)



CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SERGIPE

1 – Número do RCA: 0010/2025
Data do Registro: 24/02/2025

REGISTRO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO RCA | PESSOA JURÍDICA

Adm° Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE n° 2368-01

Sr. Presidente,
Solicito Registro de Comprovação de Aptidão das atividades abaixo especificadas:

Contratado

2 - Profissional Responsável: UGENIA MESSIAS SANTOS
3 – Formação Profissional: ADMINISTRAÇÃO
4 – Registro CRA/SE N°: 4585-01-RS
5 – Vigência do Contrato entre a empresa e Resp. Técnico: INÍCIO: 02/01/2025 TERMINO: 31/12/2025
6 - Data de Desligamento:
7 – Telefone: (75) 9969-1352
8 – Endereço do Profissional Responsável: RUA CAMPO ANTIGO, 03, CENTRO, PARIPIRANGA-BA, CEP:48430-000
9 – Alteração de cadastro: ☐ Sim ☒ Não
10 – Empresa Contratada: INSTITITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO
11 – Registro CRA/SE N°: PJ-1020-RS
12 – Telefone: (79)99816-5004

Contratante

13 – Nome do Contratante: MUNICÍPIO DE ITAPORANGA D'AJUDA/SE
14 - CPF ou CGC: 13.128.889/0001-39
15 – Endereço do Contratante: PRAÇA GETÚLIO VARGAS, 22, CENTRO, ITAPORANGA D'AJUDA/SE
16 – Telefone:

ENQUADRAMENTO Campo Privativo do Administrador

//

Descrição

17 – Descrição dos Serviços:
DENTRO DO TERMO DE COLABORAÇÃO DE Nº 01/2023 E 1º ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO 01/2023 PMI, A EMPRESA PRESTOU SERVIÇOS DE APOIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS DO MUNICIPIO DE ITAPORANGA D'AJUDA – SERGIPE, NAS SEGUINTES ÁREAS: **ELABORAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE PROJETOS DE APOIO À ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS VOLTADAS A DEMANDA DE TRABALHO DA SECRETARIA DE OBRAS E TRANSPORTES E SERVIÇOS URBANOS.**

Observações

18 – Nº do Contrato:	19 - Nº Nota Fiscal:	20 - Nº Ordem de Empenho:	21 - Nº Ordem de Serviço:	22 – Aditivos:
01/2023				01/2023 PMI

23-

24 – Valor do Serviço: R$5.971.289,04
25 – Vigência do Contrato: INÍCIO: 08/06/2023 TERMINO: 08/06/2025

Assinaturas

26 – Paripiranga, BA

DE ACORDO: Ugenia Messias Santos
Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

Cleiton Antônio de Oliveira
038.760.495-20

AUTORIZO O RCA:
Adm. Gildson Mendes de Farias
Presidente do CRA-SE
CRA-SE Nº 2064-01

29.099.982/0001-00
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO-INASP
Rua largo 2 de julho, nº 175 - Centro
CEP:48430-000 Paripiranga - BA

1ª Via - Arquivo do Requerente 3ª Via - Requerente

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE COM A CHANCELA DO CRA/SE.

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

Scanned with CamScanner

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:28:24 que o documento de hash (SHA-256)
0344760e907ee3efedbe5858ba7c79d87368cf965332906c6b497b68cafc8636 foi validado em 29/05/2025 10:25:39 através da transação blockchain
0xaf9ea42b084fb54b7f8c7f4df08117f6881742e01994a21b54d1cd6631d9a85b e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272004)

Estado de Sergipe
Prefeitura Municipal de Itaporanga D'Ajuda
Secretaria Municipal de Obras, Transportes e Serviços Urbanos

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e efeitos legais, que **o Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP)**, empresa estabelecida na cidade de Paripiranga, Estado da Bahia, situada na Rua largo 2 de Julho, nº 175, Bairro Centro, inscrita no **CNPJ sob nº 29.099.982/0001-00**, neste ato representada pela responsável legal administradora **UGÊNIA MESSIAS SANTOS, CRA-BA nº 32584, CRA-SE nº 4585-01-RS**, contratada através de Chamamento Público de nº 03/2023 e sob o **Termo de Colaboração de nº 01/2023**, da **SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS DO MUNICIPIO DE ITAPORANGA D´AJUDA ESTADO DE SERGIPE, CNPJ: 13.128.889/0001-39** sediada na Praça Getúlio Vargas, nº 22 – Centro, Itaporanga D`Ajuda/SE, CEP: 49.120-000; prestou serviços dentro do prazo no período de **08 de junho de 2023 à 08 de junho de 2024, com o 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 01/2023 PMI com vigência de 08 de junho de 2024 à 08 de junho de 2025**, totalizando a prestação de serviços até a presente data de **1 anos e 6 meses**, conforme quantitativos e especificações contratadas de acordo com o objeto abaixo exposto:

O presente atestado, proveniente do Chamamento Público de nº 01/2023 e 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 01/2023 PMI com vigência de 08 de junho de 2023 a 08 de junho 2024 e 08 de junho 2024 a 08 de junho de 2025, com valor global de **R$ 5.971.289,04 (cinco milhões novecentos e setenta e um mil, duzentos e oitenta e nove reais e quatro centavos)** e valor mensal **R$ 497.607,42 (quatrocentos e noventa e sete mil seiscentos e sete reais e quarenta e dois centavos)** tem por objeto **A ELBORAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE PROJETOS DE APOIO À ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS COM AÇÕES VOLTADAS A DEMANDA DE TRABALHO DA SECRETARIA DE OBRAS E TRANSPORTES E SERVIÇOS URBANOS,** conforme especificações e quantidades constantes no Chamamento Público de nº 03/2023 sob o Termo de Colaboração de nº 01/2023 e 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 01/2023 PMI, bem como seus anexos.

Registramos ainda, que dentro do contrato acima especificado a empresa contratou e prestou os serviços em apoio à contratante na área de obras, transportes e serviços urbanos, conforme os procedimentos e tabela abaixo: **auxiliar, executar e promover ações estratégicas para a capacitação técnica dos profissionais efetivos e comissionados da rede, por meio de profissionais técnicos especializados; criar, planejar e executar estratégias e executar os serviços da secretaria de obras transporte e serviços urbanos de forma econômica e com o menor impacto ambiental possível; auxiliar, executar e promover ações que busquem desenvolver a qualificação de mão de obra local; implementar melhorias nas unidades de serviços na secretaria de obras transporte e serviços urbanos; promover ações que contribuam para melhoria do saneamento básico local e implantar sistema de gestão.**

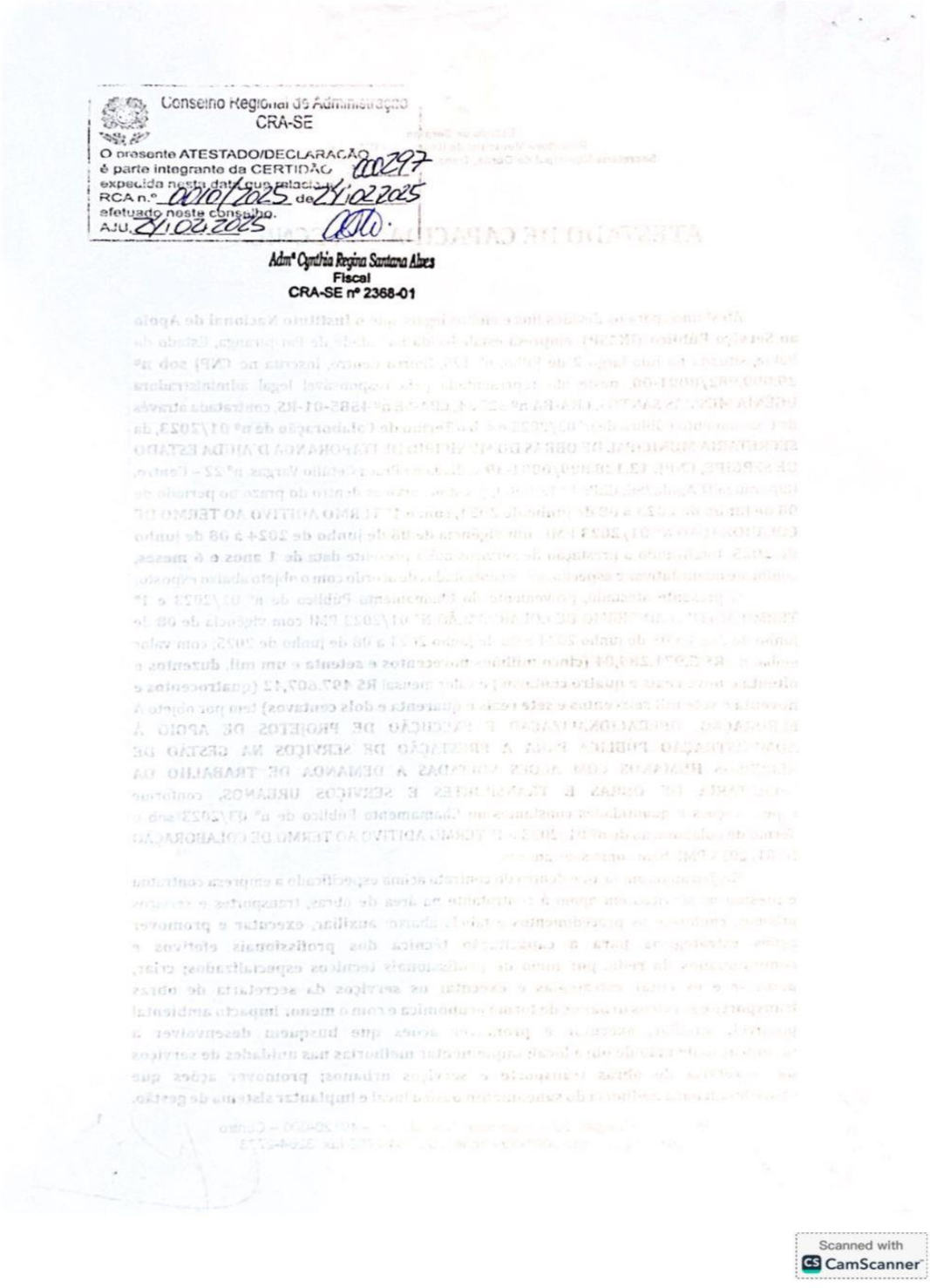
Pc. Getúlio Vargas, 22 – Itaporanga D'Ajuda/SE – 49120-000 – Centro
CNPJ 13.128.889/0001-39 – fone: 79 3264-2700 fax: 3264-2723

1

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

Scanned with CamScanner

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:28:24 que o documento de hash (SHA-256)
0344760e907ee3efedbe5858ba7c79d87368cf965332906c6b497b68cafc8636 foi validado em 29/05/2025 10:25:39 através da transação blockchain
0xaf9ea42b084fb54b7f8c7f4df08117f6881742e01994a21b54d1cd6631d9a85b e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272004)



Conselho Regional de Administração
CRA-SE

O presente ATESTADO/DECLARAÇÃO 00297
é parte integrante da CERTIDÃO
expedida nesta data que relaciona
RCA n.º 0010/2025 de 24/02/2025
efetuado neste conselho.
AJU, 24/02/2025

Adm.ª Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

Scanned with CamScanner

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:28:24 que o documento de hash (SHA-256)
0344760e907ee3efedbe5858ba7c79d87368cf965332906c6b497b68cafc8636 foi validado em 29/05/2025 10:25:39 através da transação blockchain
0xaf9ea42b084fb54b7f8c7f4df08117f6881742e01994a21b54d1cd6631d9a85b e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272004)

Estado de Sergipe
Prefeitura Municipal de Itaporanga D'Ajuda
Secretaria Municipal de Obras, Transportes e Serviços Urbanos

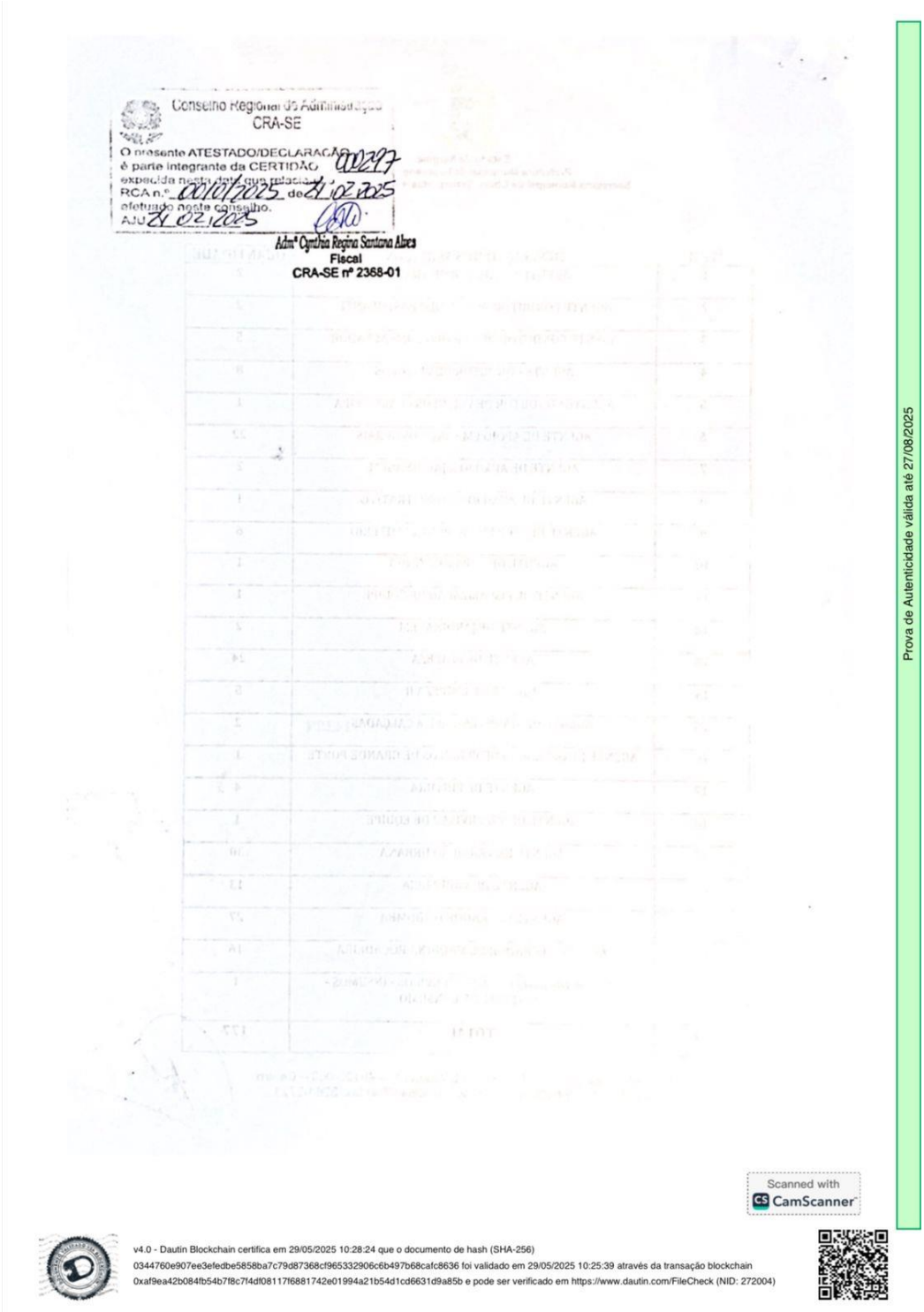
ÍTEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QUANTIDADE
1	AGENTE CONDUTOR DE TRATOR	2
2	AGENTE CONDUTOR DE VEICULO BASCULANTE	2
3	AGENTE CONDUTOR DE VEICULO COMPACTADOR	5
4	AGENTE CONDUTOR DE VEICULOS	8
5	AGENTE CONDUTOR DE VEICULOS - CARRO PIPA	1
6	AGENTE DE APOIO EM SERVIÇOS GERAIS	22
7	AGENTE DE AUXILIO A JARDINAGEM	2
8	AGENTE DE AUXILIO ADMINISTRATIVO	1
9	AGENTE DE CONSERVAÇÃO DE CEMITÉRIO	6
10	AGENTE DE COPA E COZINHA	1
11	AGENTE DE FISCALIZAÇÃO DE EQUIPE	1
12	AGENTE DE JARDINAGEM	2
13	AGENTE DE LIMPEZA	24
14	AGENTE DE LIMPEZA II	5
15	AGENTE DE MANUTENÇÃO EM CALÇADAS	2
16	AGENTE DE OPERAÇÃO DE VEICULOS DE GRANDE PORTE	1
17	AGENTE DE PINTURA	4
18	AGENTE DE SUPERVISAO DE EQUIPE	1
19	AGENTE DE VARRIÇÃO URBANA	30
20	AGENTE DE VIGILANCIA	13
21	AGENTE OPERADOR DE BOMBA	27
22	AGENTE OPERADOR DE MAQUINA ROÇADEIRA	16
23	CUSTOS DIRETOS - OUTROS SERVIÇOS - INSUMOS - MATERIAL DE CONSUMO	1
24	**TOTAL**	**177**

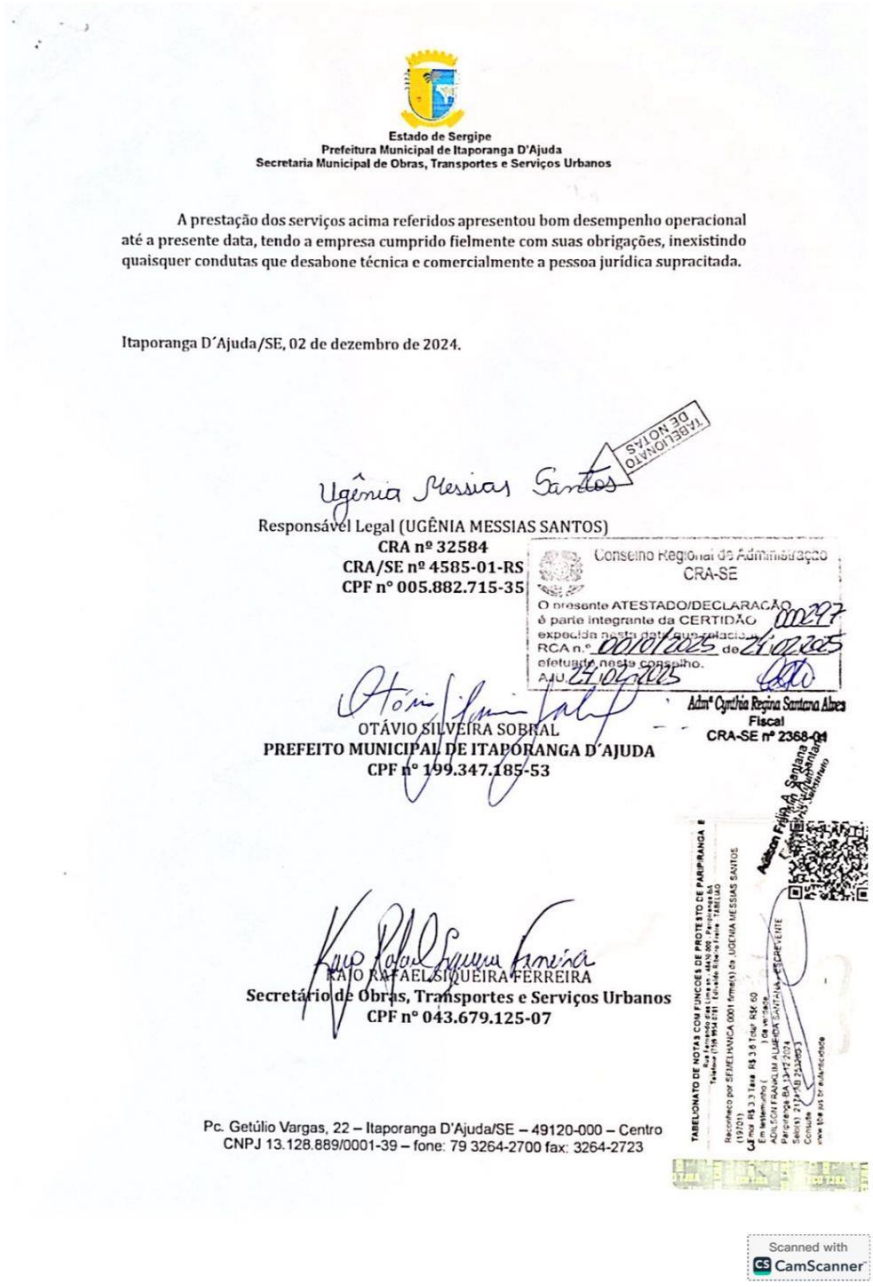
Pc. Getúlio Vargas, 22 – Itaporanga D'Ajuda/SE – 49120-000 – Centro
CNPJ 13.128.889/0001-39 – fone: 79 3264-2700 fax: 3264-2723

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

Scanned with CamScanner

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:28:24 que o documento de hash (SHA-256)
0344760e907ee3efedbe5858ba7c79d87368cf965332906c6b497b68cafc8636 foi validado em 29/05/2025 10:25:39 através da transação blockchain
0xaf9ea42b084fb54b7f8c7f4df08117f6881742e01994a21b54d1cd6631d9a85b e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272004)


Conselho Regional de Administração
CRA-SE
O presente ATESTADO/DECLARAÇÃO
é parte integrante da CERTIDÃO
expedida nesta data para relacio
RCA n.º 00117/2025 de 21/02/2025
efetuado neste conselho.
AJU 24/02/2025
Adm.ª Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01
Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025
Scanned with CamScanner
v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:28:24 que o documento de hash (SHA-256)
0344760e907ee3efedbe5858ba7c79d87368cf965332906c6b497b68cafc8636 foi validado em 29/05/2025 10:25:39 através da transação blockchain
0xaf9ea42b084fb54b7f8c7f4df08117f6881742e01994a21b54d1cd6631d9a85b e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272004)



Estado de Sergipe
Prefeitura Municipal de Itaporanga D'Ajuda
Secretaria Municipal de Obras, Transportes e Serviços Urbanos

A prestação dos serviços acima referidos apresentou bom desempenho operacional até a presente data, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, inexistindo quaisquer condutas que desabone técnica e comercialmente a pessoa jurídica supracitada.

Itaporanga D´Ajuda/SE, 02 de dezembro de 2024.

TABELIONATO DE NOTAS

Responsável Legal (UGÊNIA MESSIAS SANTOS)
CRA nº 32584
CRA/SE nº 4585-01-RS
CPF nº 005.882.715-35

Conselho Regional de Administração
CRA-SE
O presente ATESTADO/DECLARAÇÃO é parte integrante da CERTIDÃO 00027 expedida nesta data, quitada a(s) RCA n.º 00010/2025 de 24/02/2025 efetuada nesta conselho.
A.J.U. 24/02/2025
Adm.ª Cynthia Regina Santana Abreu
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01

OTÁVIO SILVEIRA SOBRAL
PREFEITO MUNICIPAL DE ITAPORANGA D´AJUDA
CPF nº 199.347.185-53

KAIO RAFAEL SIQUEIRA FERREIRA
Secretário de Obras, Transportes e Serviços Urbanos
CPF nº 043.679.125-07

Pc. Getúlio Vargas, 22 – Itaporanga D'Ajuda/SE – 49120-000 – Centro
CNPJ 13.128.889/0001-39 – fone: 79 3264-2700 fax: 3264-2723

TABELIONATO DE NOTAS COM FUNÇÕES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA

Reconhecido por SEMELHANÇA (001 firma(s)) de: UGENIA MESSIAS SANTOS

Em testemunho (
ADILSON FARKLIM ALMEIDA SANTANA - ESCREVENTE
Paripiranga-BA, 13/12/2024
Selo(s): 2124 AB 23240 3

Scanned with CamScanner

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 29/05/2025 10:28:24 que o documento de hash (SHA-256)
0344760e907ee3efedbe5858ba7c79d87368cf965332906c6b497b68cafc8636 foi validado em 29/05/2025 10:25:39 através da transação blockchain
0xaf9ea42b084fb54b7f8c7f4df08117f6881742e01994a21b54d1cd6631d9a85b e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272004)

Dautin Blockchain
Rua Dagoberto Nogueira, 100
Ed. Torre Azul - 11º Andar
Sala 1101, Centro, Itajaí - SC
(47) 3514-7599 I (47) 99748-2223
www.dautin.com I dautin@dautin.com

Prova de Autenticidade válida até 27/08/2025

CERTIFICADO DE PROVA DE AUTENTICIDADE ELETRÔNICA

A **Dautin Blockchain** CERTIFICA para os devidos fins de direito que, o arquivo digital especificado com o tipo documental **Autenticação** e representado pela função hash criptográfica conhecida como SHA-256, de código **0344760e907ee3efedbe5858ba7c79d87368cf965332906c6b497b68cafc8636** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Binance Smart Chain, sob o identificador único denominado NID **272004** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - ITAPORANGA D'AJUDA "**, cujo assunto é descrito como **"ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - ITAPORANGA D'AJUDA "**, faz prova de que em **29/05/2025 10:25:30**, o responsável **Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) (29.099.982/0001-00)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **29/05/2025 10:28:33** através do sistema de autenticação eletrônica da empresa Dautin Blockchain de acordo com o Art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, Art. 107 do Código Cível e Art. 411, em seus §§ 2º e 3º do Código de Processo Civil, estando dessa maneira de acordo para o cumprimento do Decreto 10278/2020.

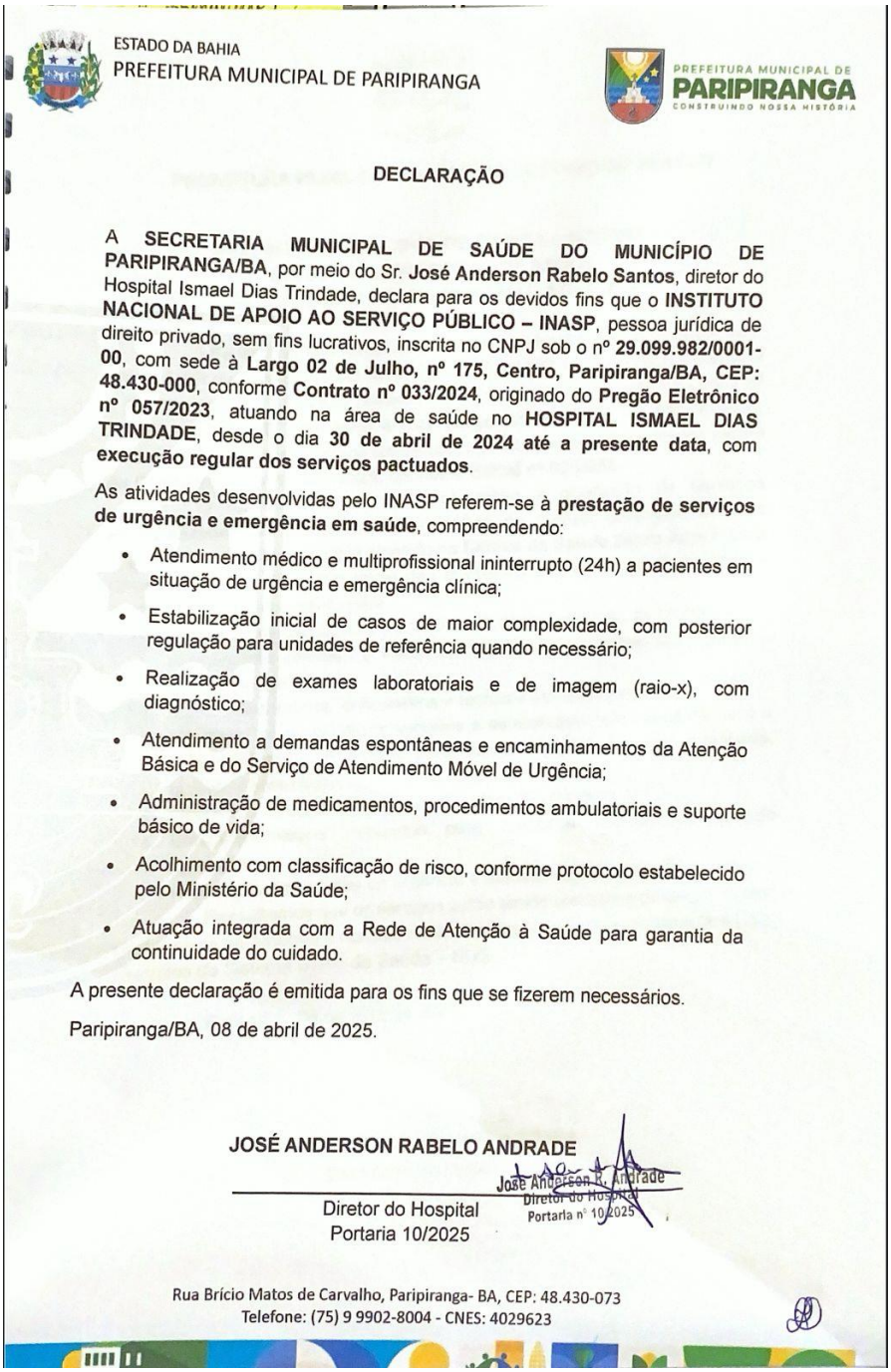
Para mais informações sobre a operação acesse o site **https://www.dautin.com** e informe o código da transação blockchain **0xaf9ea42b084fb54b7f8c7f4df08117f6881742e01994a21b54d1cd6631d9a85b**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://bscscan.com/**

[1] Legislação Vigente: Medida Provisória nº 2200-2/2001, Código Civil e Código de Processo Civil.

DAUTIN BLOCKCHAIN

Presidência da República Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos
MEDIDA PROVISÓRIA 2.200-2
DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

9.5.5 ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE PARIPIRANGA-BA



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARIPIRANGA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARIPIRANGA
CONSTRUINDO NOSSA HISTÓRIA

DECLARAÇÃO

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARIPIRANGA/BA**, por meio do Sr. **José Anderson Rabelo Santos**, diretor do Hospital Ismael Dias Trindade, declara para os devidos fins que o **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº **29.099.982/0001-00**, com sede à **Largo 02 de Julho, nº 175, Centro, Paripiranga/BA, CEP: 48.430-000**, conforme **Contrato nº 033/2024**, originado do **Pregão Eletrônico nº 057/2023**, atuando na área de saúde no **HOSPITAL ISMAEL DIAS TRINDADE**, desde o dia **30 de abril de 2024 até a presente data**, com **execução regular dos serviços pactuados**.

As atividades desenvolvidas pelo INASP referem-se à **prestação de serviços de urgência e emergência em saúde**, compreendendo:

- Atendimento médico e multiprofissional ininterrupto (24h) a pacientes em situação de urgência e emergência clínica;
- Estabilização inicial de casos de maior complexidade, com posterior regulação para unidades de referência quando necessário;
- Realização de exames laboratoriais e de imagem (raio-x), com diagnóstico;
- Atendimento a demandas espontâneas e encaminhamentos da Atenção Básica e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- Administração de medicamentos, procedimentos ambulatoriais e suporte básico de vida;
- Acolhimento com classificação de risco, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde;
- Atuação integrada com a Rede de Atenção à Saúde para garantia da continuidade do cuidado.

A presente declaração é emitida para os fins que se fizerem necessários.

Paripiranga/BA, 08 de abril de 2025.

JOSÉ ANDERSON RABELO ANDRADE
Diretor do Hospital
Portaria 10/2025

José Anderson R. Andrade
Diretor do Hospital
Portaria nº 10/2025

Rua Brício Matos de Carvalho, Paripiranga- BA, CEP: 48.430-073
Telefone: (75) 9 9902-8004 - CNES: 4029623

9.5.6 ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA DE RIACHÃO DO DANTAS-SE

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SERGIPE - CRA-SE

CERTIDÃO DE RCA

Nº000674/2025
VALIDADE: 29/11/2025

Certificamos, para os devidos fins da Lei nº 8666/93 alterada pela Lei nº 8883/94, que empresa abaixo identificada, encontra-se devidamente habilitada neste CRA-SE a prestação dos serviços descritos no ATESTADO/DECLARAÇÃO aqui apresentado e demais atividades previstas em seu objeto social - Lei nº 4769/65, e decreto nº 61934/67.

Certificamos, ainda, que a citada empresa tem executado serviços atinentes ao seu objeto social, conforme consta no ATESTADO/DECLARAÇÃO, que faz parte integrante desta Certidão devidamente registrado por este CRA-SE.

Esta Certidão vale como prova perante qualquer órgão Público ou Privado, resguardando-nos de qualquer ato ou fato que venha a ser apurado, que desabone ou comprove a falsidade do referido ATESTADO/DECLARAÇÃO.

RAZÃO SOCIAL: **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PUBLICO**
ENDEREÇO: LARGO 2 DE JULHO, Nº 175 - CENTRO - PARIPIRANGA - BA - CEP: 48430000
REG. CRA/SE PJ: Nº PJ-1020-RS
CNPJ: 29.099.982/0001-00
CAPITAL SOCIAL: 0,00

RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S)

ADMINISTRADOR **UGENIA MESSIAS SANTOS**, Registro no CRA/SE nº 4585-01-RS, CPF: 005.882.715-35, responsável técnico desde: 02/01/2025

REGISTRO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO - RCA

Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIACHÃO DO DANTAS/SE.
RCA Nº 0057/2024 **DATA:** 03 de dezembro de 2024

Aracaju/SE, 29 de maio de 2025

A autenticidade do documento pode ser conferida no site e número de controle abaixo:
http://cra-se.implanta.net.br/servicosOnline/Publico/ValidarDocumentos/
9e81615b-e2d8-4894-9038-f7271cc6f477

VÁLIDA SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO ATESTADO ACIMA RELACIONADO

CERTIDÃO EXPEDIDA CONFORME RESOLUÇÃO NORMATIVA CFA Nº 179/96

Rua Senador Rollemberg, 513, São José - Aracaju/SE Brasil, CEP: 49015-120
Telefone/Fax CRA-SE: (79) 3214-2229

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.170.28,** em 29/05/2025, às 10:30:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 30/05/2025 10:35:26 que o documento de hash (SHA-256)
ebd820cabcd4b1f234d72d65fdd7c2fa53939fb1ad6bac7500536ccc84d1bc9f foi validado em 30/05/2025 10:33:51 através da transação blockchain
0xfb5fc5e941eb8c3c92f11ff75ff701bf879734948fd200b9b27c83600932dc85a e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272198)

Prova de Autenticidade válida até 28/08/2025

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins e efeitos legais, que **o INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO (INASP)**, empresa estabelecida na cidade de Paripiranga, CEP: 48.430-000, Estado da Bahia, situada na Rua largo 2 de Julho, n° 175, Bairro Centro, CEP: 48.430-000, inscrita no **CNPJ sob nº 29.099.982/0001-00**, neste ato representada pela administradora **UGENIA MESSIAS SANTOS, CRA-BA nº 32584, CRA-SE nº 4585-01-RS**, contratada pela **PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHÃO DO DANTAS,** por intermédio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, CNPJ: 11.439.872/0001-77,** sediada na Praça Epifânio Gois, S/N, Centro, CEP: 49.320-000 – Riachão do Dantas – Estado de Sergipe, prestou serviços dentro do prazo no período de **05 de abril a 06 de agosto de 2024**, conforme quantitativos e especificações contratadas de acordo com o objeto abaixo exposto:

O presente atestado, proveniente do **Termo de Colaboração/Contrato nº 001/2024** com vigência **05/04/2024 a 04/04/2025**, valor global de **R$ 9.826.035,24** (nove milhões e vinte e seis mil e trinta e cinco reais e vinte e quatro centavos), tem por objeto a **PACTUAÇÃO COM A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ESPECIALIZADA NA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE, PARA ATUAR EM GESTÃO COMPARTILHADA COM O PODER PÚBLICO MINICIPAL NAS UNIDADES/EQUIPAMENTOS QUE COMPÕEM OS SERVIÇOS DE SAÚDE, SITUADOS NO MUNICÍPIO DE RIACHÃO DO DANTAS/SE,** conforme especificações e quantidades constantes no anexo VIII do Termo de Referência da Chamada Pública 01/2024.

Registramos também, que dentro do contrato acima especificado a empresa prestou os serviços em apoio à contratante na Área Saúde, quais sejam: **Consultoria e gestão administrativa; Capacitação/palestra para diversos profissionais; Gestão de mão de obra; Serviços especializados em medicina; Serviço em assistência social; Planejamento e execução de Plano de Trabalho; Gerenciamento e execução de mão de obra especializada; Gestão de profissionais; Gestão eficiente de profissionais médicos; Preparação de mão de obra especializada para o setor público; Implantação e desenvolvimento de sistemas integrados para gerenciamento e operação da área de saúde pública; e Consultoria em gestão e operação para a área de saúde pública.**

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresentou bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido fielmente com suas

Prova de Autenticidade válida até 28/08/2025

Digitalizado com CamScanner

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.183.165,** em 03/12/2024, às 10:29:17, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 30/05/2025 10:35:26 que o documento de hash (SHA-256) ebd820cabcd4b1f234d72d65fdd7c2fa53939fb1ad6bac7500536ccc84d1bc9f foi validado em 30/05/2025 10:33:51 através da transação blockchain 0xfb5fc5e94feb8c3c92f1ff75ff701bf879734948fd200b9b27c83600932dc85a e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272198)

obrigações, e até a presente data, inexiste quaisquer condutas que desabone técnica e comercialmente a pessoa jurídica supracitada.

Riachão do Dantas/SE, 06 de agosto de 2024.

TABELIONATO DE NOTAS

Ugenia Messias Santos
Administradora
CRA/BA nº 32584
CRA/SE nº 4585-01-RS

UGENIA MESSIAS SANTOS
ADMINISTRADORA CRA nº 32584 CRA nº 4585-01-RS

ANTÔNIO ANDRADE FARIAS
Secretário Municipal de Saúde

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE RIACHÃO DO DANTAS/SE
Reconheço a firma de: ANTÔNIO ANDRADE FARIAS. Por SEMELHANÇA. dou fé.
Selo TJSE: 202429627008049
Acesse: www.tjse.jus.br/s/AQQD7H
Riachão do Dantas/SE, 13 de setembro de 2024
Hanna Silva de Almeida- Escrevente
AA834925
Hanna Silva de Almeida
Escrevente Autorizada
Cartório do Ofício Único de
Riachão do Dantas/SE

TABELIONATO DE NOTAS COM FUNCOES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA BA
Rua Fernando dias Lima sn - 48430-000 - Paripiranga-BA
Telefone (75)9 9954.0781 - Edvaldo Ribeiro Freire - TABELIAO
Reconheco por SEMELHANCA 0001 firma(s) de UGENIA MESSIAS SANTOS
(19701)
Emol R$ 3.3 Taxa R$ 3.3 Total R$8,60
Em testemunho ( ) de verdade
JOAO RIBEIRO DE SANTANA NETO - ESCREVENTE
Paripiranga BA 26/11/2024
Selo(s) 2171 AB 250961-5
Consulte
www.tjba.jus.br/autenticidade

Conselho Regional de Administração
CRA-SE
O presente ATESTADO/DECLARAÇÃO é parte integrante da CERTIDÃO 000791
expedida nesta data que relacio... RCA n.º 005/2024 de 03/12/2024
efetuado neste conselho.
AJU 03/12/2024
Adm.ª Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01

Prova de Autenticidade válida até 28/08/2025

Digitalizado com CamScanner

SIS DOC NET ASSINATURA ELETRÔNICA
Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.163.165,** em 03/12/2024, às 10:29:22, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 30/05/2025 10:35:26 que o documento de hash (SHA-256) ebd820cabcd4b1f234d72d65fdd7c2fa53939fb1ad6bac7500536ccc84d1bc9f foi validado em 30/05/2025 10:33:51 através da transação blockchain 0xfb5fc5e94feb8c3c92f11ff75ff701bf879734948fd200b9b27c83600932dc85a e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272198)

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SERGIPE

1 – Número do RCA: 0057/2024
Data de Registro: 03/12/2024

REGISTRO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO RCA — **PESSOA JURÍDICA**

Sr. Presidente,
Solicito Registro de Comprovação de Aptidão das atividades abaixo especificadas:

Admª Cynthia Regina Santana Alves
Fiscal
CRA-SE nº 2368-01

Contratado

2 - Profissional Responsável:	3 – Formação Profissional:	4 – Registro CRA/SE Nº
UGENIA MESSIAS SANTOS	ADMINISTRADORA	32584
5 – Vigência do Contrato entre a empresa e Resp. Técnico: INÍCIO: 01/07/2024 TÉRMINO: 31/12/2024	6 - Data de Desligamento:	7 – Telefone: ramal:
8 – Endereço do Profissional Responsável: RUA CAMPO ANTIGO, Nº3, CENTRO, PARIPIRANGA/BA		9 – Alteração de cadastro ☐ Sim ☒ Não
10 – Empresa Contratada: INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP	11 – Registro CRA/SE Nº PJ-1020-RS	12 – Telefone: ramal:

Contratante

13 – Nome do Contratante:	14 - CPF ou CGC
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIACHÃO DO DANTAS/SE	11.439.872/0001-77
15 – Endereço do Contratante: PRAÇA EPIFÂNIO GOIS, S/N, CENTRO, RIACHÃO DO DANTAS/SE	16 – Telefone:

ENQUADRAMENTO Campo Privativo do Administrador

//	//
//	//
//	//
//	//
//	//

Descrição

17 – Descrição dos Serviços:
DENTRO DO TERMO DE COLABORAÇÃO/CONTRATO Nº01/2024, A EMPRESA PRESTOU SERVIÇOS DE APOIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NAS SEGUINTES ÁREAS: **CONSULTORIA E GESTÃO ADMINISTRATIVA, CAPACITAÇÃO/PALESTRA PARA DIVERSOS PROFISSIONAIS, GESTÃO DE MÃO DE OBRA, SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM MEDICINA, SERVIÇO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL, GERENCIAMENTO E EXECEUÇÃO DE MÃO DE OBRA ESPECIALIZAD PARA O SETOR PÚBLICO, IMPLATAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS INTEGRADOS PARA GERENCIEAMENTO E OPERAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA, E CONSULTORIA EM GESTÃO E OPERAÇÃO PARA A ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA.**

Observações

18 – Nº do Contrato:	19 - Nº Nota Fiscal:	20 - Nº Ordem de Empenho:	21 - Nº Ordem de Serviço:	22 – Aditivos:
01/2024				
23-				

24 – Valor do Serviço:	25 – Vigência do Contrato:
R$9.826.035,24 Valor Global	INÍCIO: 05/04/2024 TÉRMINO: 04/04/2025

Assinaturas

26	DE ACORDO:
Aracaju,	Ugenia Messias Santos Administradora CRA/BA nº 32584 CRA/SE nº 4585-01-RS Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico
X Assinatura do Requerente	AUTORIZO O RCA: p/ Adm. Carlos Menezes Calasans Eloy dos S. Filho Presidente do CRA-SE CRA-SE Nº 2189-01

1ª Via – Arquivo Geral (Cra/Se) 2ª Via – Arquivo do Requerente 3ª Via - Requerente
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE COM A CHANCELA DO CRA/SE.

Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA REGINA SANTANA ALVES, FISCALIZAÇÃO, IP de acesso 177.70.163.165,** em 03/12/2024, às 10:29:26, conforme horário oficial de Brasília. Com fundamento na Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 30/05/2025 10:35:26 que o documento de hash (SHA-256) ebd820cabcd4b1f234d72d65fdd7c2fa53939fb1ad6bac7500536ccc84d1bc9f foi validado em 30/05/2025 10:33:51 através da transação blockchain 0xfb5fc5e94feb8c3c92f1ff75ff701bf879734948fd200b9b27c83600932dc85a e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 272198)

Prova de Autenticidade válida até 28/08/2025

Dautin Blockchain
Rua Dagoberto Nogueira, 100
Ed. Torre Azul - 11º Andar
Sala 1101, Centro, Itajaí - SC
(47) 3514-7599 I (47) 99748-2223
www.dautin.com I dautin@dautin.com

Prova de Autenticidade válida até 28/08/2025

CERTIFICADO DE PROVA DE AUTENTICIDADE ELETRÔNICA

A **Dautin Blockchain** CERTIFICA para os devidos fins de direito que, o arquivo digital especificado com o tipo documental **Autenticação** e representado pela função hash criptográfica conhecida como SHA-256, de código **ebd820cabcd4b1f234d72d65fdd7c2fa53939fb1ad6bac7500536ccc84d1bc9f** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Binance Smart Chain, sob o identificador único denominado NID **272198** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - RIACHÃO DO DANTAS"**, cujo assunto é descrito como **"ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA - RIACHÃO DO DANTAS"**, faz prova de que em **30/05/2025 10:33:44**, o responsável **Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) (29.099.982/0001-00)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **30/05/2025 10:35:27** através do sistema de autenticação eletrônica da empresa Dautin Blockchain de acordo com o Art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, Art. 107 do Código Cívil e Art. 411, em seus §§ 2º e 3º do Código de Processo Civil, estando dessa maneira de acordo para o cumprimento do Decreto 10278/2020.

Para mais informações sobre a operação acesse o site **https://www.dautin.com** e informe o código da transação blockchain **0xfb5fc5e94feb8c3c92f1ff75ff701bf879734948fd200b9b27c83600932dc85a**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://bscscan.com/**

[1] Legislação Vigente: Medida Provisória nº 2200-2/2001, Código Civil e Código de Processo Civil.

DAUTIN BLOCKCHAIN

Presidência da República Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos
MEDIDA PROVISÓRIA 2.200-2
DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHÃO DO DANTAS/SE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIACHÃO DO DANTAS/SE
DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A Secretaria Municipal de Saúde de Riachão do Dantas, Estado de Sergipe, por meio de sua Secretária, Anne Caroline de Santana Dantas, **DECLARA**, para os devidos fins, que o **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº **29.099.982/0001-00**, com sede situada no endereço **Largo 02 de Julho, nº 175, Centro, Paripiranga/BA, CEP 48.430-000**, é responsável, conforme **Termo de Colaboração nº contrato nº 001/2024**, decorrente do **Chamamento Público nº 001/2024**, pela execução de serviços de saúde no âmbito municipal, auxiliando na **Unidade Mista de Saúde e Maternidade Dona Caçula**, neste Município.

Declaro, que desde o dia **05 de abril de 2024**, até a presente data, o INASP vem prestando, de forma contínua e regular, **serviços de urgência e emergência**, compreendendo: (1) Atendimento médico e multiprofissional 24 horas por dia, incluindo clínico geral, enfermagem, técnico de enfermagem; (2) Estabilização e primeiros socorros em casos de urgência e emergência, com regulação para unidades de maior complexidade, quando necessário; (3) Procedimentos ambulatoriais, administração de medicamentos e suporte à vida; (4) Classificação de risco conforme protocolo nacional de acolhimento e triagem.

O serviço executado pelo INASP é parte fundamental da Rede de Atenção às Urgências do município, garantindo resposta eficiente e humanizada às demandas emergenciais da população.

Riachão do Dantas/SE, 08 de abril de 2025.

ANNE CAROLINE DE SANTANA DANTAS
Secretária Municipal de Saúde

Anne Caroline de Santana Dantas
Secretária Municipal de Saúde
Decreto 02/2025

9.6 ESTRUTURA DIRETIVA

Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva.

Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto.

	NOME	DOCUMENTO
1	LOURIVAL MONIZ DE JESUS	Currículo
2	TAILANA SENA OLIVEIRA	Currículo
3	GEAN FRANCISCO CERCAL	Currículo
4	ANTONIO RICARDO GOMES ANDRADE	Currículo

1 - LOURIVAL MONIZ DE JESUS

Lourival Moniz de Jesus

Rua Reginaldo Muritiba do Lago, nº 220, Cond. Quartier CASA 28, 44.073-010 Feira de Santana – BA. (71) 99698 8855 - luzes4@hotmail.com

38 anos, Brasileiro, Solteiro e Habilitado (Disponibilidade para viagens).

Objetivo: Médico

Síntese das qualificações

- Carreira em desenvolvimento na área de medicina com experiência acadêmica na identificação de doenças e sintomas, orientação sobre tratamento mais apropriado,realização e solicitação de exames complementares.
- Vivência acadêmica na solicitação e análise de exames e procedimentos, prescriçãode receitas e medicações, preenchimento de guias e fichas técnicas.
- Visita a pacientes internados em unidade de Enfermaria, Clínica médica e Cirúrgica, agindo na avaliação de quadros críticos e semicríticos e na prestação de informaçõesaos familiares.
- Prestação de serviços em unidades ambulatoriais, deferimento do fluxo de paciente,mapeamento das realizações em caráter eletivo e emergencial e

recebimento e repasse de plantões.

- Atuação em instituições de saúde como clínicas, postos de saúde e hospitais públicos.
- Gestão em saúde pública, fomentando e gerenciando políticas públicas de saúde.
- Gestão em unidades hospitalares, criando e acompanhando processos tanto no acolhimento, seguimento clínico e segurança do paciente.

Formação Acadêmica

- Graduação em Medicina – Conclusão em 2014.2
  - FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências
- Pós-graduando em Cardiologia – em Andamento
  - IPEMED
- Pós-graduando em Medicina Intensiva – em Andamento
  - AMIB/UNIREDENTOR

Experiência profissional

02/2022 a ATUAL – Hospital Municipal de Catu – Catu – Bahia
Diretor Médico (SANTA CASA DA MISERICORDIA DA BAHIA)

02/2022 a ATUAL – Hospital Municipal de Catu – Catu – Bahia Diarista (enfermaria)

01/2023 a ATUAL – Hospital Municipal Nossa Senhora da Natividade – Santo Amaro – Bahia
Diretor Médico

05/2022 a ATUAL – Hospital Medicina Humana – Candeias – Bahia Cardiologia (Ambulatório)

01/2022 a 09/2022 – Hospital Municipal Nossa Senhora da Natividade – Santo

Amaro –Bahia

Diarista (enfermaria)

08/2021 a 11/2011 – UPA Simões Filho – Bahia

Coordenador Medico

08/2021 a ATUAL – Prefeitura Municipal de Laudo de Freitas – BahiaCardiologia (Ambulatório)

08/2021 a ATUAL – Prefeitura Municipal de Terra Nova – BahiaCardiologia (Ambulatório)

03/2020 a ATUAL – Hospital Medicina Humana – Candeias – BahiaMedico Intensivista (UTI)

01/2019 a ATUAL – Hospital Docente Assistencial Celia Almeida Lima – São Francisco doConde – Bahia

Diarista (enfermaria)

04/2019 a 09/2020 – Hospital Municipal de Paripiranga – BahiaMédico Clínico (Emergência)

01/2017 a 05/2021 – Hospital Docente Assistencial Celia Almeida Lima – São Francisco doConde – Bahia

Médico Clínico (Emergência)

06/2019 A 09/2019 – PREFEITURA MUNICIPAL DE AMÉLIA RODRIGUES – BAHIA SECRETÁRIO DE SAÚDE DE AMÉLIA RODRIGUES - BA

01/2017 A 05/2019 – PREFEITURA MUNICIPAL DE AMÉLIA RODRIGUES – BAHIADIRETOR GERAL DE SAÚDE DE AMÉLIA RODRIGUES – BA

03/2016 a 12/2016 – Hospital Municipal Nossa Senhora da Natividade – Santo Amaro –Bahia

Diretor Médico

03/2015 a 12/2016 – Hospital Edvaldo Carlos Barreto, Acupe, Santo Amaro - BahiaMédico Clínico (Emergência)

01/2015 a 12/2016 – Hospital Municipal de Saubara
Médico Clínico (Emergência)

07/2016 a 09/2016 – UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ParipeMédico Clínico (Emergência)

07/2016 a 11/2016 – HTO - Hospital de Traumatologia e OrtopediaPlantonista da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

06/2016 a 12/2016 – Hospital Municipal de Terra NovaMédico Clínico (Emergência)

07/2016 a 08/2016 – Hospital Estadual Ernesto Simões Filho Médico Clínico (Emergência)

07/2015 a 07/2016 – Hospital Municipal de Olindina
Médico Clínico (Emergência)

07/2015 a 02/2016 – Hospital Teresa de Lisiex Salvador Médico Clínico (Emergência)

05/2015 a 08/2015 – UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Simões FilhoMédico Clínico (Emergência)

04/2015 a 08/2105 – Hospital Municipal de Dias D'Avila Médico Clínico (Emergência)

02/2015 a 07/2015 – Hospital Municipal de Entre Rios Médico Clínico (Emergência)

02/2015 a 07/2015 – Hospital Municipal de Inhambupe Médico Clínico (Emergência)

02/2015 a 06/2015 – UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Valéria

Médico Clínico (Emergência)

12/2014 a 04/ 2015 – Hospital Municipal de Simões Filho Médico Clínico (Emergência)

01/2015 a 03/2015 – USF (Unidade de saúde da família) Amélia Rodrigues Médico Clínico

03/2015 a 03/2015 – Hospital Municipal de Rio Real Médico Clínico (Emergência)

02/2015 a 02/2015 – Hospital Geral Roberto Santos - BA Médico Clínico (Emergência)

09/2014 a 03/2015 – HCT (Hospital de Custodia e Tratamento) Médico Clínico

Formação Complementar

- Curso de Ecocardiografia Adulto
  ESCOLA DE ECOGRAFIA DE PERNAMBUCO – ECOPE

- Curso de Especialização em Doppler Arterial e Venoso de Membros Inferiores CLINICA E ESCOLA DE IMAGEM – CALIPER

- Curso de Especialização em Doppler Arterial de Carótidas e Vertebrais CLINICA E ESCOLA DE IMAGEM - CALIPER

- Curso de ATLS – Suporte Avançado de Vida no Trauma27 de Agosto a 28 de Agosto de 2016 - 16h
  INESS – Instituto de Ensino e Simulação em Saúde

- Programa de Extensão em Medicina Legal (TANATOLOGIA).13 de abril a 13 de agosto de 2011
  Instituto Médico Legal (Nina Rodrigues) - Secretária de Segurança Publica/BA

- Simpósio Emergências Neurológicas.30 de Outubro de 2010
  LANA (Liga Acadêmica de Neurociência Aplicada) – Escola Baiana de Medicina e Saúde Publica.
- 6ª Jornada Norte Nordeste de Anestesiologia.08 a 10 de Março 2012
  Sociedade de Anestesiologia da Bahia, Saciedade de Brasileira de Anestesiologia eCooperativa dos Médicos Anestesiologistas da Bahia.

- I Curso de Atualização em Emergências Cardiovasculares.26, 27 e 28 de Abril de 2011
  Liga de Trans-cardiologia – BA.

- Atualização em Articulação Temporo-Mandibular31 de Agosto de 2009
  IV Curso de Educação Continuada em Cirurgia Craniomaxilofacial

- A cirurgia crâniomaxilofacial e a neurocirurgia25 de Maio de 2009
  IV Curso de Educação Continuada em Cirurgia Craniomaxilofacial

- Patologias Cirurgicas das Paratireoides, Tumores Marrons e Tumores Osseos28 de Setembro de 2009

Informática

Conhecimento avançado no pacote Office e Internet.



CERTIFICADO

O INESS - Instituto de Ensino e Simulação em Saúde, certifica que

Lourival Moniz de Jesus

concluiu com sucesso o curso de

ACLS - Suporte Avançado de Vida Cardiovascular

com carga horaria de 16 horas,

realizado no periodo de 27/06/2025 a 28/06/2025

Salvador, Sábado, 28 de Junho de 2025

Gilson Soares Feitosa Filho
Coordenador do Curso

Izio Kowes
Coordenador Geral do INESS

AFILIADO

AUTHORIZED TRAINING CENTER

INESS

ABM

Prova de Autenticidade válida até 29/09/2025

Digitalizado com CamScanner

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 01/07/2025 08:12:25 que o documento de hash (SHA-256)
ddd29e9c04e5302263e58f9381aafa252623491273b086c37940a124d32a09e0 foi validado em 01/07/2025 08:10:22 através da transação blockchain
0xa00c0511349ff64eaf6af77bd112bd7fdce1093ef69469e36b41e4aab247b453 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 276410)

2 - TAILANA SENA OLIVEIRA



TAILANA SENA OLIVEIRA

CONTATO

Rua João Florêncio Gomes, nº53 São Francisco do Conde BA 43900-000

(71) 99740-3869,
tailanaenfer@gmail.com

HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

- Atenção à saúde e foco no bem-estar do paciente
- Enfermeira Coaching
- Comunicação eficaz com pacientes e colegas
- Capacidade de liderança de equipes heterogêneas
- Conhecimento de Pacote Office para controle administrativo
- Conhecimento de sistemas de gestão hospitalar
- Preparo e conhecimento técnico
- Liderança
- Responsabilidade e comprometimento
- Aprendizado contínuo
- Discrição e ética

OBJETIVO

- Obter uma posição como enfermeira, na área de gestão em saúde, enfermagem do trabalho, obstetrícia, neonatologia, educação em saúde, gestão de leitos, núcleo interno de regulação, supervisão em enfermagem, liderança, coaching, preceptoria, coordenação de enfermagem, dentre outros, onde eu possa aproveitar ao máximo o aprendizado da minha formação e qualificação continua, além de minha habilidades interpessoais para fornecer ao paciente um atendimento humanizado e assim gerar resultados positivos para o crescimento pessoal, profissional e da empresa.

HISTÓRICO PROFISSIONAL

Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde- BA - Secretária

- Atividades Desenvolvidas: Preenchimento de documentos, Histórico escolar, Atas de resultados finais etc.

INSTITUTO VIDA FORTE - Enfermeira Núcleo de Epidemiologia

- Atividades desenvolvidas: Auditoria da unidade hospitalar, relatório mensal, atualização de protocolo operacional padrão (POP), controle Diário e mensal de antimicrobianos, Supervisão de normas e rotinas diárias, encaminhamento a VIEP de fichas de notificação compulsória , controle de DNV e DO, relatório de Indicadores epidemiológicos mensal, acompanhamento de controle bacteriológico da água, acompanhamento da desinsetização, controle de filtros do bebedouro, atualização da omissão de controle de Infecção hospitalar, bem como intervenção para controle de IRAS

FABAMED - Supervisora

- Gestão de leitos, Educação Permanente em Saúde
- Atividades desenvolvidas: Garantir entradas e saídas de pacientes de forma segura, estabelecendo critérios organizacionais
- Gerenciar toda essa movimentação, a gestão de leitos implementa sistemas de informação para monitorar e planejar a ocupação hospitalar, bem como processos operacionais que permitam operacionalizar a admissão, a transferência e a alta de pacientes

- Eficiência nas tomadas de decisão
- Sigilo e ética profissional
- Postura profissional, garantindo o sigilo das informações
- Conhecimento em sistemas de gestão de processos e pessoas
- Bom relacionamento interpessoal para trabalho em equipe
- Zelo pela higiene e organização do local de trabalho
- Disposição para o aprendizado e aprimoramento contínuos
- Supervisão de tarefas e equipes,

CERTIFICAÇÕES

QUALIFICAÇÕES E FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Entidade: DINÂMICA DE CURSOS
Curso: Auxiliar de Escritório, com marketing pessoal.
Carga Horária: 06 h
Entidade: SESI
Curso: Programa de criança com o tema " Inclusão e singularidade"
Carga Horária: 08 h
Entidade: ABENFO-BA
Curso: I Encontro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal da Bahia. A contribuição da enfermagem obstétrica e neonatal no contexto do SUS: a Rede Cegonha como marco político na atenção á saúde da mulher e recém-nascido.
Curso: Minicurso Assistência de Enfermagem nas urgências e Emergências Obstétricas.
Carga Horária: 04 horas
Entidade: IPERBA
Curso: Educação permanente em enfermagem " Cuidar é a nossa

- Dessa forma, garante-se que os internados possam ser bem atendidos e que haja uma taxa de ocupação viável para uso, sem deixar faltar vagas para novos pacientes.Realização de POP e melhoria de fluxos
- Realização de treinamentos, controle de estagiários, planejamento estratégico de ações voltadas para
- Paciente e colaborador, dentre outros.

PROVIDA **- Enfermeira, Assessoria estratégica**
01/2018 - 01/2019

- Atividades desenvolvidas: Acompanhamento de comissões hospitalares (Comissão de Revisão de Óbito, comissão de controle de infecção hospitalar, Núcleo de segurança do paciente, CIPA, comissão de ética de enfermagem, comissão médica, núcleo de qualidade, grupo humanização, comissão de farmácia e terapêutica), controle interno, auditoria interna, Elaboração e revisão de protocolos institucionais, planejamento estratégico, ouvidoria interna, qualidade e comunicação

PROVIDA **- Enfermeira Assistencial**
01/2016 - 01/2017

- Centro cirúrgico, obstetrícia e pediatria)
- Atividades desenvolvidas: Assistência em geral (experiência em obstetrícia e alojamento conjunto, centro cirúrgico e enfermaria pediátrica, ortopédica e cirúrgica)
- Enfermeira/ Acolhimento e classificação de risco (Protocolo de Manchester).

PROVIDA **- Líder**
01/2016 - 01/2017

- Coordenação de enfermagem)
- Atividades: Atuar na coordenação do grupo de acordo com a política institucional, motivar e auxiliar a equipe nos processos de melhoria técnico-assistencial, realizar avaliação de desempenho dos funcionários, através da supervisão das atividades desempenhadas pelos colaboradores e levantar as necessidades de treinamento para progresso profissional dos colaboradores, elaborar escala mensal de serviços, acompanhar
- Controle da manutenção dos equipamentos médicos hospitalares, dentre outros.

PROVIDA **- Enfermeira**
01/2015 - 01/2016

- Atividades Desenvolvidas: atendimento e acompanhamento com equipe multidisciplinar, visita de busca ativa para confirmação de novos casos, faltosos e/ou abandono de tratamento e acompanhamento, cadastro e mapeamento de casos novos, monitoramento e acompanhamento dos casos existentes, encaminhamento para especialista hematologista, marcação de consultas e exames de média e alta complexidade conforme

especialidade"
Carga Horária: 08 h
Entidade: Secretaria da Saúde da Bahia
Palestra: Videoconferência Com o Tema "A Mulher "
Temas Abordados: Prevenção do Câncer de Colo de Útero e detecção do Câncer de Mama, Violência de Gênero e Notificação e Direitos Sexuais e Reprodutivos.
Carga Horária: 04 h
Entidade: SUVISA/DIVEP /SECRETARIA DA SAÚDE
Curso: Capacitação em Manejo Clínico da Tuberculose e da Infecção Latente ILTB
Carga Horária: 16 h
Entidade: 15° CBCENF
Curso: Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE (carga horária: 8 horas) e Escrever para publicar (carga horária de 4 horas).
Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem com carga horária: 30 h
Entidade: UNIME
II Semana de Enfermagem
Palestra: A Enfermagem humanizada vale á vida
Mesa Redonda: O trabalho da equipe multidisciplinar em saúde na visão dos profissionais e o Papel das entidades de classe.
Minicurso: Hotelaria Hospitalar
Carga Horária: 12 horas
Entidade: Secretaria Municipal da Saúde/ ADECC
Curso: Capacitação Teórico-prática Sobre Coleta de Lâminas para Papanicolau e Exame Clínico das Mamas.
Carga Horária: 64 horas
Entidade: UNIME
Palestra: O Ato Humano de Cuidar
Carga Horária: 12 h
Entidade: BRINK MOBIL
Curso: Formação de Assessores do Projeto Brink Robótica -

necessidade, orientação genética para pacientes com traço falciforme e/ou diagnostico fechado e apoio a familiares, capacitação profissional para os profissionais de saúde da rede do município, estudo de caso, atividades educativas e reunião de equipe

- Ano:

Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde- BA - Secretaria
01/2013 - 01/2015

Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde- BA - Secretaria
01/2011 - 01/2012

Secretaria de Educação, Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde- BA/ BRINK MOBIL - Enfermeira
01/2007 - 01/2008

- Atividades Desenvolvidas: Coordenação de 9 escolas Municipais, assessorando ao projeto de brink robótica nas escolas e ministrando aulas, Atividades Desenvolvidas: Apoio institucional de 15 equipes de saúde da família, apoio administrativo, elaboração de escalas profissionais e relatórios, consolidação de dados, supervisão de equipe, atendimento ao cliente, dentre outras atividades inerentes as Unidades de Saúde da Família, vacinação, realização de teste rápido

CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CIEE, ADM - PROCESSAMENTO DE DADOS
07/2005 - 07/2006

- Rea de Atuação:, Atividades Desenvolvidas: DAR INFORMACOES AOS CLIENTES SOBRE ABERTURAS DE CONTAS; CADASTRAR CONTAS NOVAS; PREENCHER GUIAS DE DEPOSITO, RETIRADA, docs
- E ORDENS DE PAGAMENTO, DE CREDITO E DE DEBITO, ETC; ARQUIVAR DOCUMENTOS DIVERSOS; CONSULTAR ARQUIVOS DE MICROFICHAS E TERMINAL ON-LINE; SEPARAR, CLASSIFICAR E PREPARAR DOCUMENTOS DE CAIXA PARA FINS CONTABEIS; DATILOGRAFAR DOCUMENTOS DIVERSOS; CONFERIR DOCUMENTOS E RELATORIOS; MONTAR PROCESSOS; CONFECCIONAR MAPAS/CARTOES; RECEBER, EXPEDIR E FAZER TRIAGEM DE CORRESPONDENCIAS E DOCUMENTOS; CALCULAR E CONFERIR JUROS, MORA E IOF; PREPARAR TITULOS DE COBRANCA PARA, E DOCUMENTOS PARA MICROFILMAGEM
- OPERAR MICRO-COMPUTADORES

FORMAÇÃO ACADÊMICA

UNIME

Graduação:
Enfermagem

PSUS- Pelo Hospital Sírio Libanês)

Pós-graduada:
Preceptoria do SUS

Laboratório de Educação Tecnológica
Carga Horária: 20 h
IX Seminário dos Direitos das Crianças e Adolescentes/ Programa de criança
Com o tema: " Inclusão e Singularidade"
Promoção: FIEB/SESI
Patrocínio: BR PETROBRAS
Carga horária: 8 horas
Entidade NUPAD/FM /UFMG/SENAC.
Curso: Doença Falciforme- Linha de Cuidados na Atenção Primária/ Capacitação para equipes de saúde da atenção primária
Carga Horária: 95 horas
Entidade: TELELAB
Curso: Doença Falciforme- Conhecer para Cuidar
Carga Horária: 30 horas
Entidade: APAE/ SUS/ Ministério da Saúde
Curso: Sobre Atenção á Saúde de Pessoas com Doença Falciforme
Com temas abordados: Dados da triagem neonatal, Orientação Genética e questões organizadoras do SRTN, Gestão na atenção á pessoa com doença falciforme na Bahia e o Papel do controle social.
Carga horária: 16 horas.
Gestão de Faturamento Hospitalar
Curso BLS-BASIC LIFE SUPPORT FOR HEALTHCARE PROVIDERS (TREINAMENTO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E RESGATE, Capacitação para suporte a vida, seguindo programa PCR PRO and AED do American Health Institute, conforme o protocolo Internacional ILCOR-International Liaison Committee on Resuscitation e Diretrizes G2015, publicadas pela AHA-American Heart Association.
Entidade AED CURSOS

- *UNISBA-Centro Universitário da Bahia*

Pós-graduada:
Obstetrícia e Neonatologia

- *FACET*:

Gestão em Saúde e Controle de Infecção Hospitalar

- *DNA PÓS*

Pós-graduada:

Enfermagem do Trabalho

- *DNA PÓS*

Pós-graduanda: Saúde publica com ênfase em sáude da família e Vigilância Epidemiologica

- *TEAM COACH CIS EVOLUTION*

Curso: Capacitação em emergência
Entidade: IPERBA
Curso SESAB: " Zero morte materna por hemorragia pós-parto"
Entidade: Ministério Publico
1° Encontro de Secretarias Municipais: Dialogando a rede de transplante do Estado da Bahia.
Entidade: SOBAPE
Curso: Reanimação neonatal e transporte neonatal
Ano: 2019

3 - GEAN FRANCISCO CERCAL



- **Capacidade de Planejamento**: Experiência em desenvolver e implementar planejamentos estratégicos eficazes, alinhando metas corporativas com ações práticas para alcançar resultados significativos.
- **Visão de Negócio** Business Intelligence (BI) e novas tecnologias de gestão hospitalar para melhorar a eficiência operacional e a tomada dedecisões.
- **Adaptação a Mudanças**: Flexibilidade para adaptar operações e processos às inovações tecnológicas e mudanças no ambiente de saúde.
- **Comunicação Eficaz**: Habilidade em manter comunicação clara e eficaz com todas as partes interessadas, incluindo clientes, fornecedores, e órgãos reguladores.
- **Representação Institucional**: Experiência em representar a instituição em negociações e eventos, fortalecendo a imagem e a reputação do hospital.
- **Transformação Organizacional**: Histórico de sucesso em reestruturar operações hospitalares eAmbulatoriais, expandir capacidades e melhorar indicadores de performance.

- **Impacto Econômico Positivo**: Provas de impacto econômico positivo através de iniciativas estratégicas, co sidades específicas do hospital, promovendo crescimento e sustentabilidade.
- **Controle Orçamentário**: Competência em elaborar e gerenciar orçamentos, garantindo a saúdefinanceira da instituição. Experiência em reverter déficits financeiros e otimizar recursos.
- **Redução de Custos**: Proficiente em negociar contratos e implementar medidas de redução decustos sem comprometer a qualidade dos serviços.
- **Certificações de Qualidade**: Experiência comprovada na obtenção e manutenção de acreditações internacionais, como a Joint Commission International, Qmentum, Ona, Qualitotal assegurando altos padrões de segurança do paciente.
- **Melhoria Contínua**: Comprometimento com a melhoria contínua dos processos de qualidade,incluindo a implementação de centros de pesquisa e inovação.
- **Desenvolvimento de Equipes**: Habilidade em desenvolver lideranças e equipes de alto desempenho, focando em produtividade, resultados e geração de valor.
- **Engajamento e Motivação**: Capacidade de criar um ambiente de trabalho positivo que promove o engajamento e a satisfação da equipe.
- **Implementação de Tecnologia**: Experiência em integrar sistemas de
- mo a reversão de EBITDA negativo e a implementação de controles internos eficazes.
- : Habilidade em integrar modelos de negócios inovadores e adaptá-los às necessecidades.

FORMAÇÂO ACADÊMICA

MBA **Gerenciamento e Planejamento Estratégico**	PUC PR	**2010**
MBA **Finanças, Controladoria e Auditória**	FGV	**2007**
Pós-Graduação **Controladoria**	UNOESC	**2004**
Graduação em **Ciências Contábeis**	UNIVILLE	**2000**

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Hospital de Brotas – Salvador/BA 12/24 – Até o momento.

Hospital Privado com 131 leitos

Diretor Geral

Direção Geral do Hospital de Brotas, com início de operação em 07/24, 131 leitos operacionais, sendo 20 de UTI Adulta, 10 de UTI Pediátrica, 30 de Internação Pediátrica, 71 de Internação Adulta, Pronto Atendimento Clínico, Ortopédico e Pediatria, 5 salas cirúrgicas.

Principais projetos e resultados:

- Elaboração do Planejamento Estratégico;
- Start do Departamento de Qualidade do Hospital;
- Primeira Auditoria de Qualidade focado na metodologia ONA;
- Estabelecer os Indicadores Estratégicos e Operacionais do Hospital;

Metas Estabelecidas:

- Desenho e organização do mapeamento de Processo de todos os Departamentos;
- Execução do Planejamento Estratégico, seu desdobramento;
- Implementar o Huddle do Hospital;
- Estabelecer o cronograma de reuniões de Governança Focado nos indicadores e resultados.

Hospital Renascença – Aracajú/SE

03/24 – 09/24

Hospital Privado com 121 leitos

Superintendência Geral

Superintendência do Hospital Renascença com 45 anos, 71 leitos operacionais, sendo 20 de UTI e 51 de Internação, Pronto Atendimento Clínico e Ortopédico, 4 salas cirúrgicas.

Principais projetos e resultados:

- Organização dos processos de Faturamento reduzindo os dias de Faturamento;
- Implantação da Pré-auditoria de Contas reduzindo o % de glosas
- Criação de Visões de Informações de Negócios(BI);
- Elaboração de Fluxo de Caixa Diário para Planejamento melhorando as prioridades de pagamentos;
- Elaboração de estratégia Comercial para relacionamento com Mercado;
- Avaliação das tabelas e regras de negociações com Convênios;
- Implantação do Safety Huddle no Hospital;
- Redução de Custos na Aquisição de mat/met;
- Redução de Headcount.

Instituto Mais Saúde | Hosp. Regional Baixo Amazonas – Santarém/PA 2

023 | 2024

Organização Social de Saúde atuante no Pará e na Região Sudeste do Brasil.

Diretor Geral

Direção Geral do Hospital Regional Baixo Amazonas com 173 leitos, com referência em Oncologia para todaregião Oeste, Xingú e Tapajós, com mais de 1.000 colaboradores.

Principais projetos e resultados:

- Implantação da Governança Administrativa;
- Dimensionamento de colaboradores;
- Alinhamento e desdobramento das metas corporativas;
- Acompanhamento dos Resultados Econômico-Financeiro;
- Acompanhamento das metas pactuadas com o Estado;
- Implementações de controles internos;
- Relacionamento com Médicos do Corpo Clínico;
- Relacionamento com o Mercado;

KORA SAÚDE | Hospital Neurológico – Goiânia/GO

2021 | 2023 *Um dos maiores grupos hospitalares do país, a Kora Saúde possui*

sete hospitais no Espírito Santo, Três no Ceará, dois no Tocantins e está presente ainda no Mato Grosso, Distrito Federal e Goiás.

Diretor Geral

Direção Geral do Instituto de Neurologia de Goiânia com 96 leitos, realizando a integração do Modelo de Negócio do Grupo Kora.

Principais projetos e resultados:

- Reestruturação de todas as áreas de Apoio e Assistencial do hospital.
- Aperfeiçoamento do planejamento estratégico da instituição.
- Alinhamento e desdobramento das metas corporativas.
- Elaboração do plano orçamentário.
- Implantação de um novo sistema de gestão hospitalar (MV).
- Implementações de controles internos.
- Integração de outras unidades de negócio (Angiocardis/Hemodinâmica e CEGOT/Ressonância).
- Reversão de EBITDA negativo (-10%) para 12% em 2022.
- Economia de melhoramento de processos na ordem de 6 milhões nos primeiros 6 meses (compras, contratos, processos).
- Redimensionamento da capacidade produtiva à necessidade de Demanda, redução de 4 mil/ano.
- Plano de investimentos para melhorar a experiência do paciente e do médico.

HOSPITAL CARE/HUB FLORIANÓPOLIS

2020 | 2021

Hospital CARE é um Holding composta por fundos de Investimentos com objetivo de Administração de Hospitais e Unidades de Negócio de Saúde, com estratégia de crescimento por M&A e modelagem de Gestão de Negócios, com mais de 10 Hospitais nas regiões Sudeste e Sul.

Hospital de Caridade - Diretor Geral

HUB Florianópolis - Diretor de Operações

Administração das áreas de operação das Unidades de Negócios. Desenvolvimento das Lideranças para Gestão de Negócio. Gestão de Processos e Pessoas para entrega das metas, indicadores corporativos e resultados econômicos. Direção Geral do Negócio do Hospital Caridade (208 leitos) e

integração do Modelo de Negócio do Hospital CARE no Hospital Caridade.

Principais projetos e resultados:

- Alinhamento das áreas de operação e reestruturação das equipes.
- Melhora de desempenho nos atingimentos dos indicadores, metas e orçamento.
- Mobilização de transformação de 25 leitos de UTI na segunda onda COVID.
- Reestruturação da equipe de Operações do HUB.
- Ações de Redução de Custos projeção 2 mil/ano.
- Renegociações de contratos de serviços, estabelecendo SLA´s e redução de custo.
- Início da integração do modelo de gestão Hospital Care com planejamento de plano de ações de melhorias e readequação.

HAPVIDA PLANO DE SAÚDE

Hapvida é um plano de Assistência Médica e Odontológica, com operação verticalizada, conta com mais de 45 Hospitais, 199 Clínicas, 47 PAs, 172 Centro de Diagnósticos, tem unidades em todas Regiões do país.

Diretor Regional Administrativo

Responsável por implantação e integração de Gestão do Negócio da Hapvida no Sul do país e implantação de Unidades de Negócio de Saúde (Clínicas e Hospital de alta complexidade). Administração da Operação de todas as Unidades de Negócio, desempenho através de indicadores corporativos e resultados econômicos. Relacionamento com os Clientes. Representante da Instituição através de procuração e desenvolvimento das Lideranças com foco em produtividade, resultado e geração de valor.

Principais projetos e resultados:

- Implementação da operação das Unidades de Negócio.
- Construção da imagem da Hapvida na Região.
- Agente de transformação do time de gestores para o modelo de negócio.
- Colaboração na captação do corpo clínico do Hospital.
- Colaboração na contratação de funcionários do Hospital.
- Melhor desempenho de todos os hospitais da rede (maioria dos indicadores).
- Incremento de 38 mil vidas de beneficiários.

UNIMED BLUMENAL

Unimed Blumenau é uma Cooperativa Médica, situada no Vale do Itajaí em SC, com aproximadamente 104.000 beneficiários, conta com uma Rede Própria de Serviços de Saúde, 2 Hospitais, 1 PA, 1 Centro de Prevenção à Saúde e SOS Ambulância.

Superintendente de Recursos Próprios

Responsável por administrar as Unidades de Negócios Próprias. avaliar a desempenho das Unidades de Negócio, identificar as oportunidades de Melhoria de desempenho e redução de custos, elaborar Projetos de Melhoria para apresentação e aprovação do Conselho e elaborar o conceito do novo Hospital da Unimed.

Principais projetos e resultados:

- Colaboração no modelo e conceito do Planejamento Estratégico da Operadora.
- Organização dos serviços de recursos próprios da operadora.
- Implantação do departamento de qualidade assistencial.
- Implantação da Educação Continuada para os serviços próprios.
- Direcionamento de objetivos, metas e indicadores para cada Unidade de Negócio.
- Implantação de Gestão de Projetos.
- Análise final e modificação no projeto do novo hospital da Unimed.
- Resultado realizado em 2016 com desempenho de 3,6 milhões positivos, comparado com o resultado de 2015.
- Redução de capacidade produtiva para nível de necessidade do negócio.
- Negociação de contratos de compra de serviços com redução de custos.
- Descontinuidade de um Hospital.
- Implementação de novos serviços assistencial.
- Precursor da implementação de BI na Instituição, apoiando diretamente a TI.

UNIÃO SAÚDE 2015

União Saúde é um plano de Assistência Médica Suplementar, localizado na cidade de Jaraguá do Sul com aproximadamente beneficiários.

Diretor de Operações

Administrar a Operação do Plano de Saúde (Credenciamento, Cadastro, Contas Médicas, Autorizações, Atendimento, Recursos Humanos, Tecnologia da Informação e Jurídico). Acompanhar todas as implantações de novos clientes. Negociar Credenciamento com os Prestadores. Negociar com Fornecedores de OPME.

Principais projetos e resultados:

- Implementação do Planejamento Estratégico da Empresa.
- Elaboração e organização dos processos da Empresa.
- Criação de Visões das Informações de Negócio da Empresa.
- Acompanhamento do Processo e Resultados.
- Reestruturação das regras de auditoria de prestadores, economia de 600 mil.
- Reestruturação da Rede Própria, economia de 1 milhão.
- Implementação de novo serviço ambulatorial

HOSPITAL DONA HELENA 2004 | 2014

Hospital Dona Helena é um dos principais Hospitais de SC, localizado na cidade de Joinville, com 200 leitos, alta complexidade, 1500 cirurgias mês, único Hospital de SC com acreditação Joint Commission Internacional.

Diretor Geral

Administração Geral do Negócio. Direcionamento Estratégico do Negócio. Acompanhamento dos Resultados Qualitativos e Quantitativos e desempenho Financeiro. Acompanhamento dos Novos Projetos da Instituição. Acompanhamento e Manutenção da Acreditação de Qualidade da Instituição.

Principais projetos e resultados:

- Implementação do departamento de controladoria no Hospital, criação da visão de negócio do Hospital para suas diversas áreas de atuação, mapeamento de todos os processos e elaboração para o processo chave indicadores de monitoramento e performance, identificando os pontos de controle para eliminação e redução de riscos.
- Ampliação do Hospital de 15.000 m2 para 40.000 m2.
- Aprimoramento do Departamento de Qualidade da instituição investindo em melhorar o nível de qualidade nos processos e treinamentos, criação do centro de pesquisa da Instituição com incentivo aos profissionais do corpo clínico para contribuição com artigos e inovações.
- Atualização do planejamento de caixa da Instituição, com uma redução significativa nos contratos com fornecedores, criação do departamento jurídico para orientar internamente as contratações, elaborar os contratos e dar suporte aos processos internos na Instituição buscando identificar possíveis riscos jurídicos.
- Implementação do Gerenciamento de Risco na Instituição que acompanhava todo o fluxo operacional assistencial com objetivo de

minimizar o máximo os Riscos inerentes ao atendimento aos pacientes.

- Elaboração de demonstrativos financeiros mensais para avaliação da direção, contábeis e gerenciais.
- Elaboração dos custos hospitalares de todos os serviços prestados pela Instituição, com o custoindividualizado de qualquer procedimento, exame, diárias ou taxas de serviços prestados.
- Sistema de BI para auxiliar visão estratégica das informações para direcionamento do negócio. Elaboração de um dashboard com a visão da margem de rentabilidade por convênio, por grupo de receita, por unidade de negócio, por exame. Isso contribuiu para negociar com os convênios (Plano de Saúde) e também para direcionar os investimentos e energia.
- Alinhamento de todo o processo de OPME da Instituição, qualificação dos fornecedores, mapeando o processo de entrada e saída dos materiais, rastreabilidade, materiais em consignação, autorização e faturamento aos planos de saúde.
- Terceirização do serviço de higiene da Instituição com redução de custo importante e melhoria no processo, organização do serviço de Nutrição do Hospital e melhora do nível de atendimento aos pacientes.
- Estrutura hierárquica da Instituição com melhor agilidade na tomada de decisão e a comunicação organizacional.
- Construção de um modelo assistencial para Instituição, ganhando uma identidade profissional de alto nível para os profissionais que trabalham na Instituição.
- Acreditação de qualidade Joint Commission International em 2014.

REFERÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Hospital Renascença
  - Gustavo Guimarães (CEO) – (79) 99191-1122;
- Mais Saúde OSS
  - Dr. Marcos Fortes (Diretor Médico) – (93) 99123-8844
  - Dr. Alexandre (DT) – (81) 98376-1200
- Grupo Kora
  - Luis Marcio (Diretor Hub Centro Oeste) – (31) 99733-4571
  - Dr. Sandoval (DT) – (62) 98415-9768
- Hospital Care
  - Dr. Sérgio Brincas (CEO Hub Sul) – (48) 98414-4056
- Hapvida
  - Alain Benvenuti (Vice-Presidente) - (11) 99367-3367

4 - ANTONIO RICARDO GOMES ANDRADE

ANTONIO RICARDO GOMES ANDRADE

Aracaju – Sergipe
(79) 99987-3368
E-mail: ricardogandrade.39@gmail.com
Linkedin: http://www.linkedin.com/in/ricardo-andrade-54839471

OBJETIVO: Diretor Financeiro

RESUMO:
Profissional com 22+ anos de experiência em empresas de médio e grande porte (nacionais e multinacionais), atuando em gestão corporativa multidisciplinar: administrativa, comercial, financeira e de operações. Expertise técnica em: Governança Corporativa & Compliance: Due diligence, gestão de riscos, auditoria interna e controles regulatórios. Performance Financeira: Análise de viabilidade econômica, cash flow forecasting, budget (orçamento), custos e KPIs (EBITDA, ROI, etc.). Estratégia Comercial: Gestão de vendas B2B/B2C, negociação complexa e otimização de margens. Processos & Operações: Redesenho de cadeias de suprimentos, eficiência operacional (Lean) e automação. Ferramentas: Pacote Office – Windows em especial, Excel avançado (modelos financeiros). Formação: PAEX – FDC (Programa de Alta Performance em Gestão), Certificações em Finanças Corporativas e Gestão Empresarial.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Empresa: Grupo Rollemberg – fev/2016 a Fev/2025 - Aracaju-SE

Cargo: Gestor Empresarial com Ênfase em Controladoria – Out/2020 a Fev/2025:
⇒ Responsável pela análise financeira: planejamento orçamentário, controle de custos e análise de KPIs com pensamento analítico, assegurando saúde financeira.
⇒ Negociação com Bancos, Fornecedores, Compras e Suprimentos, com comunicação assertiva e benefícios mútuos.
⇒ Responsável pela governança e tomada de decisão, em alinhamento com a diretoria do grupo, com visão estratégica, garantindo compliance e mitigação de riscos.
⇒ Gestão Comercial, direção e informação dos departamentos de Novos, Seminovos e Pós-Vendas com foco em resultados, elevando a eficiência operacional e reconhecimento pela Renault como case de sucesso.
⇒ Liderou e coordenou equipes multidisciplinares com capacidade de motivação, na implementação de novos processos, promovendo excelência e eficiência, tranformando o clima organizacional.
⇒ Atuou em todas as empresas do grupo, em especial na Renovel Veículos.

Cargo: Controller – Fev/2016 a Set/2020:
⇒ Responsável pela Gestão Administrativa, Financeira e Contábil em sintonia com a diretoria do grupo.
⇒ Implementou a Comunicação Estratégica, com a apresentação semanal de resultados à diretoria e departamento com clareza e persuasão, facilitando tomadas de decisão ágeis, provocando debates e planos de ação.
⇒ Identificação, elaboração e acompanhamento das comissões departamentais para a folha de pagamento.
⇒ Responsável por planos de negócios, análise e viabilidade financeira de novos negócios com avaliação de riscos inclusive.
⇒ Reduziu 50% a equipe, aumentou a produtividade de forma representativa, com a coordenação, seleção, contratação estratégica e inteligência emocional, construindo equipes alinhadas aos objetivos.
⇒ Liderou a reestruturação do negócio, com medidas organizacionais que resultaram em crescimento sólido e aumento da lucratividade.
⇒ Revigorou Processos & Eficiência, com a revitalização de políticas organizacionais e de vendas, de atendimento, de transporte, de segurança com atenção a detalhes, reduzindo custos e otimizando operações.
⇒ Melhorou a gestão financeira reestruturando com resiliência e criatividade, resultando na evolução significativa dos indicadores de performance: Margem de Contribuição +107,66%, Custos Fixos -38,87%, Ebitda +148,82%.
⇒ Saneou o fluxo de caixa e a cobrança com rotinas financeiras consistentes;
⇒ Transformação Digital, com a implementação de contabilidade integrada online, demonstrando adaptabilidade à inovação.
⇒ Revigorou o plano de contas eliminando rubricas desnecessárias, realinhou os regimes de tributação.

Aribé Motos – Concessionária Autorizada Honda – fev/2003 a jan/2016 - Aracaju-SE

Cargo: Gerente Geral jan/2006 a jan/2016
⇒ Responsável pela Gestão Empresarial Estratégica com a liderança completa das operações de 03 concessionárias, com visão sistêmica e tomada de decisão baseada em dados, garantindo posicionamento competitivo.
⇒ Responsável pela tomada de decisão estratégica baseada em dados e tendências de mercado.
⇒ Coordenador de Marketing e Vendas através do alinhamento de estratégias comerciais com criatividade e orientação a resultados, posicionando a empresa entre as 50 maiores concessionárias do Brasil.
⇒ Responsável pela performance financeira com o planejamento orçamentário e controle de custos aliado com pensamento analítico, mantendo margens acima da média do setor.
⇒ Acompanhou intensamente, com inteligência de mercado, o ativo da concorrência com capacidade de antecipação a tendências, consolidando a liderança regional.
⇒ Manteve liderança absoluta no mercado sergipano por 10 anos consecutivos, implementou modelos de gestão inovadores, replicados como benchmark pela Honda.

Cargo: Gerente Comercial fev/2003 a dez/2005
⇒ Responsável pela Gestão de Alta Performance com comando das equipes de vendas através de liderança motivacional, alcançando o topo do ranking regional (PB, AL, SE) em veículos e consórcios.
⇒ Implementação de Data-Driven, com definição e monitoramento de KPIs com foco em métricas, otimizando a produtividade comercial.
⇒ Responsável pela resolução de conflitos, através da mediação de desafios comerciais com inteligência emocional, fortalecendo os relacionamentos internos e com clientes.
⇒ Automação de vendas e uso de CRM para gestão comercial.
⇒ Foi líder absoluto de vendas de veículos e consórcios da região Paraíba, Alagoas e Sergipe.

Administração de Cantinas Escolares – "Empresário" - Jan/94 a Dez/2003 – Aracaju-SE:
⇒ Administração geral, vendas, compras, controle de estoque, gestão financeira, atendimento.
⇒ Gerenciou cantinas em três colégios: Colégio Unificado, Colégio Cidade e Colégio Professora Carlota.

Banco Bandeirantes S/A e Banco de Crédito Nacional S/A – "Contínuo, Escriturário e Caixa" - Set/88 a Mai/96 – Aracaju-SE:
⇒ **Caixa:** atendimento ao cliente e tesouraria.
⇒ **Escriturário:** compensação de cheques, contabilidade bancária, cobrança, atendimento ao cliente.
⇒ **Contínuo:** Almoxarifado, arquivo e pagamentos externos.

Formação Acadêmica:
⇒ PAEX - Parceiros para a Excelência - PAEX - **Fundação Dom Cabral – MG / 2018.**
⇒ MBA em Gestão de Concessionárias - **Assohonda – SP / 2015.**
⇒ MBA em Finanças Corporativas - **UNIT - Universidade Tiradentes – 2009.**
⇒ Curso Superior em Administração de Empresas - **UNIT - Universidade Tiradentes / 1997.**

Tecnologia:
⇒ Excel Avançado – **conclusão: 07/2025.**
⇒ Software's ERP's: **Dealer Net, Microwork.**

Idiomas:
⇒ Inglês Básico – **em curso, conclusão: 06/2026.**

Outros conhecimentos:
⇒ Analista Quântico – **Renault – SP / 2019.**
⇒ Programa de Desenvolvimento de Dirigente - Básico e Avançado - **Fundação Dom Cabral – MG / 2011.**

Informações Adicionais:
⇒ Disponibilidade para viagens.

Antonio Ricardo Gomes Andrade
ARACAJU - SE / 2025

10. APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO.

Estrutura Organizacional do Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP)

O Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP) apresenta uma estrutura organizacional robusta e funcional, alinhada às diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estrutura tem por objetivo assegurar a eficiência, a qualidade dos serviços prestados e o suporte técnico-administrativo necessário ao pleno funcionamento da instituição.

No topo da organização, o INASP se articula diretamente com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), além de manter uma superintendência responsável pela integração com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), assegurando a observância das normas de segurança e saúde ocupacional.

A administração do instituto é coordenada por duas diretorias principais: a Diretoria Administrativo/Financeira e de Apoio, e a Diretoria Técnica.

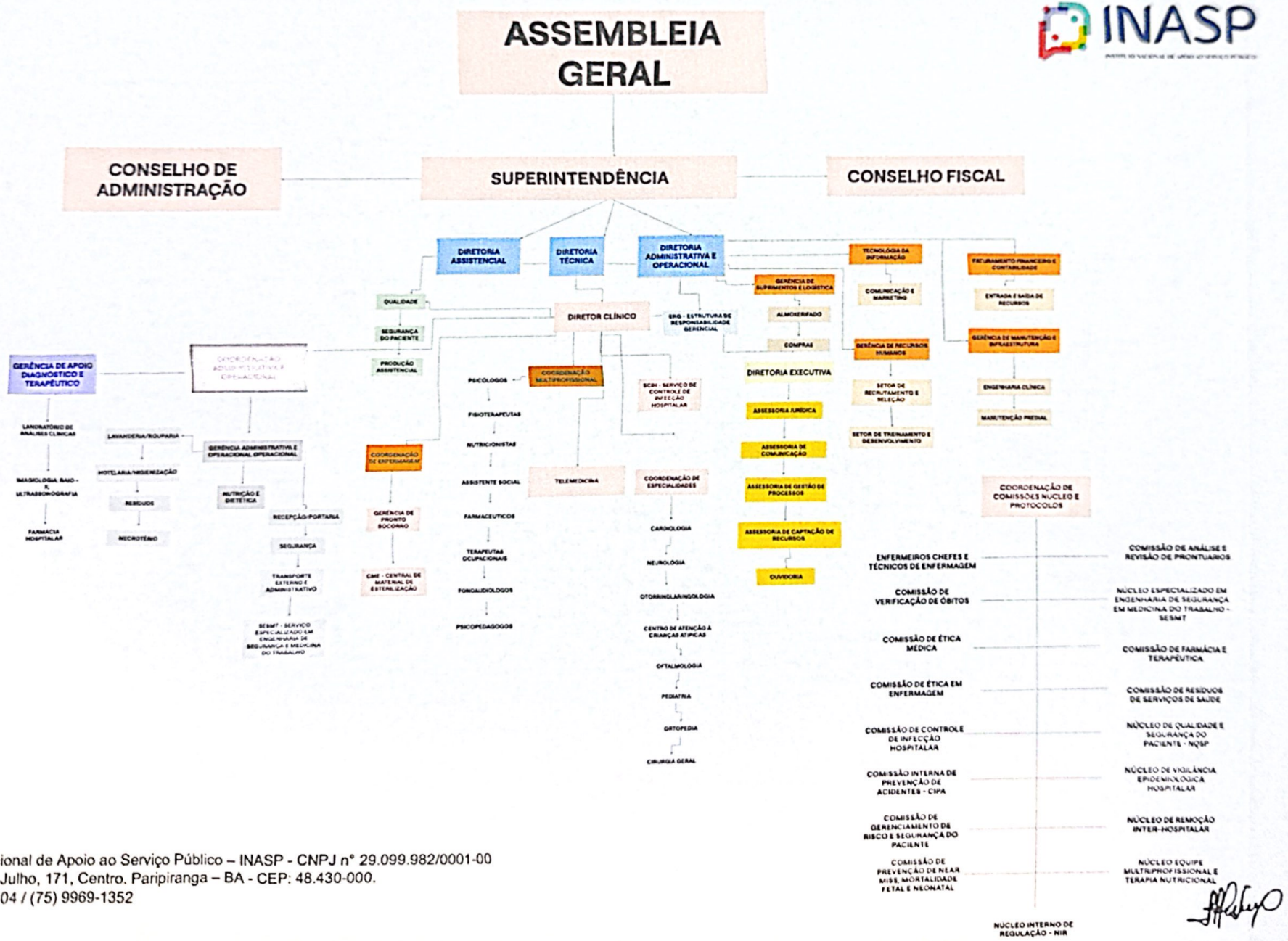
Diretoria Administrativo/Financeira e de Apoio

Esta diretoria é responsável pela gestão dos recursos financeiros, contábeis e jurídicos da instituição, incluindo a supervisão dos departamentos de Financeiro, Contabilidade, Departamento Jurídico e Qualidade. Sob sua alçada está a Gerência Administrativa, que coordena as atividades administrativas por meio das Coordenações Administrativa e de Apoio, garantindo a operacionalização eficaz dos processos internos e o suporte necessário às demais áreas.

Diretoria Técnica

A Diretoria Técnica, por sua vez, é responsável pela coordenação médica, que supervisiona os aspectos clínicos e técnicos relacionados à prestação dos serviços de saúde. Este setor assegura a conformidade dos atendimentos com protocolos técnicos e normativos vigentes. **Diretoria Assistência** No âmbito assistencial, a estrutura conta com uma Diretoria específica que supervisiona a Gerência Assistencial. Esta gerência gerencia diretamente a equipe de enfermagem, que é coordenada pelo Coordenador de Enfermagem.

INASP



Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

Scanned with CamScanner

Esta coordenação é responsável por organizar e supervisionar a equipe de enfermagem, garantindo a qualidade e a multidisciplinaridade do atendimento, integrando diferentes especialidades e promovendo o cuidado integral ao paciente. A equipe multidisciplinar, que integra profissionais de diversas áreas da saúde, é fundamental para a promoção de um atendimento humanizado e eficaz.

Esta estrutura organizacional foi cuidadosamente delineada para garantir uma gestão integrada, transparente e eficiente, capaz de atender às demandas da população e às exigências do sistema público de saúde, respeitando os princípios da universalidade, equidade e integralidade que norteiam o SUS.

9.6.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTÊNCIAS

Descrição da organização das diferentes clínicas.

1. Clínica Médica Geral / Consultórios

- **Responsável:** Coordenador Clínico Geral.
- **Equipe:** 6 médicos plantonistas.
- **Regime:** Plantões de 12h em escala rotativa.
- **Funções:** Triagem, atendimento clínico, prescrição e encaminhamentos.

2. Clínica Pediátrica

- **Responsável:** Coordenador Pediátrico.
- **Equipe:** 4 médicos pediatras.
- **Regime:** Plantões de 12h em escala rotativa.
- **Funções:** Atendimento clínico infantil, aplicação de protocolos específicos e orientação a responsáveis.

3. Enfermagem Assistencial (Sala de Medicação e Procedimentos)

- **Responsável:** Enfermeiro por turno.
- **Equipe:** 10 técnicos de enfermagem e 3 enfermeiros.
- **Regime:** 24h/dia por turnos.
- **Funções:** Administração de medicamentos, cuidados diretos, acompanhamento de sinais vitais e apoio a procedimentos.

4. Sala de Observação (Adulto e Pediátrica)

- **Responsável:** Enfermeiro Supervisor.
- **Equipe:** 4 técnicos de enfermagem.
- **Funções:** Monitoramento contínuo, controle de permanência, assistência a pacientes em estado crítico ou em observação clínica.

5. Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

- **Responsável:** Coordenador Técnico.
- **Equipe:** 2 técnicos especializados (exames laboratoriais, ECG, RX).
- **Regime:** Turno integral, 24/7.
- **Funções:** Suporte imediato ao diagnóstico clínico, realização e organização de exames complementares.

6. Coordenação Geral

- **Responsável:** Gerente Técnico-Assistencial.
- **Funções:** Integração entre setores, articulação com regulação estadual, coordenação dos fluxos operacionais e monitoramento dos indicadores de desempenho.

Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, assim como o tipo de vínculo com a Unidade.

Organização por Clínica / Setor

Clínica / Setor	**Chefia Responsável**	**Nº de Profissionais**	**Regime de Trabalho**
Clínica Médica Geral / Consultórios	Coordenador Clínico Geral	6 médicos plantonistas	Plantões de 12h, escala rotativa
Clínica Pediátrica	Coordenador Pediátrico	4 médicos pediatras	Plantões de 12h, escala rotativa

Clínica / Setor	Chefia Responsável	Nº de Profissionais	Regime de Trabalho
Enfermagem Assistencial (Medicação/ PO)	Enfermeiro Responsável por Turno	10 técnicos + 3 enfermeiros	24h/dia, escala por turno
Sala de Observação	Enfermeiro Supervisor de Observação	4 técnicos de enfermagem	Turno integral
Apoio Diagnóstico (SADT)	Coordenador Técnico de Diagnóstico	2 técnicos especializados	Turno integral
Coordenação Geral	Gerente Técnico-Assistencial	Supervisão das chefias clínicas	Carga administrativa técnica

Essas chefias setoriais garantem governança horizontalizada, redução de tempo de resposta clínica e continuidade do cuidado.

Vínculo dos Profissionais com a Unidade

Os profissionais são classificados segundo o tipo de vínculo:

- **Efetivos**: vínculo permanente, exclusivo ou parcial;
- **Temporários**: contratos por prazo determinado (ex: substituições);
- **Convidados**: especialistas externos para consultorias e procedimentos;
- **Residentes**: médicos em formação sob supervisão;
- **Preceptores**: orientadores dos residentes e estagiários.

Todos os vínculos seguem critérios documentais e técnicos, sendo regidos por regulamentações institucionais e contratos de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde.

Horários de atividade de urgências, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso).

Funcionamento Geral das Urgências

- **Regime contínuo 24h/dia**, com:
  - **Plantões de 12x36h** para médicos clínicos e pediatras;
  - **Turnos diurno (07h às 19h) e noturno (19h às 07h)**;
  - **Presença física garantida** de médicos plantonistas clínicos e pediátricos em todos os turnos;
  - **Sobreaviso técnico** para especialidades de apoio nos finais de semana e feriados.

Presença Física vs. Sobreaviso

Tipo de Médico	Presença Física	Regime de Trabalho	Observações
Clínico Geral	Sim (24h/dia)	Plantão 12x36h	5 médicos na escala, revezamento diurno/noturno
Pediatra	Sim (24h/dia)	Plantão 12x36h	3 pediatras em rodízio equilibrado
Neurologista	Não (interconsulta)	20h semanais / 2 dias fixos	Atendimento de apoio clínico especializado

Tipo de Médico	Presença Física	Regime de Trabalho	Observações
Radiologista, Ortopedista, USG etc.	Não (telemedicina)	24h sob demanda	Acesso via plataforma digital especializada

Especialidades em Regime de Interconsulta/Sobreaviso

A UPA conta com **interconsultas especializadas via telemedicina**, disponíveis 24h, para suporte diagnóstico e terapêutico nas seguintes áreas:

- Pediatria (em sobreposição ao presencial)
- Neurologia
- Ortopedia
- Cardiologia
- Radiologia
- Ultrassonografia

Especialmente descrever as unidades de salas de Cirurgia; Urgências e Ambulatórios.

1. Sala de Cirurgia / Procedimentos Invasivos

- **Função:** realização de procedimentos de urgência como drenagens, suturas complexas, imobilizações e curativos especiais.
- **Equipamentos:** foco cirúrgico, mesa de procedimentos, instrumental estéril, aspirador cirúrgico e bisturi elétrico.
- **Pessoal:** equipe de enfermagem e médico clínico treinado em pequenas cirurgias.
- **Atenção: não há centro cirúrgico completo nem sala cirúrgica para procedimentos de médio porte**. Casos que exigem cirurgia são estabilizados e encaminhados via regulação estadual.

2. Sala de Urgência / Emergência

- **Finalidade:** atendimento imediato a casos graves e potencialmente fatais.
- **Leitos:** destinados à estabilização, com prioridade para pacientes em parada cardiorrespiratória, politraumatismos, convulsões e outras emergências.
- **Equipamentos disponíveis:**
    - Desfibrilador;
    - Monitor multiparamétrico;
    - Ventilador mecânico portátil;
    - Acesso rápido a medicamentos críticos.
- **Regime de funcionamento:** 24h/dia com presença física de equipe médica e de enfermagem.

3. Ambulatórios / Consultórios Clínicos

- **Número de salas:** múltiplos consultórios individualizados para clínica geral e pediatria.
- **Infraestrutura:**
    - Mobiliário ergonômico (mesa, cadeiras, maca, armário);
    - Equipamentos básicos (dermatoscópio, otoscópio, aparelho de pressão, oxímetro);
    - Adequação às normas da Anvisa e de acessibilidade (Lei 13.146/2015).
- **Função clínica:** triagem qualificada, escuta médica, prescrição de exames e condutas clínicas iniciais.
- **Integração funcional:** conectados aos serviços de medicação, SADT, sala de observação e regulação interna.

Descrição da organização das unidades de Internação (enfermaria).

Descrição da Estrutura de Internação

Tipo de Unidade

- **Leitos de observação clínica**, e não enfermarias tradicionais de longa permanência;
- Classificados como **retaguarda temporária** para estabilização de pacientes em estado agudo.

Setorização

- Divididos por **gênero (masculino/feminino)** e **faixa etária (adulto/pediátrico)**;
- Incluem área de isolamento para casos suspeitos de doenças transmissíveis (ex: COVID-19, arboviroses graves).

Finalidades

- Monitoramento clínico intensivo (não invasivo);
- Hidratação venosa, administração de medicamentos, controle sintomático;
- Preparo para transferência hospitalar regulada;
- Curta permanência de até 24 horas (prorrogável conforme critérios clínicos e regulação).

Equipamentos e Condições Técnicas

- Leitos com pontos de oxigênio, aspirador de parede, campainha de emergência;
- Monitor multiparamétrico e suporte para oxigenoterapia;
- Climatização e iluminação adequadas ao conforto e segurança do paciente.

Equipe Assistencial

Profissional	Presença	Função Principal
Enfermeiro Supervisor	Presencial 24h	Coordenação da internação e vigilância de pacientes críticos
Técnicos de Enfermagem	Presencial 24h	Cuidados diretos, sinais vitais, medicação e suporte emergencial
Médico Plantonista	Presencial 24h	Avaliação periódica, reavaliações clínicas e decisão de transferência

Integração com Regulação e Hospitalar

- Articulação direta com o **Complexo Regulador Estadual (NIRs)** e o **SAMU 192 (SIGAU/CRU)**;

- Prontuário eletrônico integrado para envio prévio de dados à unidade de destino;
- Aplicação de protocolos de **contrarreferência**, assegurando continuidade do cuidado pós-UPA

Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

1. Conformidade com o Contrato de Gestão Estadual

A proposta está estruturada segundo os parâmetros definidos pela Lei Federal nº 9.637/1998 (Organizações Sociais), pelas normas estaduais de Sergipe e pelo Decreto Federal nº 9.507/2018, adotando o **Contrato de Gestão como instrumento jurídico principal**. Esse contrato estabelece metas, indicadores, obrigações recíprocas, critérios de avaliação, regras de prestação de contas e mecanismos de transparência e cogestão.

2. Alinhamento com Diretrizes Assistenciais da SES/SE

A proposta segue rigorosamente os **princípios organizativos da Rede de Atenção às Urgências**, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 2.048/2002) e pelas normativas da SES/SE sobre regionalização, regulação e fluxo assistencial entre os níveis de atenção. Isso inclui:

- Articulação com o Complexo Regulador Estadual e o SAMU 192;
- Implantação de protocolos clínicos compatíveis com a rede;
- Estruturação do atendimento com base na **classificação de risco (Manchester)**;
- Garantia de **funcionamento 24h, 7 dias por semana**, conforme diretrizes da Política Nacional de Urgência.

3. Indicadores, Avaliação e Transparência

A compatibilização também ocorre no plano da **avaliação de desempenho e accountability**. Estão previstos:

- Relatórios mensais e semestrais à SES/SE com indicadores assistenciais e financeiros;

- Auditorias internas e externas;
- Comitês de cogestão com participação da Secretaria e do controle social;
- Utilização de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) com integração aos sistemas da SES/SE e do Ministério da Saúde.

4. Integração Institucional e Governança Compartilhada

A proposta assume compromisso com a **gestão compartilhada**, baseada em:

- Comitês de pactuação de metas com a SES/SE;
- Coordenação técnica integrada;
- Ciclos de planejamento e revisão trimestral;
- Participação nos fóruns regionais e articulação com a Atenção Primária e hospitais.

5. Alinhamento às Políticas Públicas de Saúde

A proposta respeita e incorpora os seguintes marcos legais e programáticos:

- **Sistema Único de Saúde (SUS)** — universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social;
- **Política Nacional de Humanização (PNH)** — escuta qualificada e cuidado ético;
- **Política de Telessaúde e uso de tecnologia em rede** — via Núcleo de Telemedicina;
- **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** — compatibilidade dos sistemas de informação.

Conclusão

A proposta não apenas **respeita** as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, mas também **as operacionaliza de forma propositiva e inovadora**, ao combinar gestão por resultados, humanização e fortalecimento da rede de atenção.

Descrição de como o proponente estabelecerá a Contra–Referência com a Atenção Primária e com outros hospitais

A proposta de trabalho da UPA Neópolis estabelece que a contra-referência será realizada de forma estruturada e integrada com a rede de saúde, garantindo continuidade do cuidado após o atendimento de urgência. Quando o paciente for estabilizado, será elaborado um resumo clínico com todas as informações relevantes

(diagnóstico, exames, condutas e prescrição), que será encaminhado à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência por meio digital. A articulação com a Atenção Primária será feita através do prontuário eletrônico interoperável com o e-SUS, garantindo que a equipe da UBS tenha acesso ao histórico do paciente.

Além disso, haverá comunicação direta com as equipes de Saúde da Família, com o apoio do serviço social da UPA, para agendamento de reavaliações e continuidade terapêutica. No caso de pacientes transferidos para hospitais da rede, a contra-referência ocorrerá por meio do Complexo Regulador Estadual, com envio dos registros clínicos, exames e plano terapêutico, assegurando que o hospital de destino receba o paciente com as informações completas.

O acompanhamento dos desfechos e a resolutividade da UPA serão monitorados por indicadores, e os processos de referência e contra-referência contarão com suporte do sistema de telessaúde, ampliando a comunicação entre os pontos da rede. Tudo isso está em conformidade com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

9.6.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

A organização de serviços administrativos, financeiros e gerais, o ente interessado deverá apresentar, entre outras, as seguintes informações: descrição de funcionamento do serviço, bem como horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com a unidade.

Aspecto	Descrição
Funcionamento	Atendimento administrativo diário (escala 12x36 e turnos fixos).
Horários	Diurno e noturno, com cobertura todos os dias, inclusive feriados.
Estrutura de Chefia	Gerente Financeiro, Diretor Administrativo e Comitê Gestor Central.

Aspecto	Descrição
Equipe Técnica	Auxiliares administrativos, faturista, financeiro, compras, TI, almoxarife.
Vínculo com a Unidade	Profissionais contratados e vinculados diretamente à Direção Administrativa.
Sistemas Utilizados	TASY (financeiro), SIA-SUS (faturamento), BI Hospitalar (gestão).

A organização dos serviços administrativos, financeiros e gerais da UPA Neópolis foi estruturada com base em critérios de eficiência, cobertura contínua e integração com as demais áreas da unidade. O funcionamento desses serviços ocorre em regime diário, com equipes atuando em turnos fixos e escalas de 12x36 horas, garantindo o suporte ininterrupto às atividades assistenciais, inclusive em finais de semana e feriados.

A estrutura de chefia é composta por três níveis de responsabilidade: o Gerente Financeiro, responsável por autorizações operacionais de menor porte; o Diretor Administrativo, que responde por aprovações intermediárias; e o Comitê Gestor Central, que delibera sobre despesas de maior valor e define diretrizes estratégicas. Essa configuração assegura o controle hierarquizado e transparente dos fluxos financeiros e operacionais.

A equipe técnica é formada por profissionais capacitados e distribuídos entre as seguintes áreas: faturamento (faturista), apoio administrativo (auxiliares em turnos diurno e noturno), setor financeiro (assistente), compras e contratos (analistas e assistentes), tecnologia da informação (técnicos de TI) e almoxarifado (auxiliar). Todos os colaboradores possuem vínculo institucional com a UPA, estando diretamente subordinados à Direção Administrativa da unidade.

Os processos operacionais contam com o suporte de sistemas informatizados, como o TASY (módulo financeiro), o SIA-SUS (faturamento eletrônico) e o BI Hospitalar (painéis gerenciais), os quais permitem a

padronização das rotinas e a geração de relatórios estratégicos. As rotinas são auditadas internamente por meio de tripla conferência (nota fiscal, contrato e comprovação de entrega), e os prazos de execução seguem fluxos rigorosos, com quitação de despesas aprovadas em até 72 horas.

Essa organização garante não apenas a conformidade com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, mas também a integração plena entre os setores assistenciais e administrativos, assegurando a efetividade da gestão e a qualidade dos serviços prestado

9.6.3 RESPONSABILIDADE SOCIAL

Ações de Responsabilidade Social a Serem Desenvolvidas pela Proponente

O Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP), enquanto organização social com forte compromisso ético e comunitário, propõe a execução de um conjunto de ações de responsabilidade social articuladas às atividades da UPA Neópolis, com o objetivo de fortalecer os vínculos com a comunidade local, promover educação em saúde e ampliar o acesso da população a direitos sociais básicos.

As ações a seguir estão alinhadas aos princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização, além de dialogarem com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU:

1. Projeto “CUIDAR” – Apoio Psicossocial e Fortalecimento de Vínculos

- Visitas domiciliares a usuários em situação de vulnerabilidade social.
- Acompanhamento multiprofissional com assistente social, psicólogo e enfermeiro.
- Roda de conversa e oficinas comunitárias sobre saúde mental, autocuidado e prevenção de violências.
- Encaminhamentos articulados com a rede de atenção básica e assistência social.

2. Educação em Saúde nas Escolas e Comunidades

- Realização de palestras, oficinas e feiras educativas em escolas públicas e espaços comunitários.
- Temas abordados: prevenção de ISTs, gravidez na adolescência, alimentação saudável, saúde bucal e combate à dengue.
- Distribuição de materiais informativos e kits de higiene, em parceria com órgãos públicos e sociedade civil.

3. Campanhas Solidárias e Ações Voluntárias

- Organização de campanhas de doação de alimentos, roupas e brinquedos, com envolvimento dos trabalhadores da unidade.
- Parceria com lideranças locais para mapeamento de famílias em situação de risco social.
- Estímulo à cultura do voluntariado entre os colaboradores do INASP e da UPA.

4. Programa de Incentivo à Leitura e Cultura

- Criação de uma “Sala de Espera Cultural” na UPA, com acervo de livros e materiais lúdicos para crianças e acompanhantes.
- Rodas de leitura e contação de histórias com voluntários e educadores.
- Campanhas de arrecadação de livros para a comunidade.

5. Inclusão e Acessibilidade

- Implantação de uma Sala Sensorial para atendimento humanizado de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).
- Ações de capacitação para os profissionais da UPA sobre atendimento inclusivo e linguagem acessível.
- Adequações físicas e comunicacionais da unidade para atendimento a pessoas com deficiência.

6. Formação de Jovens Aprendizes e Estágios Sociais

- Oferta de vagas de estágio supervisionado para estudantes das áreas de saúde, administração e assistência social.
- Parcerias com instituições de ensino técnico e superior locais.
- Programa Jovem Aprendiz voltado à capacitação e inserção de adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Essas ações refletem a missão institucional do INASP de promover o desenvolvimento humano e territorial, indo além da execução técnico-assistencial e assumindo um papel transformador no enfrentamento das desigualdades sociais. A responsabilidade social, nesse contexto, não é tratada como atividade acessória, mas como eixo transversal que fortalece a relação entre a unidade de saúde e a comunidade a que serve.

9.6.4 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Organização dos Recursos Humanos – UPA Neópolis

A gestão de Recursos Humanos da UPA Neópolis será conduzida de forma estratégica, fundamentada em critérios técnicos, legais e assistenciais, assegurando a cobertura integral da unidade, a valorização dos profissionais e a conformidade com as diretrizes do SUS e da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE).

1. Quantitativo Estimado de Profissionais por Categoria e Carga Horária

A seguir, apresenta-se um resumo da composição da equipe multiprofissional, por área de atuação:

Categoria Profissional	Quantidade	Carga Horária Semanal	Escala / Observações
Médicos Clínicos Gerais	10	24h	Plantões 12x36 – 2 por turno
Especialistas (interconsulta)	7	24h/mês	Atendimento via telemedicina
Enfermeiros Assistenciais	9	36h	Um por turno + reserva técnica

Categoria Profissional	Quantidade	Carga Horária Semanal	Escala / Observações
Técnicos de Enfermagem	24	36h	De 3 a 4 por turno
Farmacêutico	1	40h	Responsável técnico e clínico
Auxiliar de Farmácia	2	40h	Turno integral
Psicólogo	1	30h	Atendimento emergencial
Assistente Social	1	30h	Atendimento a vulnerabilidades sociais
Técnico de Radiologia	4	24h	Um por turno
Técnico de Laboratório	4	24h	Um por turno
Nutricionista	1	30h	Prescrição dietética e vigilância sanitária
Recepcionistas	12	40h	Dois por turno
Serviços Gerais (limpeza/higiene)	6	36h	Dois por turno
Motoristas	6	40h	Escala rotativa

Categoria Profissional	Quantidade	Carga Horária Semanal	Escala / Observações
Equipe administrativa (RH, finanças, TI)	4	40h	Regime diurno fixo

2. Forma de Contratação

Os profissionais serão vinculados por uma das seguintes modalidades:

- **Regime celetista**, com contrato de trabalho formal;
- **Prestação de serviços por pessoa jurídica**, para funções especializadas;
- **Profissionais autônomos**, nos casos permitidos por legislação específica.

As contratações seguirão as diretrizes do **Regulamento Interno de Contratação de Pessoal** da entidade proponente, disponível no site institucional (https://inasp.org.br) .

3. Política de Gestão de Recursos Humanos

A política de RH adota os seguintes princípios:

- **Justiça remuneratória e equidade entre categorias**;
- **Remuneração compatível com o mercado regional**, com incentivos por produtividade e resultados;
- **Processo seletivo estruturado**, baseado em critérios técnicos e comportamentais;
- **Capacitação permanente**, com foco em protocolos assistenciais, segurança do paciente e humanização;
- **Avaliação de desempenho** com metas institucionais e plano de valorização profissional.

4. Proposta de Regulamento de Seleção e Contratação

A seleção de pessoal seguirá regulamento próprio, já apresentado no **Anexo 53 – Regulamento de Contratação de Pessoal**, o qual prevê:

- Publicação de editais;
- Critérios técnicos de habilitação;
- Etapas de entrevista e análise curricular;
- Procedimentos para contratação emergencial;
- Transparência e impessoalidade em todas as etapas.

ESCALAS DE TRABALHO

INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP
CNPJ N° 29.099.982/0001-00
LARGO 02 DE JULHO, 171, CENTRO. CEP:48430-000. PARIPIRANGA – BA

Mês: EQUIPE 01 - ENFERMAGEM (ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO)

COLABORADORES: 4 ENFERMEIROS E 8 TECNICOS DE ENFERMAGEM

Nº	NOME DO COLABORADOR	CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	Nº REG. NO CONSELHO DE CLASSE	HORÁRIO	PRIMEIRA QUINZENA															SEGUNDA QUINZENA															
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	
1	ENFERMEIRO(A) COORDENADOR	ENFERMEIRO	40h	0	7H às 19h	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	
1	ENFERMEIRO(A) I	ENFERMEIRO	36h	0	7H às 19h	D			N			DN			D		N			D		N				D			D		D				N	
2	ENFERMEIRO(A) II	ENFERMEIRO	36h	0	19hàs7h		D			N			D		N			D			D		N		D		N			D				DN		
3	ENFERMEIRO(A) III	ENFERMEIRO	36h	0	7H às 19h/19h às 7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D		N			D				
4	ENFERMEIRO(A) IV	ENFERMEIRO	36h	0	7H às 19h/19h às 7h		N			D			N			D		N			N		D		N			D			N		DN			
16	TECNICO DE ENFERMAGEM I	TEC. ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19h/19h às 7h	D			N			DN			D		N			D		N			D			D		D				N	
17	TECNICO DE ENFERMAGEM II	TEC. ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19h/19h às 7h		D			N			D		N			D			D		N		D		N			D			DN			
18	TECNICO DE ENFERMAGEM III	TEC. ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19h/19h às 7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D		N			D				
19	TECNICO DE ENFERMAGEM IV	TEC. ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19h/19h às 7h		N			D			N			D		N			N		D		N			D			N		DN			
10	TECNICO DE ENFERMAGEM V	TEC. ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19h/19h às 7h	D			N			DN			D		N			D		N			D			D		D				N	
11	TECNICO DE ENFERMAGEM VI	TEC. ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19h/19h às 7h		D			N			D		N			D			D		N		D		N			D			DN			
12	TECNICO DE ENFERMAGEM VII	TEC. ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19h/19h às 7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D		N			D				
13	TECNICO DE ENFERMAGEM VIII	TEC. ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19h/19h às 7h		N			D			N			D		N			N		D		N			D			N		DN			

INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP
CNPJ N° 29.099.982/0001-00
LARGO 02 DE JULHO, 171, CENTRO. CEP:48430-000. PARIPIRANGA – BA

Mês: EQUIPE 02 - ENFERMAGEM (CME E REMOÇÃO)

COLABORADORES: 6 ENFERMEIROS - 12 TECNICOS DE ENFERMAGEM

Nº	NOME DO COLABORADOR	CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	Nº REG. NO CONSELHO DE CLASSE	HORÁRIO	PRIMEIRA QUINZENA														SEGUNDA QUINZENA													
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
1	ENFERMEIRO(A) I	ENFERMEIRO	36h	0	7H às 19H/19h às 7h	D			N			DN			D		N			D		N				D			D		D				N
2	ENFERMEIRO(A) II	ENFERMEIRO	36h	0	7H às 19H/19h às 7h		D			N			D		N			D			D		N		D				N				DN	
3	ENFERMEIRO(A) III	ENFERMEIRO	36h	0	7H às 19H/19h às 7h	N			D		N			D		N			DN			D		N				D		N			D		
4	ENFERMEIRO(A) IV	ENFERMEIRO	36h	0	7H às 19H/19h às 7h		N			D			N			D		N			N		D		N			D			N		DN		
5	ENFERMEIRO(A) V	ENFERMEIRO	36h	0	7H às 19H/19h às 7h			DN			D			N			D			N				D		N		N		N		N			D
3	ENFERMEIRO(A) VI	ENFERMEIRO	36h	0	7h às 19h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D			D				
6	TECNICO DE ENFERMAGEM I	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h	D			N			DN			D		N			D		N				D			D		D				N
7	TECNICO DE ENFERMAGEM II	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h		D			N			D		N			D			D		N		D				N				DN	
8	TECNICO DE ENFERMAGEM III	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D			D				
9	TECNICO DE ENFERMAGEM IV	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h		N			D			N			D		N			N		D		N			D			N		DN		
10	TECNICO DE ENFERMAGEM V	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h			DN			D			N			D			N				D		N		N		N		N			D
11	TECNICO DE ENFERMAGEM VI	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D			D				
12	TECNICO DE ENFERMAGEM VII	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h	D			N			DN			D		N			D		N				D			D		D				N
13	TECNICO DE ENFERMAGEM VIII	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h		D			N			D		N			D			D		N		D				N				DN	
14	TECNICO DE ENFERMAGEM IX	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D			D				
20	TECNICO DE ENFERMAGEM X	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h		N			D			N			D		N			N		D		N			D			N		DN		
15	TECNICO DE ENFERMAGEM XI	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h			DN			D			N			D			N				D		N		N		N		N			D
15	TECNICO DE ENFERMAGEM XII	TEC. DE ENFERMAGEM	36h	0	7H às 19H/19h às 7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D			D				

LEGENDA
N: NOTURNO
D: DIURNO
M: MATUTINO
V: VESPERTINO
DN: DIURNO E NOTURNO

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP
CNPJ N° 29.099.982/0001-00
LARGO 02 DE JULHO, 171, CENTRO. CEP:48430-000. PARIPIRANGA – BA

Mês: SETOR: ESPECIALIDADES MEDICAS

COLABORADORES: ESPECIALIDADES

Nº	NOME DO COLABORADOR	CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	Nº REG. NO CONSELHO DE CLASSE	HORÁRIO	PRIMEIRA QUINZENA															SEGUNDA QUINZENA													
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	
1	MÉDICO CLINICO GERAL I	GENERALISTA	36h		7H às 19h	D			N			DN			D		N			D		N				D			D		D				N	
2	MÉDICO CLINICO GERAL II	GENERALISTA	36h		7H às 19h		D			N			D		N			D			D		N		D		N			D				DN		
3	MÉDICO CLINICO GERAL III	GENERALISTA	36h		7H às 19h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D		N			D				
4	MÉDICO CLINICO GERAL IV	GENERALISTA	36h		7H às 19h		N			D			N			D		N			N		D		N			D				N		DN		
5	MÉDICO CLINICO GERAL V	GENERALISTA	36h		7H às 19h			DN			D			N			D			N				D		N		N		N		N			N	D
6	MÉDICO CLINICO GERAL VI	GENERALISTA	36h		7H às 19h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D		N			D				
7	MÉDICO CLINICO GERAL VII	GENERALISTA	36h		19hàs7h	D			N			DN			D		N			D		N				D			D		D				N	
8	MÉDICO CLINICO GERAL VIII	GENERALISTA	36h		19hàs7h		D			N			D		N			D			D		N		D		N			D				DN		
9	MÉDICO CLINICO GERAL IX	GENERALISTA	36h		19hàs7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D		N			D				
10	MÉDICO CLINICO GERAL X	GENERALISTA	36h		19hàs7h		N			D			N			D		N			N		D		N			D				N		DN		
11	MÉDICO CLINICO GERAL XI	GENERALISTA	36h		19hàs7h			DN			D			N			D			N				D		N		N		N		N			N	D
12	MÉDICO CLINICO GERAL XII	GENERALISTA	36h		19hàs7h	N			D		N			D		N			DN			D		N			D		N			D				
6	MEDICO PEDIATRA I	PEDIATRA	36h		7H às 19h	D		D					D		D					D		D				D			D				D		
7	MEDICO PEDIATRA II	PEDIATRA	36h		7H às 19h		D		D					D		D					D		D					D		D					D	
9	MEDICO NEUROLOGISTA	NEUROLOGISTA	20h		7H às 19h				MV			MV				MV			MV				MV			MV				MV			MV			

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP
CNPJ N° 29.099.982/0001-00
LARGO 02 DE JULHO, 171, CENTRO. CEP:48430-000. PARIPIRANGA – BA

Mês: SETOR: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

COLABORADORES: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Nº	NOME DO COLABORADOR	CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	Nº REG. NO CONSELHO DE CLASSE	HORÁRIO	PRIMEIRA QUINZENA															SEGUNDA QUINZENA													
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	
1	FISIOTERAPEUTA I	FISIOTERAPEUTA	30H	0	7h às 13h	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	
2	FISIOTERAPEUTA II	FISIOTERAPEUTA	30H	0	7h às 13h	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	
3	FISIOTERAPEUTA III	FISIOTERAPEUTA	30H	0	7h às 13h	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	
4	FISIOTERAPEUTA IV	FISIOTERAPEUTA	30H	0	7h às 13h	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	
5	NUTRICIONISTA I	NUTRIÇÃO	30h	0	7h às 19h	MV		MV					MV		MV					MV		MV					MV		MV					MV		
6	NUTRICIONISTA II	NUTRIÇÃO	30h	0	7h às 19h	MV		MV					MV		MV					MV		MV					MV		MV					MV		
9	PSICOLOGO I	PSICOLOGO	20h	0	7h às 13h	M							M							M							M							M		
10	PSICOLOGO II	PSICOLOGO	20h	0	7h às 13h		F		F					F		F					F		F					F		F					F	
11	PSICOLOGO III	PSICOLOGO	20h	0	13h às 18h	F		F					F		F					F		F				F		F					F		
12	PSICOLOGO INFANTIL	PSICOLOGO INFANTIL	20h	0	7h às 13h		F					F		F					F		F				F		F				F		F	
13	ASSISTENTE SOCIAL I	ASSISTENTE SOCIAL	20h	0		VM	M					M		M		VM			M		M		VM			M		M	VM			M		M	
14	ASSISTENTE SOCIAL II	ASSISTENTE SOCIAL	20h	0			V	VM				V		V	VM				V		V	VM				V		V		VM		V	VM	V	
15	PEDAGOGO HOSPITALAR I	PEDAGOGO	30h	0	7h às 13h	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	
16	PEDAGOGO HOSPITALAR II	PEDAGOGO	30h	0	13h às 19h	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	V	V			V	V	V	
17	TERAPEUTA OCUPACIONAL I	TERAPEUTA OCUPACIONAL	30h	0	7h às 13h	M		M					M		M					M		M					M		M				M			
17	TERAPEUTA OCUPACIONAL II	TERAPEUTA OCUPACIONAL	30h	0	13h às 19h	V		V					V		V					V		V					V		V				V			

INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP
CNPJ N° 29.099.982/0001-00
LARGO 02 DE JULHO, 171, CENTRO. CEP:48430-000. PARIPIRANGA – BA

Mês: SETOR: ADMINISTRATIVO E APOIO

Nº	NOME DO COLABORADOR	CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	Nº REG. NO CONSELHO DE CLASSE	HORÁRIO	PRIMEIRA QUINZENA														SEGUNDA															
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q
1	FARMACEUTICO I	FARMACEUTICO	40h		8h as 17h	MV	MV	MV	MV		DN		MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV		DN		MV	MV	MV
2	FARMACEUTICO II	FARMACEUTICO	40h		8h as 17h	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV		DN		MV	MV	MV	MV	MV		DN		MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV
3	FARMACEUTICO III	FARMACEUTICO	40h		8h as 17h					DN								DN						DN								DN			
4	TECNICO LABORATORIO I	TECNICO DE LABORATORIO	40h		8h as 17h	D	D	D		D		D	D	D		D		D		D	D	D	D	D		D	D	D	D		D		D	D	D
5	TECNICO LABORATORIO II	TECNICO DE LABORATORIO	40h		18h as 06h	N	N	N	D		D		N	N	N	N	D		N	N	N	N	N		D		N	N	N	N		N		N	N
6	TECNICO LABORATORIO III	TECNICO DE LABORATORIO	40h		8h as 17h	D	D	D		D		D	D	D		D		D		D	D	D	D	D		D	D	D	D		D		D	D	D
7	TECNICO LABORATORIO IV	TECNICO DE LABORATORIO	40h		18h as 06h	N	N	N	D		D		N	N	N	N	D		N	N	N	N	N		D		N	N	N	N		N		N	N
8	TECNICO LABORATORIO V	TECNICO DE LABORATORIO	40h		8h as 17h	D	D	D		D		D	D	D		D		D		D	D	D	D	D		D	D	D	D		D		D	D	D
9	TECNICO INFORMATICA I	TECNICO DE RADIOGRAFIA	40h		8h as 17h	D	D	D		D		D	D	D		D		D		D	D	D	D	D		D	D	D	D		D		D	D	D
10	TECNICO INFORMATICA II	TECNICO DE RADIOGRAFIA	40h		18h as 06h	N	N	N	D		D		N	N	N	N	D		N	N	N	N	N		D		N	N	N	N		N		N	N
11	TECNICO INFORMATICA III	TECNICO DE RADIOGRAFIA	40h		24h	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA
12	RECEPCIONISTA I	AGENTE DE RECEPÇÃO	36h		07h às 13h	M	M	M	M	M		M	M	M	M	M		M	M	M	M	M	M	M		M	M	M	M	M		M	M	M	M
13	RECEPCIONISTA II	AGENTE DE RECEPÇÃO	36h		13h às 19h	V	V	V	V	V		V	V	V	V	V		V	V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	V		V	V	V	V
14	RECEPCIONISTA III	AGENTE DE RECEPÇÃO	36h		07h às 13h	M	M	M	M	M		M	M	M	M	M		M	M	M	M	M	M	M		M	M	M	M	M		M	M	M	M
15	RECEPCIONISTA IV	AGENTE DE RECEPÇÃO	36h		13h às 19h	V	V	V	V	V		V	V	V	V	V		V	V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	V		V	V	V	V
16	RECEPCIONISTA V	AGENTE DE RECEPÇÃO	36h		07h às 13h	M	M	M	M		M	M	M	M	M	M	M		M	M	M	M	M		M	M	M	M	M	M		M	M	M	M
17	RECEPCIONISTA VI	AGENTE DE RECEPÇÃO	36h		07h às 19h	M	V	M	V		M	V	M	V	M	V	M		V	M	V	M	V		M	V	M	V	M	V	M		V	M	V
18	GESTOR DE QUALIDADE	GESTOR DE QUALIDADE	40h		07h às 17h	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV
19	GERENTE ADMINISTRATIVO	GERENTE ADMINISTRATIVO	40h		07h às 17h	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV
20	COORDENADOR DE PROJETOS	COORDENADOR DE PROJETOS	40h		07h às 17h	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV	MV	MV			MV	MV	MV

LEGENDA
SA: SOB AVISO
F: FIXO
N: NOTURNO
D: DIURNO
M: MATUTINO
V: VESPERTINO
DN: DIURNO E NOTURNO

10.COMPOSIÇÃO DE FATURAMENTO PARA PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL – UPA NEÓPOLIS

10.1. PROCESSO E CONCEITO DO FATURAMENTO PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPAS

O faturamento para procedimentos ambulatoriais em UPA´s (Unidades de Pronto Atendimento) envolve o registro e cobrança dos serviços prestados aos pacientes, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo inclui a identificação dos procedimentos realizados, a geração do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e o envio das informações para a cobrança.

O faturamento em UPA´s é o processo de registro e cobrança dos serviços ambulatoriais, como consultas, exames e procedimentos, realizados dentro da unidade de saúde. Esse processo é essencial para garantir que a UPA receba o pagamento pelos serviços prestados ao paciente, seguindo as regras e tabelas do SUS.

10.2. FUNCIONAMENTO DE FATURAMENTO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H

1. Registro dos procedimentos:

Cada procedimento realizado na UPA, como consultas médicas, exames de imagem e laboratoriais, é registrado no sistema da unidade.

2. Geração do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial):

O BPA é um documento eletrônico que registra todas as informações sobre os procedimentos realizados em um determinado período, como data, tipo de procedimento, profissional responsável e dados do paciente.

3. Faturamento SUS:

O BPA é enviado para o Ministério da Saúde, que analisa e processa as informações para o pagamento dos serviços realizados.

10.3. TIPOS DE BPA:

BPA-I (Individualizado):

Identifica detalhadamente os dados do paciente e do profissional que realizou o procedimento, sendo utilizado para procedimentos mais complexos ou de maior valor.

BPA-C (Consolidado):
Contém informações agregadas sobre os procedimentos e profissionais, sendo utilizado para procedimentos mais simples ou de menor custo.

10.4. IMPORTÂNCIA DO FATURAMENTO PARA UPA´S:

O faturamento adequado é fundamental para a sustentabilidade financeira das UPAs, permitindo que a unidade continue prestando serviços de qualidade à população. Além disso, um bom processo de faturamento garante a transparência e a eficiência na gestão dos recursos públicos.

10.5. RECURSOS E FERRAMENTAS:

Existem softwares e sistemas de gestão hospitalar que auxiliam no processo de faturamento, automatizando tarefas como o registro de procedimentos, a geração do BPA e o envio dos dados para o SUS.
Observação: A Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017 do Ministério da Saúde define os valores de incentivo financeiro para a qualificação das UPAs, levando em conta a quantidade de profissionais médicos disponíveis.

10.6. COMPOSIÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS – MÉDIA MENSAL ANO 2025

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar, além

do perfil epidemiológico e demográfico, também sua composição de procedimentos de média complexidade ambulatorial ofertados à população neopolitano e das cidades adjacentes. Na qual evidencia-se, segundo dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, um comparativo mensal, no período de janeiro/2025 a maio/2025. Conforme demonstrativo, abaixo:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS		
PROGRAMAÇÃO MENSAL (Média Mensal: janeiro/2025 a Maio/2025		
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL		
ITEM	PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	PRODUÇÃO ESTIMADA MENSAL
01	**0202 – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO**	**1.800**
02	**0204 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA**	**120**
03	**0211 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR ESPECIALIDADES** **02.11.02..003-6 - ELETROCARDIOGRAMA**	**70**
04	**0214 – DIAGNÓSTICO POR TESTE RÁPIDO** **02.14.01.-001-5 – GLICEMIA CAPILAR**	**250**
05	**03.01.06-009-6 – ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**	**2.200**
06	**03.01.06.002-9 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24H**	**270**
07	**03.01.10-0001-2 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**	**1.000**
08	**03.01.06.011 – ACOLHIMENTO COM**	**2.470**

	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
09	**03.01.10.003-9 – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL**	**1.600**
10	**03.01.10.010-1 – INALAÇÃO; NEBULIZAÇÃO**	**60**
11	**03.01.10.014-4 – OXIGENOTERAPIA POR DIA**	**25**

11. PROPOSTA FINANCEIRA E ALOCAÇÃO DOS RECURSOS PARA EXECUÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

11.1. PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA DETALHADA

Alocação de recursos financeiros

A Organização Social **INASP – Instituto Nacional de Saúde Pública**, qualificada nos termos da **Lei Estadual nº 9.298/2023** do Estado de Sergipe, apresenta esta justificativa técnico-financeira como parte integrante da proposta de gerenciamento da **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h de Neópolis**.

A estrutura de custos adotada está alinhada aos princípios constitucionais da eficiência administrativa, legalidade, publicidade e economicidade, além das diretrizes do Sistema Único de Saúde, conforme previsto na **Constituição Federal de 1988 (art. 196 a 200)**, **Lei nº 8.080/1990**, **Decreto nº 7.508/2011** e orientações técnicas do Ministério da Saúde para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Estrutura Orçamentária Global da Unidade

O orçamento total da unidade está estimado em **R$ 19.968.432,18 ao ano**, sendo **R$ 1.664.036,02 ao mês**. Essa estimativa está dividida em dois grandes blocos:

- **Despesas operacionais**: R$ 19.374.432,18 (97,03%) — R$ 1.614.536,02/mês
- **Despesas não operacionais/investimentos**: R$ 594.000,00 (2,97%) — R$ 49.500,00/mês

Pessoal e Encargos – 38,59% do total

R$ 7.702.769,96/ano — R$ 641.897,50/mês

A composição de pessoal contempla:

- Ordenados: R$ 3.966.022,88 (19,86%) — R$ 330.501,91/mês
- Encargos sociais: R$ 1.323.800,28 (6,63%) — R$ 110.316,69/mês
- Provisões: R$ 1.254.349,80 (6,28%) — R$ 104.529,15/mês
- Benefícios: R$ 71.945,28 (0,36%) — R$ 5.995,44/mês
- Índice de Segurança Técnica: R$ 719.452,80 (3,60%) — R$ 59.954,40/mês
- Outras formas de contratação: R$ 367.198,92 (1,84%) — R$ 30.599,91/mês

Insumos, Medicamentos e Materiais – 19,12% do total

R$ 3.816.913,32/ano — R$ 318.076,11/mês

- Materiais médico-hospitalares: R$ 1.458.567,00 (7,30%) — R$ 121.547,25/mês
- Medicamentos: R$ 1.999.938,60 (10,01%) — R$ 166.661,55/mês
- Dietas enterais: R$ 53.757,00 (0,27%) — R$ 4.479,75/mês
- Gases medicinais: R$ 304.650,72 (1,52%) — R$ 25.387,56/mês

Serviços Terceirizados – 7,13% do total

R$ 1.422.974,52/ano — R$ 118.581,21/mês

- Limpeza e asseio: R$ 406.616,76 — R$ 33.884,73/mês
- Nutrição e dietética: R$ 516.768,12 — R$ 43.064,01/mês
- Lavanderia: R$ 172.568,88 — R$ 14.380,74/mês
- CME: R$ 168.268,32 — R$ 14.022,36/mês
- Manutenção de equipamentos: R$ 158.752,44 — R$ 13.229,37/mês

Serviços Técnicos e Assistenciais de Terceiros – 14,04% do total

R$ 2.804.274,00/ano — R$ 233.689,50/mês

- Pessoa Jurídica – área assistencial: R$ 1.836.552,96 — R$ 153.046,08/mês
- SADT e gasometria: R$ 376.334,64 — R$ 31.361,22/mês
- Pessoa Jurídica – área administrativa: R$ 483.860,52 — R$ 40.321,71/mês

Custos Indiretos e Operacionais Institucionais – 13,02% do total

R$ 2.600.902,06/ano — R$ 216.741,84/mês

Inclui despesas com:

- Transporte de pacientes: R$ 112.895,64 — R$ 9.407,97/mês
- Manutenção predial: R$ 275.259,60 — R$ 22.938,30/mês
- Gerador: R$ 107.525,88 — R$ 8.960,49/mês
- TI: R$ 166.664,52 — R$ 13.888,71/mês
- Jurídico: R$ 134.398,44 — R$ 11.199,87/mês
- Comunicação: R$ 95.693,40 — R$ 7.974,45/mês
- Contabilidade: R$ 129.028,68 — R$ 10.752,39/mês
- Segurança: R$ 522.577,44 — R$ 43.548,12/mês
- Educação Continuada: R$ 48.375,36 — R$ 4.031,28/mês
- Acreditação: R$ 415.800,00 — R$ 34.650,00/mês
- Outros custos diversos detalhados em planilha

Investimentos e Reformas – 2,97% do total

R$ 594.000,00/ano — R$ 49.500,00/mês

- Reformas e melhorias estruturais: R$ 297.000,00 — R$ 24.750,00/mês
- Obras e adequações complementares: R$ 297.000,00 — R$ 24.750,00/mês

Rateio Administrativo – até 5% do total

R$ 998.421,60/ano — R$ 83.201,80/mês

A proposta respeita o limite previsto no **Art. 46, §2º da Lei Estadual nº 9.298/2023**, que limita a 5% do valor mensal repassado pelo poder público o montante destinado a despesas administrativas. Os recursos alocados nesse bloco são utilizados exclusivamente para fins de:

- Escrituração contábil
- Apoio jurídico e compliance
- Auditoria e faturamento SUS
- TI corporativo e sistemas de gestão
- Apoio institucional e governança
- Comunicação e segurança administrativa

Planilha-Resumo com distribuição anual e mensal do recurso

Bloco	Valor Anual (R$)	Valor Mensal (R$)	% sobre total
1. Pessoal e Encargos	7.702.769,96	641.897,50	38,59%
2. Insumos e Medicamentos	3.816.913,32	318.076,11	19,12%
3. Serviços Terceirizados	1.422.974,52	118.581,21	7,13%
4. Técnicos/Assistenciais Terceiros	2.804.274,00	233.689,50	14,04%
5. Custos Indiretos Operacionais	2.600.902,06	216.741,84	13,02%
6. Investimentos e Reformas	594.000,00	49.500,00	2,97%
7. Rateio Administrativo (até 5%)	998.421,60	83.201,80	5,00%
Total Geral	**19.968.432,18**	**1.664.036,02**	**100%**

Tabela 2 – Custos com Recursos Humanos

PESSOAL							
SETOR	**CATEGORIA**	**QUANT. NESSESSÁRIO**	**SALÁRIO BASE**	**INSALUBRIDADE**	**ENCARGOS SOCIAIS POR CATEGORIA**	**PROVISIONAMENTO DE VERBAS TRABALHISTAS POR CATEGORIA**	**TOTAL GERAL**
Diretoria	Diretor Geral	1	R$ 6.000,00	R$ 1.200,00	R$ 576,00	R$ 2.592,00	R$ 10.368,00
	Assistente De Diretoria Assistencial	1	R$ 1.518,00	R$ 303,60	R$ 145,73	R$ 655,78	R$ 2.623,10
Qualidade/NSP/NEP	Enfermeiro Qualidade/NSP/NEP	1	R$ 4.750,00	R$ 950,00	R$ 456,00	R$ 2.052,00	R$ 8.208,00
Controle de Infecção	Enfermeiro CCIH	0	R$ 4.750,00	R$ 950,00	R$ -	R$ -	R$ -
Vigilância Epidemiológica	Enfermeiro Epid	0	R$ 4.750,00	R$ 950,00	R$ -	R$ -	R$ -

SESMT	Técnico(A) em Segurança do Trabalho	1	R$ 3.000,00	R$	600,00	R$ 288,00	R$	1.296,00	R$ 5.184,00
RH - Recursos Humanos	Analista de Rh	1	R$ 2.000,00	R$	400,00	R$ 192,00	R$	864,00	R$ 3.456,00
NIR - Núcleo de Regulação Interna	Enfermeiro Diarista	0	R$ 4.750,00	R$	950,00	R$ -	R$	-	R$ -
	Analista Administrativo Regulação - Diurno	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 145,73	R$	655,78	R$ 2.670,02
	Analista Administrativo Regulação - Noturno	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 189,87	R$	854,40	R$ 3.464,52
Recepção	Recepcionista - Diurno	2	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 291,46	R$	1.311,55	R$ 5.340,05
	Recepcionista - Noturno	2	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 379,73	R$	1.708,80	R$ 6.929,04
	Controlador de Acesso - Diurno	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 145,73	R$	655,78	R$ 2.670,02

	Controlador de Acesso - Noturno	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 189,87	R$	854,40	R$ 3.464,52
Documentação/Prontuário (Pré-Faturamento/Faturamento)	Faturista	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 145,73	R$	655,78	R$ 2.734,42
	Auxiliar Administrativo - Diurno	2	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 291,46	R$	1.311,55	R$ 5.340,05
	Auxiliar Administrativo - Noturno	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 189,87	R$	854,40	R$ 3.464,52
Contas Médicas	Analista de Contas Médicas	0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$	-	R$ -
Compras e Contratos	Analista de Compras / Comprador	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 145,73	R$	655,78	R$ 2.623,10
	Assistente de Compras d Contratos	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 145,73	R$	655,78	R$ 2.734,42
Financeiro	Assistente Financeiro	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 145,73	R$	655,78	R$ 2.734,42

	Oficial de Manutenção Diurno	0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$	-	R$ -
	Oficial de Manutenção Noturno	0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$	-	R$ -
T.I. - Tecnologia da Informação	Tec. Informática - Diurno	0	R$ 2.000,00	R$	400,00	R$ -	R$	-	R$ -
	Téc. Informática - Noturno	0	R$ 2.000,00	R$	400,00	R$ -	R$	-	R$ -
Almoxarifado – Suprimentos	Almoxarife	0	R$ 2.000,00	R$	400,00	R$ -	R$	-	R$ -
	Auxiliar de Almoxarifado - Diurno	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 145,73	R$	655,78	R$ 2.670,02
Serviço de Farmácia	Farmacêutico RT / Coord. Farmacêutico 24h	3	R$ 3.500,00	R$	700,00	R$ 1.176,00	R$	5.292,00	R$ 21.168,00
	Auxiliar de Farmácia 24h	3	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 437,18	R$	1.967,33	R$ 8.010,07
		0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$	-	R$ -

Serviços Gerais e Lavanderia	Auxiliar de Rouparia Diurno	1	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 145,73	R$	655,78	R$ 2.670,02
	Auxiliar de Rouparia Noturno	0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$	-	R$ -
	Auxiliar de Serviços Gerais 24h	15	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 2.185,92	R$	9.836,64	R$ 40.050,36
	Auxiliar de Serviços Gerais Noturno	0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$	-	R$ -
	Encarregado de Serviços Gerais Diurno	1	R$ 2.000,00	R$	400,00	R$ 192,00	R$	864,00	R$ 3.474,00
Serviço Nutricional	Nutricionista Diurno	3	R$ 2.500,00	R$	500,00	R$ 720,00	R$	3.240,00	R$ 12.960,00
		0	R$ 2.700,00	R$	540,00	R$ -	R$	-	R$ -
		0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$	-	R$ -
	Cozinheira Diurno	3	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 437,18	R$	1.967,33	R$ 8.010,07

		0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$ -	R$ -
	Aux Cozinha Diurno	3	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 437,18	R$ 1.967,33	R$ 8.010,07
		0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$ -	R$ -
Transporte De Paciente	Maqueiro - Diurno	3	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ 437,18	R$ 1.967,33	R$ 8.010,07
		0	R$ 1.518,00	R$	303,60	R$ -	R$ -	R$ -
Gerência De Enfermagem	Gerência de Enfermagem E Assistencial (Rt)	1	R$ 4.750,00	R$	950,00	R$ 532,00	R$ 2.394,00	R$ 9.576,00
		0	R$ 3.500,00	R$	700,00	R$ -	R$ -	R$ -
		0	R$ 3.500,00	R$	700,00	R$ -	R$ -	R$ -
Pronto Atendimento (Classificação de Risco - Sala	Enfermeiro Coordenador Ps - Diurno	0	R$ 3.238,64	R$	647,73	R$ -	R$ -	R$ -

de Medicação - Clínica Médica e de Alto Risco)	Enfermeiro Coordenador Ps - Noturno	0	R$ 3.238,64	R$	647,73	R$ -	R$ -	R$ -
	Enfermeiro Ps - Diurno	6	R$ 3.238,64	R$	647,73	R$ 2.020,91	R$	9.094,09	R$ 36.376,36
		0	R$ 3.238,64	R$	647,73	R$ -	R$ -	R$ -
		0	R$ 3.325,00	R$	665,00	R$ -	R$ -	R$ -
	Téc. de Enfermagem - Diurno	12	R$ 2.267,05	R$	453,41	R$ 2.829,28	R$	12.731,75	R$ 50.927,01
		0	R$ 2.267,05	R$	453,41	R$ -	R$ -	R$ -
Equipe Multidisciplinar Assistencial	Assistente Social - Diurno	3	R$ 2.500,00	R$	500,00	R$ 720,00	R$	3.240,00	R$ 12.960,00
		0	R$ 2.500,00	R$	500,00	R$ -	R$ -	R$ -
		0	R$ 2.500,00	R$	500,00	R$ -	R$ -	R$ -
CME		0	R$ 4.750,00	R$	950,00	R$ -	R$ -	R$ -

	Téc. de Enfermagem - Diurno	3	R$ 2.267,05	R$ 453,41	R$ 707,32	R$ 3.182,94	R$ 12.731,75
		0	R$ 2.267,05	R$ 453,41	R$ -	R$ -	R$ -
		81	**R$ 141.587,75**	**R$ 28.317,55**	**R$ 17.187,96**	**R$ 77.345,82**	**R$ 311.612,06**

Tabela 3 – Custos com Médicos

DIMENSIONAMENTO MÉDICO						
CATEGORIA	**QUANT. DE PROF. POR DIA**	**NÚMERO DE DIAS POR MÊS PARA ESPÉCIE DO PLANTÃ0**	**REGIME**	**PLANTÃO**	**VALOR PLANTÃO BRUTO**	**VALOR MENSAL**
Médico Responsável Técnico - RT Projeto	1		*PJ*			R$ 6.000,00
Coordenação Médica Pronto Socorro	1		*PJ*			R$ -
Coordenação Médica Regulação	1		*PJ*			R$ -
subtotal Coordenações						**R$ 6.000,00**
SUBTOTAL PLANTONISTAS 12H						
Médico Clínico Geral Diurno (segunda-feira a sexta-feira)	2		*PJ*	24hs	R$ 3.200,00	R$ 140.800,00
Médico Clínico Geral Noturno (segunda-feira a sexta-feira)	0		*PJ*	24hs	R$ -	R$ -
Médico Clínico Geral Diurno (Final de semana e feriado)	2		*PJ*	24hs	R$ 3.500,00	R$ 63.000,00
Médico Clínico Geral Noturno (final de semana e feriado)	0		*PJ*	24hs	R$ -	R$ -
subtotal gineco-obstetricia		**0**				**R$ 203.800,00**
SUBTOTAL ESPECIALIDADES MÉDICAS INTERCONSULTAS DE APOIO EM TELEMEDICINA APLICADA						
Pediatria	1		*PJ*	24hs	R$ 600,00	R$ 18.600,00
Neurologia	1		*PJ*	24hs	R$ 600,00	R$ 18.600,00

Ortopedia	1		*PJ*	24hs	R$ 600,00	R$ 18.600,00
Radiologia	1		*PJ*	24hs	R$ 600,00	R$ 18.600,00
Ultrassonografia	1		*PJ*	24hs	R$ 600,00	R$ 18.600,00
Cardiologia	1		*PJ*	24hs	R$ 600,00	R$ 18.600,00
SUBTOTAL Pediatria Alojamento Conjunto e Sala de Parto		**0**				**R$ 111.600,00**
SUBTOTAL DESLOCAMENTO DE PACIENTE INTERHOSPITALAR						
	0		*PJ*	24hs	R$ -	R$ -
Deslocamento em Plantão de USB	31		*PJ*	24hs	R$ 2.000,00	R$ 62.000,00
			PJ	24hs	R$ -	R$ -
			PJ	24hs	R$ -	R$ -
subtotal Anestesiologia		**0**				**R$ 62.000,00**
			PJ		R$ -	R$ -
			PJ		R$ -	R$ -
			PJ		R$ -	R$ -
Subtotal Ambulatório		**0**				**R$ -**
AMBULATÓRIO						
TOTAL FOLHA MÉDICA – PJ						**383.400,00**

11.2 INVESTIMENTOS NECESSÁRIOS E PROJEÇÕES FUTURAS

Embora o custeio mensal da UPA Neópolis assegure o pleno funcionamento das atividades assistenciais e administrativas da unidade, há demandas de investimento não recorrente que se configuram como indispensáveis para garantir a consolidação do modelo proposto, o alcance de padrões elevados de qualidade e a ampliação da resolutividade.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de captação de recursos adicionais para os seguintes fins:

- Reforma e requalificação da estrutura física, incluindo adequações de acessibilidade, climatização, modernização dos espaços assistenciais e das áreas de apoio técnico-administrativo;
- Aquisição de equipamentos médico-hospitalares e mobiliário técnico, imprescindíveis à manutenção de fluxos assistenciais seguros e eficientes;
- Atualização do parque tecnológico, com investimento em equipamentos de informática e infraestrutura de rede que assegurem o pleno funcionamento do prontuário eletrônico, da integração com sistemas públicos (e-SUS, CNES, SIVEP-Gripe, etc.) e da segurança da informação;
- Equipagem e estruturação da área de nutrição e cozinha hospitalar, garantindo a oferta de alimentação adequada a pacientes, acompanhantes e profissionais;
- Sistemas de geração de energia solar, dentro da política institucional de sustentabilidade e eficiência energética (conforme detalhado no Anexo 17).

Essas iniciativas, uma vez implementadas, conferem solidez à gestão da unidade, permitindo a ampliação da autonomia funcional da UPA e a sustentabilidade de médio e longo prazo do projeto.

11.3 GESTÃO DA QUALIDADE, SEGURANÇA E ACREDITAÇÃO

A excelência na prestação de serviços de saúde exige, cada vez mais, mecanismos estruturados de monitoramento da qualidade assistencial, com foco na segurança do paciente, na eficiência dos processos e na efetividade dos resultados. Por isso, a presente proposta contempla um plano de gestão da qualidade robusto, dividido em três eixos estratégicos:

a) Educação Permanente e Desenvolvimento de Pessoal

Será instituído um Programa de Educação Permanente, contemplando capacitações periódicas, treinamentos práticos, seminários internos e materiais de apoio didático, visando à atualização contínua das equipes e à padronização das práticas clínicas e administrativas.

Esse eixo é fundamental para promover a cultura organizacional centrada no cuidado qualificado, fomentar a interdisciplinaridade e assegurar o cumprimento dos protocolos clínico-assistenciais estabelecidos pelas diretrizes do SUS.

b) Segurança do Paciente e Monitoramento de Riscos

A gestão da unidade prevê a implementação de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável pela elaboração e aplicação de protocolos de segurança, análise de eventos adversos, implantação de notificações sistemáticas e execução de auditorias internas, conforme preconizado pela RDC nº 36/2013 da Anvisa e orientações do Ministério da Saúde.

Será adotada uma política institucional de gestão de riscos assistenciais, com o uso de ferramentas específicas como o *Checklist Cirúrgico*, *Protocolo de Identificação do Paciente*, *Protocolo de Prevenção de Quedas* e *Monitoramento de Eventos Sentinela*.

c) Acreditação Hospitalar – ONA (Organização Nacional de Acreditação)

Como meta institucional de médio prazo, a proposta de gestão da UPA Neópolis estabelece a busca pela Acreditação Nível I da Organização Nacional de Acreditação (ONA) no prazo de até 24 meses após o início da operação plena da unidade. Para alcançar esse objetivo, serão contratadas consultorias especializadas em gestão da qualidade e segurança do paciente, promovidos ciclos de avaliação diagnóstica institucional (pré-auditorias), elaborados planos de ação com base em não conformidades e implementadas estratégias sistemáticas de capacitação das equipes multiprofissionais.

A Acreditação Nível I – Acreditado é concedida às organizações de saúde que comprovam o cumprimento dos requisitos essenciais de segurança do paciente, padronização de processos e gestão de riscos assistenciais e operacionais, conforme os critérios definidos no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA – 5ª edição (2022). Trata-se de uma certificação voluntária, reconhecida nacional e internacionalmente, que atua como instrumento técnico de indução à melhoria contínua, à eficiência operacional e à cultura organizacional orientada à qualidade.

Essa meta encontra respaldo nas diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, e nas exigências sanitárias estabelecidas pela RDC nº 36/2013 da ANVISA, que normatiza a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e o uso de protocolos clínico-assistenciais em serviços de urgência e emergência. A adesão aos princípios da ONA também reforça o alinhamento da unidade às metas internacionais de segurança do paciente recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Acreditação não se resume à obtenção de um selo de reconhecimento externo. Ela constitui uma estratégia estruturante de governança institucional, voltada para o fortalecimento da gestão por processos, a padronização das práticas clínicas, a cultura da segurança, a qualificação das lideranças e o cuidado centrado no usuário. Ao perseguir esse objetivo, a gestão reafirma seu compromisso com a transparência, a ética, a sustentabilidade e a excelência na atenção à saúde.

11.4 LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIA TIPO A – TRANSPORTE SIMPLES REMOÇÃO

Para garantir suporte logístico às remoções inter-hospitalares e transportes eletivos de pacientes sem risco iminente de vida, propõe-se a locação de veículo ambulatorial tipo A (ambulância de simples remoção). A ambulância será destinada exclusivamente ao transporte de pacientes em condições clínicas estáveis, em conformidade com os parâmetros definidos pela legislação sanitária vigente.

Especificações do veículo proposto:

- Veículo com isolamento térmico, revestimento interno nas laterais e teto, e piso lavável;
- Maca retrátil padrão SUS;
- Banco tipo baú e banco auxiliar para profissional de saúde;
- Armário superior embutido;
- Cilindro de oxigênio de 07 litros com suporte;
- Sinalizador sonoro e visual (sirene e giroflex homologados);
- Documentação veicular regularizada e autorizada pelo DETRAN como veículo de emergência.

Valor da locação mensal: R$ 17.500,00 (dezessete mil e quinhentos reais), correspondente exclusivamente ao fornecimento do veículo tipo ambulância, sem inclusão de condutor ou equipe técnica embarcada.

Nota: As manutenções preventivas e corretivas do veículo, bem como eventuais despesas decorrentes do seu uso regular, serão de inteira responsabilidade do locatário.

A presente proposta visa assegurar a operacionalização plena da UPA Neópolis, com foco na eficiência gerencial, qualidade da assistência, sustentabilidade financeira e valorização das equipes multiprofissionais. O modelo apresentado está alinhado às diretrizes do SUS, às exigências do edital e às necessidades específicas da população local. A estrutura de custos foi elaborada com responsabilidade técnica, transparência e rigor metodológico, garantindo a compatibilidade entre os recursos

alocados e os resultados esperados. Por fim, reafirma-se o compromisso da proponente com a excelência na gestão dos serviços, a humanização do cuidado e o cumprimento dos indicadores pactuados, em benefício da saúde pública e do fortalecimento da rede assistencial do Estado.

PLANILHA FINANCEIRA

UPA NEÓPOLIS	MÊS	ANO
DESPESAS OPERACIONAIS		
1. Pessoal	**641.897,50**	**7.702.769,96**
1.1. Ordenados	**330.501,91**	**3.966.022,88**
1.1. Encargos Sociais	**110.316,69**	**1.323.800,28**
1.2. Provisões	**104.529,15**	**1.254.349,80**
1.2.1 - Férias	**27.519,03**	**330.228,36**
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	**7.553,70**	**90.644,40**
1.2.3 - 13º e adicional de férias	**38.130,84**	**457.570,08**
1.2.4 - Indenizações	**4.406,49**	**52.877,88**
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	**26.919,09**	**323.029,08**
1.3. Benefícios	**5.995,44**	**71.945,28**
1.4. Índice de Segurança Técnica	**59.954,40**	**719.452,80**
1.6. Outras Formas de Contratação	**30.599,91**	**367.198,92**
2. Material/Medicamentos/Insumos	**318.076,11**	**3.816.913,32**
2.1. Materiais Médico Hospitalares	**121.547,25**	**1.458.567,00**
2.2. Medicamentos	**166.661,55**	**1.999.938,60**
2.3. Dietas enterais	**4.479,75**	**53.757,00**
2.4. Gases Medicinais	**25.387,56**	**304.650,72**
3. Serviços terceirizados	**118.581,21**	**1.422.974,52**
3.1. Limpeza e asseio	**33.884,73**	**406.616,76**
3.2. Nutrição e dietética	**43.064,01**	**516.768,12**
3.3. Lavanderia	**14.380,74**	**172.568,88**
3.4. CME	**14.022,36**	**168.268,32**

3.5. Manutenção de equipamentos	**13.229,37**	**158.752,44**
3.7. Outros (especificar)	**0,00**	**0,00**
4. Seguros/Impostos/Taxas	**7.167,60**	**86.011,20**
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	**2.687,85**	**32.254,20**
4.2. Impostos/Taxas	**4.479,75**	**53.757,00**
5. Gerais	**78.382,26**	**940.587,12**
5.1. Telefonia/Internet	**1.343,43**	**16.121,16**
5.3. Energia Elétrica	**58.781,25**	**705.375,00**
5.4.Água e esgoto	**11.289,96**	**135.479,52**
5.4. Locação de veículos (exceto ambulância)	**4.479,75**	**53.757,00**
5.5. Outras Despesas Gerais (fundo de reserva)	**2.487,87**	**29.854,44**
6. Depreciação	**0,00**	**0,00**
7. Prestação de Serviços de Terceiros	**233.689,50**	**2.804.274,00**
7.1. Assistenciais	**193.367,79**	**2.320.413,48**
7.1.1. Pessoa Jurídica	**153.046,08**	**1.836.552,96**
7.1.2. Pessoa Física	**8.960,49**	**107.525,88**
7.1.3. Cooperativa	**0,00**	**0,00**
7.1.4. SADT e gosometria	**31.361,22**	**376.334,64**
7.2. Administrativos	**40.321,71**	**483.860,52**
7.2.1. Pessoa Jurídica	**40.321,71**	**483.860,52**
7.2.2. Pessoa Física	**0,00**	**0,00**
7.2.3. Cooperativa	**0,00**	**0,00**
8. Custos indiretos	**216.741,84**	**2.600.902,06**
8.1. Material de expediente	**3.135,33**	**37.623,96**
8.2. Transporte de pacientes	**9.407,97**	**112.895,64**
8.3. Manutenção predial	**22.938,30**	**275.259,60**
8.4. Faturamento e auditoria	**5.375,70**	**64.508,40**
8.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	**8.960,49**	**107.525,88**
8.6. TI	**13.888,71**	**166.664,52**
8.7. Jurídico	**11.199,87**	**134.398,44**

8.8. Educação Continuada	**4.031,28**	**48.375,36**
8.9. Assessoria de Comunicação	**7.974,45**	**95.693,40**
8.10. Contabilidade	**10.752,39**	**129.028,68**
8.11. Segurança e vigilância	**43.548,12**	**522.577,44**
8.12. SCIH	**2.687,85**	**32.254,20**
8.13. OPM não SUS	**0,00**	**0,00**
8.14. Locação de equipamento hospitalar/info/outros	**31.361,22**	**376.334,64**
8.13. Resíduos hospitalares	**5.824,17**	**69.890,04**
8.14. Acreditação hospitalar	**34.650,00**	**415.800,00**
8.15. Outros	**1.005,99**	**12.071,86**
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (b)	**1.614.536,02**	**19.374.432,18**
DESPESAS NÃO OPERACIONAIS (c)	**49.500,00**	**594.000,00**
1. Reformas	**24.750,00**	**297.000,00**
2. Obras	**24.750,00**	**297.000,00**
3. Móveis	**0,00**	**0,00**
4. Equipamentos	**0,00**	**0,00**
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS = (c)	**49.500,00**	**594.000,00**
TOTAL DE DESPESAS = (b)+(c)	**1.664.036,02**	**19.968.432,18**

Instituto Nac
Largo 02 de
(75) 9956-63

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS -
UPA NEÓPOLIS

	MÊS					
RECEITAS OPERACIONAIS	**MÊS 01**	**MÊS 02**	**MÊS 03**	**MÊS 04**	**MÊS 05**	**MÊS 06**
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Repasse Programas Especiais	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Repasse para Investimentos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL DE REPASSES (a)	**R$** -	**R$** -	**R$** -	**R$** -	**R$** -	**R$** -
DESPESAS OPERACIONAIS						
1. Pessoal	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**
1.1. Ordenados	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91
1.1. Encargos Sociais	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69
1.2. Provisões	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15
1.2.1 - Férias	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70
1.2.3 - 13º e adicional de férias	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84
1.2.4 - Indenizações	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09
1.3. Benefícios	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44
1.4. Índice de Segurança Técnica	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40
1.6. Outras Formas de Contratação	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91
2. Material/Medicamentos/Insumos	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**

2.1. Materiais Médico Hospitalares	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25
2.2. Medicamentos	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55
2.3. Dietas enterais	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75
2.4. Gases Medicinais	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56
3. Serviços terceirizados	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**
3.1 Limpeza e asseio	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73
3.2 Nutrição e dietética	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01
3.3 Lavanderia	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74
3.4 CME	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36
3.5 Manutenção de Equipamentos	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37
3.6 Outros (especificar)	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
4. Seguros/Impostos/Taxas	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85
4.2. Impostos / Taxas	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75
5. Gerais	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**
5.1. Telefonia/Internet	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43
5.2. Energia Elétrica	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25
5.3. Água e esgoto	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96
5.4. Locação de Veículos (exceto ambulância)	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75
5.5. Outras Despesas Gerais (especificar)	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87
6. DEPRECIAÇÃO	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
7. Prestação de Serviços de Terceiros	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**
7.1. Assistências	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79
7.1.1. Pessoa Jurídica	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08

7.1.2. Pessoa física	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49
7.1.3 Cooperativa	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
7.1.4. SADT e gosomeria	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22
7.2. Administrativos	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**
7.2.1. Pessoa Jurídica	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71
7.2.2. Pessoa Física	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
7.2.3. Cooperativa	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
8. Custos Indiretos	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**
8.1. Material de expediente	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33
8.2. Transporte de pacientes	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97
8.3. Manutenção predial	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30
8.4. Faturamento e auditoria	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70
8.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49
8.6. TI	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71
8.7. Jurídico	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87
8.8. Educação Continuada	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28
8.9. Assessoria de Comunicação	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45
8.10. Contabilidade	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39
8.11. Segurança e Vigilância	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12
8.12. SCIH	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85
8.13. OPM não SUS	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
8.14. Locação de equipamento hospitalar/info/outros	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22
8.15. Resíduos hospitalares	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17
8.16. Acreditação hospitalar	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00
8.17. Outros (especificar)	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99

TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (b)	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**
DESPESAS NÃO OPERACIONAIS (c)	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**
1. Reformas	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00
2. Obras	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00
3. Móveis	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
4. Equipamentos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS = (c)	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**
TOTAL DE DESPESAS = (b)+(c)	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**

PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS -
UPA NEÓPOLIS

	MÊS					
RECEITAS OPERACIONAIS	**MÊS 07**	**MÊS 08**	**MÊS 09**	**MÊS 10**	**MÊS 11**	**MÊS 12**
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Repasse Programas Especiais	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Repasse para Investimentos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL DE REPASSES (a)	**R$** -	**R$** -	**R$** -	**R$** -	**R$** -	**R$** -
DESPESAS OPERACIONAIS						
1. Pessoal	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**	**R$ 641.897,50**
1.1. Ordenados	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91	R$ 330.501,91
1.1. Encargos Sociais	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69	R$ 110.316,69
1.2. Provisões	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15	R$ 104.529,15

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

1.2.1 - Férias	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03	R$ 27.519,03
1.2.2 - Faltas, licenças e aviso prévio	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70	R$ 7.553,70
1.2.3 - 13º e adicional de férias	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84	R$ 38.130,84
1.2.4 - Indenizações	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49	R$ 4.406,49
1.2.5 - Reflexos dos encargos e provisões	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09	R$ 26.919,09
1.3. Benefícios	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44	R$ 5.995,44
1.4. Índice de Segurança Técnica	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40	R$ 59.954,40
1.6. Outras Formas de Contratação	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91	R$ 30.599,91
2. Material/Medicamentos/Insumos	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**	**R$ 318.076,11**
2.1. Materiais Médico Hospitalares	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25	R$ 121.547,25
2.2. Medicamentos	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55	R$ 166.661,55
2.3. Dietas enterais	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75
2.4. Gases Medicinais	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56	R$ 25.387,56
3. Serviços terceirizados	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**	**R$ 118.581,21**
3.1 Limpeza e asseio	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73	R$ 33.884,73
3.2 Nutrição e dietética	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01	R$ 43.064,01
3.3 Lavanderia	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74	R$ 14.380,74
3.4 CME	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36	R$ 14.022,36
3.5 Manutenção de Equipamentos	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37	R$ 13.229,37
3.6 Outros (especificar)	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
4. Seguros/Impostos/Taxas	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**	**R$ 7.167,60**
4.1. Seguros (Imóvel e automóvel)	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85
4.2. Impostos / Taxas	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75
5. Gerais	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**	**R$ 78.382,26**
5.1. Telefonia/Internet	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43	R$ 1.343,43
5.2. Energia Elétrica	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25	R$ 58.781,25

5.3. Água e esgoto	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96	R$ 11.289,96
5.4. Locação de Veículos (exceto ambulância)	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75	R$ 4.479,75
5.5. Outras Despesas Gerais (especificar)	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87	R$ 2.487,87
6. DEPRECIAÇÃO	0	0	0	0	0	0
7. Prestação de Serviços de Terceiros	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**	**R$ 233.689,50**
7.1. Assitências	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79	R$ 193.367,79
7.1.1. Pessoa jurídica	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08	R$ 153.046,08
7.1.2. Pessoa física	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49
7.1.3 Cooperativa	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
7.1.4. SADT e gosometria	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22
7.2. Administrativos	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**	**R$ 40.321,71**
7.2.1. Pessoa Jurídica	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71	R$ 40.321,71
7.2.2. Pessoa Física	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
7.2.3. Cooperativa	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
8. Custos Indiretos	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**	**R$ 216.741,84**
8.1. Material de expediente	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33	R$ 3.135,33
8.2. Transporte de pacientes	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97	R$ 9.407,97
8.3. Manutenção predial	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30	R$ 22.938,30
8.4. Faturamento e auditoria	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70	R$ 5.375,70
8.5. Gerador de energia elétrica exclusivo	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49	R$ 8.960,49
8.6. TI	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71	R$ 13.888,71
8.7. Jurídico	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87	R$ 11.199,87
8.8. Educação Continuada	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28	R$ 4.031,28
8.9. Assessoria de Comunicação	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45	R$ 7.974,45
8.10. Contabilidade	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39	R$ 10.752,39

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

8.11. Segurança e Vigilância	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12	R$ 43.548,12
8.12. SCIH	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85	R$ 2.687,85
8.13. OPM não SUS	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
8.14. Locação de equipamento hospitalar/info/outros	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22	R$ 31.361,22
8.15. Resíduos hospitalares	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17	R$ 5.824,17
8.16. Acreditação hospitalar	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00	R$ 34.650,00
8.17. Outros (especificar)	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99	R$ 1.002,99
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (b)	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**	**R$ 1.614.536,02**
DESPESAS NÃO OPERACIONAIS (c)	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**
1. Reformas	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00
2. Obras	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00	R$ 24.750,00
3. Móveis	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
4. Equipamentos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS = (c)	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**	**R$ 49.500,00**
TOTAL DE DESPESAS = (b)+(c)	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**	**R$ 1.664.036,02**

O **Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público (INASP)** propõe gerenciar e operacionalizar a **Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis** pelo valor global anual de R$ 19.968.432,18 (Dezenove milhões, novecentos e sessenta e oito mil, quatrocentos e trinta e dois reais e dezoito centavos) e valor mensal de R$ 1.664.036,02 (Um milhão, seiscentos e sessenta e quatro mil, trinta e seis reais e dois centavos.).

Paripiranga, 15 de julho de 2025.

Sonia Matos Lima
Vice-Presidente

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
TABELIÃO: DANIELE PERETE
Pereté
Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de:
Sonia Matos Lima
Selo TJSE: 202529527101223
Acesse: http://www.tjse.jus.br/x/364KX6
Aracaju, 15/07/2025 11:07:03 18987
Daniela Santana de Carvalho - Escrevente Autorizada
Emol.:R$4,65 Selo:R$0,00 FERD:R$0,93 Total:R$5,58
RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL.: 79 3214.3397

CARTÓRIO PERETE - 1º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
Daniela Santana de Carvalho
Escrevente Autorizada

Scanned with CamScanner

12. ATA APROVAÇÃO DO CONSELHO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

REQUERIMENTO PARA FINS DE REGISTRO/AVERBAÇÃO DA ATA DE REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINSITRAÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP - CNPJ: 29.099.982/0001-00.

Ao Senhor Oficial do Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Paripiranga/BA.

O INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP, com sede em Paripiranga/BA no Largo 02 de Julho, nº 171, Bairro Centro, CEP 48.430-000, neste ato representada pela sua vice-presidente **SONIA MATOS LIMA,** brasileira, solteira, microempresária individual, portadora do RG nº 1.203.387 SSP/SE e CPF nº 896.487.905-82, filiação: Antônio Matos Carregosa e Altair Virginia Lima Carregosa, domiciliada na Avenida Salustiano Domingues de Santana, 1140, casa, bairro centro, na cidade de Paripiranga/BA – CEP: 48.430-000. Telefone: 75-9816-5004, não possui e-mail.; vem por meio deste, requerer a **AVERBAÇÃO DA ATA E SEUS ANEXOS DA REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO REFERENTE AO CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2025-SES/SE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO BOQUIM/SE E AO CHAMAMENTO PÚBLICO N° 003/2025-SES/SE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS/SE, DO INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP.**

I – DOS DOCUMENTOS ANEXOS:

1. 02 VIAS DA ATA DA REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO;
2. 02 VIAS DA LISTA DE PRESENÇA;
3. 02 VIAS DO EDITAL DO CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2025-SES/SE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO BOQUIM/SE;
4. 02 VIAS DO EDITAL DO CHAMAMENTO PÚBLICO N° 003/2025-SES/SE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS/SE.

Nestes termos, pede deferimento.

PARIPIRANGA/BA, 20 DE JUNHO DE 2025.

TABELIONATO DE NOTAS

SONIA MATOS LIMA
VICE-PRESIDENTE EXECUTIVA
CPF nº 896.487.905-82

TABELIONATO DE NOTAS COM FUNCOES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA BA
Rua Fernando dias Lima nº. 452b 000 - Paripiranga-BA
Telefone (75)9 8554 4731 - Edivaldo Ribeiro Freire - TABELIÃO
Reconheco por SEMELHANCA 0001 firma(s) de SONIA MATOS LIMA (18416)
Emol R$ 3,3 Taxa R$ 3,6 Total R$6,90
Em testemunho (...) da verdade.
ADILSON FRANKLIM ALMEIDA SANTANA - ESCREVENTE
Paripiranga-BA 18/06/2025
Selo(s): 2171 AB 2644464
Consulte www.tjba.jus.br/atividadenotarial

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO - INASP

CONVOCAÇÃO

PARA REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CNPJ: 29.099.982/0001-00

A senhora **Sonia Matos Lima**, vice-presidente executiva **DO INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP** no uso das suas atribuições, **CONVOCA** os Senhores Conselheiros, membros e interessados a se reunirem em **REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA**, do **CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO** conforme segue:

LOCAL: Largo 2 de Julho, n° 171, centro, Paripiranga/BA - CEP: 48.430-000.

DATA: 12 de junho de 2025.

HORÁRIO: Às 19:00H.

A **REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA**, será instalada para **DELIBERAR** acerca dos seguintes assuntos:

a) Apresentação do Plano de Trabalho referente ao CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2025-SES/SE – da Secretaria do Estado de Sergipe – Unidade de Pronto atendimento – UPA 24H Dr. B. Mitidieri – Boquim/SE;

b) Apresentação do Plano de Trabalho referente ao CHAMAMENTO PÚBLICO N° 003/2025-SES/SE – da Secretaria do Estado de Sergipe – Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis/SE;

c) Assuntos Gerais.

Paripiranga/BA, 11 de junho de 2025.

TABELIONATO DE NOTAS

SONIA MATOS LIMA
VICE-PRESIDENTE EXECUTIVA
CPF nº 896.487.905-82

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025


TABELIONATO DE NOTAS COM FUNCOES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA - BA
Rua Fernando dias Lima sn - 48430-000 - Paripiranga-BA
Telefone (75)9 9954-0781 - Edivaldo Ribeiro Freire - TABELIÃO
Reconheco por SEMELHANCA 0001 firma(s) de SONIA MATOS LIMA (1
Emol. R$ 3,3 Taxa: R$ 3,6 Total: R$6,90
Em testemunho ( ) da verdade
ADILSON FRANKLIM ALMEIDA SANTANA - ESCREVENTE
Paripiranga-BA 1B/09/2025
Selo(s) 2171 AB 264444-0
Consulte
www.tjba.jus.br/autenticidade
Adilson Franklin A. Santana
Delegado(a) Substituto

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

EMPRESA QUE APOIA O GACC

ATA DA REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO REFERENTE AO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025-SES/SE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO BOQUIM/SE E AO CHAMAMENTO PÚBLICO N° 003/2025-SES/SE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS/SE, DO INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP, associação civil do tipo **Organização da Sociedade Civil (OSC) com qualificação em Organização Social (OS)**, de direito privado, sem fins lucrativos, com atividade de interesse social e utilidade pública, **CNPJ: 29.099.982/0001-00**, com sede e foro, **na cidade de Paripiranga/BA no Largo 02 de Julho, nº 171, Bairro Centro, CEP 48.430-000**, realizada em **12 de junho de 2025**.

Aos 12 (doze) dias do mês de **junho de 2025** (dois mil e vinte e cinco), **às 19:00h**, no supracitado endereço da Sede, em **REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA**, os **CONSELHEIROS**, a **PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO** e a **VICE-PRESIDENTE EXECUTIVA DO INASP**, **reuniram-se em primeira convocação** no local denominado **Escritório do INASP** no Largo 02 de Julho, nº 171, Bairro Centro, na cidade de Paripiranga/BA - CEP 48.430-000, os presentes:

1. Blenda Airam Alves Teixeira, brasileira, solteira, estudante, portadora de RG nº 03.493.628-9 e CPF nº 048.949.465-05, filiação: Antônio Marcos Teixeira Macedo e Marcia Alves Conceição Teixeira Macedo, domiciliada na Rua Nilo Quinto de Macedo, n. º 125, vaquejada, na cidade de Paripiranga/BA - CEP 48.430-000. Telefone: 75-9969-9139, não possui e-mail;

2. Cleiton Antonio de Oliveira, brasileiro, solteiro, professor, portador do RG n. º 14.474.999-80 SSP/BA e CPF n. º 038.760.495-20, filiação: José Antonio de Oliveira e Marli Cardoso de Oliveira, domiciliado na Rua Padre Vicente Valentim, n. º 71, casa, bairro centro, na cidade de Paripiranga/BA – CEP: 48.430-000. Telefone: 75-99946-6061, não possui e-mail;

3. Jennifer Naraiane de Souza Santos, brasileira, solteira, enfermeira, portadora do RG nº 29293901 SSP/SE e CPF nº 058.474.265-77, registro no COREN/BA nº 000.814.229, filiação: Gerinaldo Neves dos Santos e Marilene Correia de Souza Santos, domiciliada na Fazenda Roça Nova, 80-A, zona rural, na cidade de Paripiranga/BA – CEP: 48.430-000. Telefone: 75-99897-1347, não possui e-mail;

4. Julia Carvalho Matos, brasileira, solteira, estudante, portadora do RG nº 16635742 19 SSP/BA e CPF nº 860.220.465-56, filiação: Paulo Sergio Matos e Eliane de Carvalho Matos, domiciliada na Rua Rodagem, n. º 27, bairro centro, na cidade de Paripiranga/BA – 48.430-000. Telefone: 75-9969-1352, não possui e-mail;

5. Marcia Cecília de Oliveira Carregosa, brasileira, casada, servidora pública do município de Paripiranga/BA, matrícula n. º 1627, portadora do RG nº 12.933.332-80 SSP/BA e CPF nº 999.061.475-04, filiação: Eronildes de Oliveira Rosa e Albertina Cecilia dos Santos. **Cônjuge:** José Carlos Santana Carregosa, brasileiro, casado, empreendedor individual, portador do RG nº 09813789 19 SSP/BA e CPF nº 997.009.055-00, filiação: Manoel Matos Carregosa e Maria do Carmo Carvalho Santana. Domiciliados na Rua Edmilson n. º 980, bairro centro, na cidade de Paripiranga/BA – 48.430-000. Telefone: 75-99956-6304, não possui e-mail;

6. Sonia Matos Lima, brasileira, solteira, microempresária individual, portadora do RG nº 1.203.387 SSP/SE e CPF nº 896.487.905-82, filiação: Antônio Matos Carregosa e Altair Virginia Lima Carregosa, domiciliada na Avenida Salustiano Domingues de Santana, 1140, casa, bairro centro, na cidade de Paripiranga/BA – CEP: 48.430-000. Telefone: 75-9816-5004, não possui e-mail.;

7. Thereza Cristina Fraga Pimentel Nunes, brasileira, casada, auxiliar administrativa, portadora do RG n. º 02.344.503-3 SSP/SE e CPF n. º 034.964.995-24, filiação: Francisco Menezes Pimentel e Josefa Fraga Pimentel. **Cônjuge:** Paulo Nunes de Melo Neto, brasileiro, casado, microempreendedor, portador do RG n. º 31924026 SSP/SE e CPF n. º 042.854.195-05, filiação: José Milicio dos Santos e Eliane Araujo Melo. Domiciliados na Rua Manoel Pereira Guimaraes, n. º 5, bairro Luzia, Aracaju/SE CEP 49.048-240. Telefone: 75-9925-2111, não possui e-mail; **para deliberarem sobre os pontos previstos no aviso de convocação**, nos termos do Estatuto em Vigor, quais sejam: **a)** Apresentação do Plano de Trabalho referente ao CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2025-SES/SE – da Secretaria do Estado de Sergipe – Unidade de Pronto atendimento – UPA 24H Dr. B. Mitidieri – Boquim/SE; **b)** Apresentação do Plano de Trabalho referente ao CHAMAMENTO PÚBLICO N° 003/2025-SES/SE – da Secretaria do Estado de Sergipe – Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis/SE; **c)** Assuntos Gerais. Em conformidade com o

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

Estatuto vigente, assumiu a presidência dos trabalhos a Srª. **Sonia Matos Lima,** vice-presidente executiva da Organização Social - INASP, anteriormente qualificado. Para secretariar os trabalhos designou a Conselheira Sra. **Julia Carvalho Matos,** dando por instalada esta reunião extraordinária do Conselho de Administração. A presidente da reunião, a senhora, **Sonia Matos Lima** deu as boas-vindas a todos e colocou os pontos previstos no aviso de convocação acima mencionado em evidência, antes, enfatizou que de acordo com o estatuto o presidente executivo não possui direito a voto nas reuniões do conselho de administração, mas deve presidir as reuniões, representado neste ato pela vice-presidente. Feito isto, analisando o item "a e b" do aviso de convocação, foram distribuídas cópias das minutas dos **Planos de Trabalho** referente ao **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025-SES/SE** - da Secretaria do Estado de Sergipe - Unidade de Pronto atendimento – UPA 24H Dr. B. Mitidieri – **Boquim/SE** e ao **CHAMAMENTO PÚBLICO N° 003/2025-SES/SE** – da Secretaria do Estado de Sergipe – Unidade de Pronto Atendimento de **Neópolis/SE,** ambos os Planos de Trabalho contemplam alguns itens exigidos nos respectivos editais, como: Definição de modelo de gestão com metas operacionais, indicativas de melhoria da eficiência e qualidade do serviço, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo e os respectivos prazos e formas de execução; Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico-financeiros e de expansão, na prestação dos serviços autorizados e Especificação da alocação dos recursos financeiros para execução da Proposta de Trabalho, conforme modelo da Secretaria de Estado da Saúde, aprovada e registrada pelo Conselho de Administração da entidade. Ato contínuo, suspendeu-se a reunião por 1 (uma) hora, para análise dos referidos Planos de Trabalho por parte dos conselheiros, **após, posto em votação, foram aprovados por unanimidade dos conselheiros presentes.** Por fim, foi aberta oportunidade para assuntos gerais item 'c" do aviso, sem que nenhum conselheiro tenha apresentado assunto. Dessa forma, nada mais havendo a deliberar, a presidente determinou a suspensão da sessão pelo tempo necessário à transcrição da ata. Ademais, afirmo que eu **Julia Carvalho Matos**, lavrei a presente ata, que lida e achada conforme pelos presentes, segue assinada por mim, pela Vice-Presidente do INASP, pela Presidente do Conselho de Administração pelo Advogado. Os demais presentes assinaram em lista de presença conforme anexo. **Declaramos que a presente ata é cópia fiel do que consta no livro de atas. Sob pena da lei.**

JULIA CARVALHO MATOS
SECRETÁRIA/CONSELHEIRA
CPF nº 860.220.465-56

SONIA MATOS LIMA
VICE-PRESIDENTE EXECUTIVA
CPF nº 896.487.905-82

JENNIFER NARAIANE DE SOUZA SANTOS
PRESIDENTE – CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
CPF nº 058.474.265-77

JOSE WASHINGTON MESSIAS SANTOS
ADVOGADO – OAB/BA 41.366

TABELIONATO DE NOTAS COM FUNCOES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA BA
Rua Fernando dias Lima sn 48430-000 Paripiranga BA
Telefone (75) 9954 0781 Edivaldo Ribeiro Freire - TABELIAO
Reconheco por SEMELHANCA 0003 firma(s) de SONIA MATOS LIMA (18416) JULIA CARVALHO MATOS (32215) JENNIFER NARAIANE DE SOUZA SANTOS (26292)
Emol R$ 9 9 Taxa R$ 10 8 Total R$20,70
Em testemunho (X) da verdade
ADILSON FRANKLIM ALMEIDA SANTANA - ESCREVENTE
Paripiranga-BA 18/06/2025
Selo(s) 2171 AB 264358-3 2171 AB 264363-0 2171 AB 264460-1
Consulte www.tjbe.jus.br/autentioidade

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA BAHIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS DE PARIPIRANGA
OFICIAL: SEBASTIÃO FREIRE DO NASCIMENTO JÚNIOR
PRAÇA PEDRO RABELO DE MATOS, S/N, CENTRO, PARIPIRANGA-BA, CEP: 48.430-000,
FONE: (75)3279-2214, email: cartorioparipiranga.ba@gmail.com

Livro: A-16
Fl. 143\163v

CERTIDÃO DE ATO PRATICADO

Certifico e dou fé que nesta data AVERBEI os(as) ATA, DA REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO REFERENTE AO CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2025-SES/SE - DA SECRETÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE - DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H DR. MITIDIERI - BOQUIM/SE E APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO REFERENTE AO CHAMAMENTO PÚBLICO N° 003/2025-SES/SE - DA SECRETÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE - DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE NEÓPOLIS/SE do(a) INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO - INASP - CNPJ: 29.099.982/0001-00 representada por SONIA MATOS LIMA - CPF: 896.487.905-82, compreendendo (requerimento, lista de presença, ata de averbação, edital de convocação).
Protocolado(a) em 25/06/2025 sob: n° 481, às folhas 28, do livro de protocolo PJ n° 1.

Averbado(a) sob: AV. 24, do registro 399 lançado em 09/10/2017 às folhas 224 a do livro A-9, anexado à ficha n° 298.

Recolhidas as custas no valor de **R$ 487,14**, Emolumentos R$ 235,29, Taxa Fiscal R$ 167,09, FECOM R$ 59,43, Def. Pública R$ 6,24, PGE R$ 9,35, FMMPBA R$ 4,87, FEURB 4,87, através do(s) DAJE(s):
N° 2169 002 047584

Paripiranga - BA, 26 de Junho de 2025

Ana Maria Santana Sodré
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
Ato Notarial ou de Registro
2169AB0408030
BU0VDZIEM0
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade

Data\Hora Impressão: 26/06/2025 14:34:42

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

ANEXO I

- Lista de presença ..... Folha única

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

LISTA DE PRESENÇA

Estavam presentes os seguintes conselheiros e membros na Reunião Geral Extraordinária do **CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO** do **INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO – INASP,** que assinam a presente lista.

CONSELHEIRO(A)	ASSINATURA
1. **Blenda Airam Alves Teixeira** CPF nº 048.949.465-05	Blenda Airam Alves Teixeira
2. **Cleiton Antonio de Oliveira** CPF nº 038.760.495-20	
3. **Jennifer Naraiane de Souza Santos** CPF nº 058.474.265-77	Jennifer Naraiane de Souza Santos
4. **Julia Carvalho Matos** CPF nº 860.220.465-56	Julia carvalho matos
5. **Marcia Cecília de Oliveira Carregosa** CPF nº 999.061.475-04	Márcia Cecília de Oliveira Carregosa
6. **Sonia Matos Lima** CPF nº 896.487.905-82	Sonia Matos Lima
7. **Thereza Cristina Fraga Pimentel Nunes** CPF nº 034.964.995-24	Thereza Cristina Fraga P. Nunes

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Ana Maria Santana Sodré
Escrevente Autorizada

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

EMPRESA QUE APOIA O GACC

ANEXO II

- Edital do Chamamento Público N° 002/2025-SES/SE da Unidade de Pronto Atendimento Boquim /SE..... 7 a 22

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EDITAL COM TERMO DE REFERÊNCIA PARA CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA O GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H DR. B. MITIDIERI, LOCALIZADA EM BOQUIM /SE

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AVISOS

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº **002/2025**-SES/SE

PROCESSO: 15348/2025-EDITAL-SES
TIPO: MELHOR TÉCNICA E PREÇO

OBJETO: Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na **Unidade de Pronto Atendimento 24 H Dr. B. Mitidieri** , CNES 7015119, localizada na Av. Antônio Fernandes Viana de Assis, 280 - Centro, em Boquim (SE), CEP 49360-000; por um período de 36 (trinta e seis) meses, renovável por até 10 (dez) anos, nos termos do art. 23 da Lei Estadual nº 9.298/2023, por meio de aditivo, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos da legislação aplicável.

SESSÃO DE ABERTURA: 09/07/2025, às 09:00 horas e 10/07/2025, ás 09:00 horas, na sede da Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe, inscrita no CNPJ sob nº 13.128.798/0016-80, situada na Av. Augusto Franco, 3150 – Ponto Novo, Capital do estado de Sergipe, CEP 49097-670 Telefone: (79) 3226-8311.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AVISO DO CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL Nº 002/2025

O ESTADO DO SERGIPE, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES, torna público, para conhecimento dos interessados que está disponível no sítio eletrônico www.saude.se.gov.br, o instrumento de CHAMAMENTO PÚBLICO nº 02/2025, tipo melhor técnica e melhor preço, destinado à seleção de organização social para firmar Contrato de Gestão, objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na **Unidade de Pronto Atendimento 24 H Dr. B. Mitidieri**, CNES 7015119, localizada na Av. Antônio Fernandes Viana de Assis, 280 - Centro, em Boquim (SE), CEP 49360-000; conforme especificado neste instrumento e seus anexos, estando o presente chamamento e a consequente parceria, consoantes à Lei 9298/2023, atendendo ao seguinte cronograma proposto:

EVENTO	DATA
Divulgação do Chamamento Público	03/06/2025
Prazo máximo para Pedidos de impugnação do edital	08/06/2025
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento	10/06/2025
Divulgação da Nota de Esclarecimento	17/06/2025
Divulgação da Nota de Pedidos de impugnação do edital	17/06/2025
Data para visitação das unidades - Inicial	16/06/2025
Data para visitação das unidades - Final	25/06/2025
Data para entrega do Envelope 01 - Habilitação	09/07/2025
Data para entrega do Envelope 02 - Projeto	10/07/2025
Data para publicação inicial de resultados	30/07/2025
Data para publicação da matriz de avaliação	30/07/2025
Período para recursos - Inicial	31/07/2025
Período para recursos - Final	05/08/2025
Data para resposta aos recursos	15/08/2025
Divulgação de resultado definitivo	15/08/2025

As sessões públicas relativas ao presente Chamamento Público serão realizadas na Secretaria de Estado da Saúde do Sergipe SES/SE, situada na Av. Augusto Franco, 3150 – Ponto Novo, em Aracaju (SE), CEP 49097-670, Telefone: (79) 3226-8311

O Contrato de Gestão a ser firmado entre o Estado de Sergipe e a organização social selecionada terá vigência de 36 (trinta e seis) meses, renovável por até 10 (dez) anos, nos termos do art. 23 da Lei Estadual nº 9.298/2023, por meio de aditivo, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos da legislação aplicável.

CLAUDIO MITIDIERI SIMÕES
SECRETÁRIO DE SAÚDE
SES SERGIPE

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

I - OBJETO

1.1. Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão, objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no saúde na **Unidade de Pronto Atendimento 24 H Dr. B. Mitidieri** , CNES 7015119, localizada na Av. Antônio Fernandes Viana de Assis, 280 - Centro, em Boquim (SE), CEP 49360-000; por um período de 36 (trinta e seis) meses, renovável por até 10 (dez) anos, nos termos do art. 23 da Lei Estadual nº 9.298/2023, conforme definido neste Edital, Termo de Referência e seus Anexos.

II – PROCEDIMENTO

2.1. Chamamento Público que visa selecionar organização social interessada na celebração de Contrato de Gestão. O presente Instrumento está respaldado na Lei Estadual nº 9.298/2023.

2.2. A presente seleção será conduzida por Comissão devidamente instituída pelo Secretário de Estado da Saúde, por intermédio da Portaria nº 195 de 15 de outubro de 2024 – SES/SE.

2.3. Os membros da citada Comissão de Seleção não serão remunerados e não poderão ter qualquer vínculo com os proponentes participantes desta seleção.

2.4. As organizações sociais e seus representantes deverão abster-se de entrar em contato com os membros da Comissão de Seleção, sob pena de comprometer o sigilo e a imparcialidade no julgamento, podendo haver, no caso de comprovação do ato, a sanção da inabilitação e/ou desclassificação da proponente do presente Chamamento Público.

II. Cronograma

EVENTO	DATA
Divulgação do Chamamento Público	03/06/2025
Prazo máximo para Pedidos de impugnação do edital	08/06/2025
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento	10/06/2025
Divulgação da Nota de Esclarecimento	17/06/2025
Divulgação da Nota de Pedidos de impugnação do edital	17/06/2025
Data para visitação das unidades - Inicial	16/06/2025
Data para visitação das unidades - Final	25/06/2025
Data para entrega do Envelope 01 - Habilitação	09/07/2025
Data para entrega do Envelope 02 - Projeto	10/07/2025
Data para publicação inicial de resultados	30/07/2025
Data para publicação da matriz de avaliação	30/07/2025
Período para recursos - Inicial	31/07/2025
Período para recursos - Final	05/08/2025
Data para resposta aos recursos	15/08/2025

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Divulgação de resultado definitivo	15/08/2025

IV – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

4.1. Podem participar da presente seleção, organizações sociais em saúde que estiverem qualificadas conforme Lei Estadual nº 9.298/2023 ou que tenham requerido a sua qualificação em até 30 (trinta) dias anteriores à publicação do Edital (art. 5º do Decreto Estadual nº 679, de 30 de abril de 2024), registradas no Conselho Regional de Medicina – CRM e no Conselho Regional de Administração – CRA da sede da instituição, que obedeçam aos critérios de finalidade da legislação pertinente e que façam constar em seu estatuto atividade compatível ao desenvolvimento de projetos nas áreas da saúde, mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correspondentes e tornem viáveis a transparência, com a responsabilização dos atos praticados.

4.1.1. Na hipótese de a instituição vencedora do certame não ter sua sede no Estado do Sergipe, deverá providenciar, até a assinatura do Contrato de Gestão, seu registro junto ao Conselho Regional Medicina de Sergipe e ao Conselho Regional de Administração de Sergipe, sendo considerado como atendido a apresentação dos protocolos de solicitação.

4.1.2. Caso a instituição vencedora do certame ainda não possua filial no Município da unidade a ser administrada, a referida organização social terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a assinatura do Contrato de Gestão, para realizar a instalação de uma filial nesse Município.

4.1.3. As organizações sociais interessadas, antes da elaboração de suas propostas, deverão proceder a verificação e comparação minuciosa de todos os elementos técnicos fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde e por meio de Visita Técnica em cada unidade, feita pelo representante legal da proponente ou por pessoa por ela indicada, devidamente credenciada, acompanhada pelo representante da Secretaria de Saúde, para conhecimento das instalações físicas das unidades de saúde, mediante prévio agendamento com a Secretaria Estadual de Saúde, na comissão de seleção, de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 17:00 horas, por meio do e-mail selecionaentidades@saude.se.gov.br, com assunto "AGENDAMENTO DE VISITA TÉCNICA". As visitas serão realizadas de segunda a sexta-feira preferencialmente das 9h às 17h no prazo de até 5 dias anteriores à data marcada para abertura das propostas.

4.1.3.1. Só serão agendados os pedidos de visitas de organizações sociais em saúde que estiverem qualificadas conforme Lei Estadual nº 9.298/2023 ou que tenham requerido a sua qualificação em até 30 (trinta) dias anteriores à publicação do Edital (art. 5º do Decreto Estadual nº 679, de 30 de abril de 2024).

4.1.3.2. As organizações sociais interessadas, terão no máximo 1 hora para a realização da referida visita técnica, a contar do horário previamente agendado.

4.1.4. Após a Visita Técnica a Secretaria de Estado da Saúde emitirá declaração da realização da visita, que deverá ser juntada aos documentos de habilitação jurídica.

4.2. As organizações sociais deverão assumir todos os custos associados à elaboração de suas propostas, não cabendo nenhuma indenização pela aquisição dos elementos necessários e à apresentação destas.

4.3. Não poderão participar do presente certame:

a) Instituições declaradas inidôneas pelo Poder Público.

b) Instituições consorciadas.

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

c) Instituições impedidas de contratar com a Administração Pública.

d) Instituições que estejam, de qualquer forma, inadimplentes com o Estado de Sergipe ou cumprindo sanções aplicadas pela Administração Pública.

e) instituições qualificadas como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

f) instituições organizadas na forma de cooperativas de trabalho regidas pela Lei nº 5.764/1971 e suas diversas modalidades.

I) instituições constituídas na forma de Serviço Social Autônomo, qualquer que seja sua área de atuação.

4.4. Fica estabelecida a validade mínima da proposta por 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão de Seleção.

4.5. A organização social, na respectiva sessão pública, poderá ser representada por dirigente, mediante apresentação da cópia da ata de eleição da sua diretoria, juntamente com os correspondentes documentos pessoais, ou por procurador, mediante instrumento, público ou particular, com firma reconhecida em cartório, conferindo-lhe amplos poderes de representação em todos os atos e termos do Chamamento Público, juntamente com seus documentos pessoais.

4.6. É vedada, a qualquer pessoa física ou jurídica, a representação de mais de uma organização social na presente seleção.

4.7. Para manter a ordem durante a sessão pública, será permitida somente a presença de 1 (um) representante procurador de cada organização social participante.

4.8. Ficará impedido de quaisquer manifestações a fatos relacionados com a presente seleção, o representante da organização social participante que não apresentar o instrumento de procuração ou cuja documentação não atenda às especificações supracitadas.

V - DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

5.1. A DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO e a PROPOSTA DE TRABALHO deverão ser entregues no dia e horário estabelecidos neste instrumento, em 02 (dois) envelopes distintos, opacos, devidamente fechados e rotulados de "Envelope 01" e "Envelope 02".

5.1.1. Todos os documentos presentes nos supracitados envelopes deverão estar encadernados, com indicação sequencial do número de páginas.

5.2. Os envelopes referidos no subitem 5.1 deverão ser rotulados externamente com os seguintes informes:

ENVELOPE 01: DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025
(razão social e endereço da entidade)

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ENVELOPE 02: PROPOSTA DE TRABALHO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2025
(razão social e endereço da entidade)

5.3. ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO: deverá conter, em original ou cópia autenticada em serviço notarial, os seguintes documentos:

a) Índice com a indicação da ordem sequencial em que se encontram cada um dos documentos das demais alíneas deste item.

b) Certificado de Qualificação como Organização Social no Estado de Sergipe, ou quando for o caso, cópia do Requerimento de Qualificação como Organização Social no Estado de Sergipe datado até 30 (trinta) dias anteriores à publicação do Edital (art. 5º do Decreto Estadual nº 679, de 30 de abril de 2024)

c) Ato constitutivo ou estatuto social em vigor, registrado em cartório, com certidão narrativa do cartório competente das últimas alterações, ou qualquer outro documento oficial apto a comprovar que o ato constitutivo/estatuto social apresentado é o último registrado, emitidos, no máximo, 60 (sessenta) dias antes da data de apresentação dos envelopes.

d) Ata de eleição da atual diretoria.

e) Prova de inscrição no CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas.

f) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal e Seguridade Social, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais, à Dívida Ativa da União e Contribuições Social, expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional.

g) Prova de regularidade para com a Fazenda estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) da sede da proponente e do Estado de Sergipe.

h) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos mobiliários municipais da sede da proponente.

i) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, por meio de Certificado de Regularidade Fiscal – CRF, expedida pela Caixa Econômica Federal.

j) Balanço patrimonial e demonstração contábil do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, que comprove a boa situação financeira da proponente, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.

j.1) A comprovação da boa situação financeira da entidade proponente será efetuada com base no balanço apresentado, e deverá obrigatoriamente ser formulada, formalizada e apresentada pela proponente em papel timbrado da instituição, assinada por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, aferida mediante índices e fórmulas abaixo

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

especificadas:

ILG = (AC+RLP) / (PC+ELP) ≥ 1
ILC = (AC/PC) ≥ 1
IE = (PC+ELP) / AT ≥ 1

Em que:
ILG = Índice de Liquidez Geral
ILC = Índice de Liquidez Corrente
IE = Índice de Endividamento
AT = Ativo Total
AC = Ativo Circulante
RLP = Realizável em Longo Prazo
PC = Passivo Circulante
ELP = Exigível em Longo Prazo

j.2) As instituições que apresentarem resultado menor que 1 (um), em qualquer dos índices citados no subitem anterior, estarão inabilitadas do presente certame.

k) Certidão Negativa de Protestos de Títulos expedida pelo(s) cartório(s) competente(s) da sede da instituição a, no máximo, 60 (sessenta) dias da apresentação da proposta, não sendo aceita certidão de cartório distribuidor de protesto.

l) Declaração prevista no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988.

m) Comprovante de registro no Conselho Regional de Medicina – CRM e Conselho Regional de Administração – CRA do Estado sede da instituição, devendo ser observado o disposto no subitem 4.1.1.

n) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa, nos termos da Lei federal nº 12.440/2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho – Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

o) Declaração emitida pelo integrante da Secretaria Estadual de Saúde, atestando que a instituição realizou a visita técnica às unidades de saúde, conforme modelo constante no Anexo constante neste edital.

5.3.1. Será admitida a comprovação de regularidade fiscal e trabalhista mediante a apresentação de certidão positiva com efeitos negativos, nos termos da Lei.

5.4. Envelope 02 – PROPOSTA DE TRABALHO deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas pela

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Secretaria de Estado da Saúde, observados os seguintes requisitos:

5.4.1. A Proposta de Trabalho, elaborada segundo o roteiro apresentado no ANEXO V, deverá ser iniciada por índice que relacione todos os documentos e as folhas em que se encontram. Será apresentada em uma única via, em arquivo eletrônico tipo PDF pesquisável, e impresso, devidamente encadernada, numerada sequencialmente, da primeira à última folha, rubricada, sem emendas ou rasuras, na forma original, para fins de apreciação quanto aos parâmetros para pontuações previstas (ANEXOS V), também deverá conter os elementos abaixo indicados obedecida a seguinte ordem:

I. Proposta de Trabalho contendo o seu plano operacional, em arquivo eletrônico do tipo PDF e impresso, expressando:

a) Número do Chamamento Público de seleção e o objeto do mesmo.

b) Apresentação da Proposta de Trabalho, conforme roteiro, previsto pela Secretaria de Estado da Saúde, devidamente aprovada pelo Conselho de Administração da entidade e registrada no cartório correspondente, contendo indispensavelmente:

b.1) Definição de modelo de gestão com metas operacionais, indicativas de melhoria da eficiência e qualidade do serviço, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo e os respectivos prazos e formas de execução.

b.2) Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico-financeiros e de expansão, na prestação dos serviços autorizados.

b.3) Especificação da alocação dos recursos financeiros para execução do Proposta de Trabalho, conforme modelo definido pela Secretaria de Estado da Saúde, com anuência do valor devidamente aprovada pelo Conselho de Administração da entidade e registrada no cartório correspondente.

5.4.2. Será DESCLASSIFICADA a proponente cuja proposta de trabalho não atenda às especificações técnicas constantes nos ANEXOS deste instrumento.

5.5. Após a data e horário estabelecidos para a entrega dos invólucros, nenhum envelope poderá mais ser recebido.

5.6. Em nenhuma hipótese, será concedido prazo para apresentação ou substituição de documentos exigidos e não inseridos nos envelopes "01" e "02". No entanto, a seu exclusivo critério, a Comissão de Seleção poderá solicitar informações e/ou esclarecimentos complementares que julgarem necessários.

5.7. Serão lavradas Atas Circunstanciadas das sessões de abertura dos envelopes contendo os documentos de habilitação e as propostas de trabalho.

5.8. Não será levado em consideração nenhum outro documento anexado além daqueles indicados no Chamamento Público, e não será permitida a realização de alteração no modelo da proposta de trabalho, devendo ser preenchidos todos os seus respectivos campos, rubricadas todas as folhas e assinada ao final.

5.9. Qualquer proposta em desacordo com as exigências deste instrumento será desclassificada.

VI – HABILITAÇÃO, JULGAMENTO e HOMOLOGAÇÃO

6.1. No dia e horário previstos neste ato público convocatório, os interessados deverão entregar à Comissão de Seleção os envelopes correspondentes à DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO e à PROPOSTA DE TRABALHO.

6.1.1. Após a abertura do primeiro envelope (ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO), não mais será admitida a participação de retardatários, e nenhum outro envelope poderá mais ser recebido.

6.2. Na sessão pública designada, abrir-se-ão, na presença dos interessados, inicialmente, os envelopes concernentes

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Ana Maria Nogueira Sales

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

aos documentos de HABILITAÇÃO, os quais, após as necessárias vistas e conferências pela Comissão de Seleção, serão rubricados por esta e pelos representantes presentes.

6.2.1. É facultado aos representantes das instituições presentes, bem como aos membros da Comissão de Seleção, elegerem, por unanimidade, um único interessado para assinar os referidos documentos, devendo constar em ata o procedimento de eleição.

6.2.2. A análise dos documentos de HABILITAÇÃO pelos representantes presentes ocorrerá no prazo máximo de 2 (duas) horas a critério exclusivo da comissão de seleção.

6.3. Abertos os envelopes referentes a HABILITAÇÃO, a Comissão de Seleção, a seu juízo exclusivo, poderá apreciar os documentos de cada organização social e, na mesma reunião, divulgar o nome das instituições habilitadas ou das inabilitadas ou, conforme a necessidade da situação posta, suspender a sessão para realização de diligências ou consultas, bem como para análise da própria documentação de habilitação.

6.3.1. Se, eventualmente, surgirem dúvidas que não possam ser dirimidas de imediato, essas questões serão consignadas em ata e a conclusão da habilitação dar-se-á em sessão convocada previamente, ou mediante ofício.

6.4. Será INABILITADA a instituição que deixar de apresentar qualquer um dos documentos exigidos no ENVELOPE 1 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO ou apresentá-los vencidos na data de sua apresentação ou fora do prazo de validade consentido.

6.5. A fase de habilitação será encerrada pela Comissão de Seleção quando todos os interessados forem considerados habilitados ou inabilitados, ressalvado, nesse último caso, a possibilidade de a administração fixar aos concorrentes o prazo de oito dias úteis para a apresentação de nova documentação ou de outras propostas.

6.5.1. Após julgamento da habilitação, os envelopes das PROPOSTAS DE TRABALHO das instituições inabilitadas, ainda em poder da Comissão de Seleção, ficarão lacrados à disposição dessas instituições a partir do 3º dia útil após a homologação do Chamamento Público.

6.6. A inabilitação da instituição importa preclusão do seu direito de participar das fases subsequentes.

6.7. Ultrapassada a fase de habilitação, serão convocados os representantes das instituições habilitadas a comparecerem à sessão pública para abertura dos envelopes das propostas de trabalho, ficando estes sob a guarda da Comissão de Seleção designada pela Portaria nº 195 de 15 de outubro de 2024 – SES/SE, devidamente lacrados e rubricados no fecho pelos seus membros e pelos representantes das instituições presentes, podendo estes usufruírem da faculdade prevista no item 6.2.1.

6.7.1. Após a fase de habilitação, não caberá desistência das propostas, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão de Seleção.

6.8. Na sessão pública designada, abrir-se-ão, na presença dos interessados, os envelopes concernentes às PROPOSTAS DE TRABALHO, das quais, após as necessárias vistas e conferências pela Comissão de Seleção, serão rubricadas por estas e pelos respectivos representantes presentes, podendo estes usufruírem da faculdade prevista no item 6.2.1.

6.8.1. Abertas as propostas, não caberá, por parte da Comissão de Seleção desclassificar qualquer dos concorrentes por motivo relacionado com a habilitação, salvo em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

6.9. Abertos os envelopes das PROPOSTAS DE TRABALHO, a Comissão de Seleção suspenderá a sessão pública e analisará as propostas em sessão reservada.

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

6.9.1. O Julgamento e a classificação das PROPOSTAS DE TRABALHO serão definidos pela maior nota de avaliação das Propostas de Trabalho observado o disposto nos ANEXO V sendo desclassificadas as entidades que não alcançarem no mínimo 70 pontos.

6.9.2. A classificação das PROPOSTAS DE TRABALHO obedecerá aos critérios de avaliações constantes nos ANEXO V deste instrumento.

6.10. Serão DESCLASSIFICADAS as PROPOSTAS DE TRABALHO que:

6.10.1. Não alcançarem 50% (cinquenta por cento) do total possível em cada um dos CRITÉRIOS.

6.10.2. Não atenderem a todas às exigências deste Edital.

6.10.3. Forem apresentadas em desacordo com este edital ou que contenham borrões, rasuras, entrelinhas, emendas, ressalvas, omissões ou apresentem irregularidades insanáveis, ou apresentar documentação em envelopes invertidos, nos termos dos itens 5.1, 5.2 e 5.3 deste Edital.

6.10.4. Contiverem despesas com remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados acima de 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio da respectiva unidade.

6.10.5. Contiverem "Taxa de Administração". Entendendo-se por Taxa de Administração, o repasse financeiro mensal para a matriz da instituição por meio da fixação de um percentual fixo, sem a devida demonstração da utilização deste valor.

6.10.6. Contiverem estimativa de despesas para custeio das atividades da unidade com valor superior aos praticados no mercado, ou acima do valor máximo estipulado pela Administração, a título de custeio.

6.10.7. Contiverem estimativa de despesas para custeio das atividades com valores manifestamente inexequíveis, assim considerados aqueles que não demonstrem sua viabilidade através de documentação que comprove que os custos dos insumos são coerentes com os valores de mercado.

6.10.7.1. Considerar-se-ão manifestamente inexequíveis as propostas cujos valores sejam inferiores a 90% do valor total da estimativa orçada pela Secretaria de Estado da Saúde, previsto no item 8.2 deste edital.

6.10.7.1.1 Fica ressalvada à participante desclassificada por esse motivo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a possibilidade de demonstrar a viabilidade de sua oferta por meio de documentação que comprove serem os custos coerentes com os de mercado e que os coeficientes de produtividade são compatíveis com a execução do objeto do contrato de gestão.

6.10.8. Apresentar documentação imprecisa ou com falsidade das informações ou dos documentos apresentados no ENVELOPE II.

6.10.9. Deixar de apresentar os esclarecimentos solicitados sobre documentos exigidos no ENVELOPE II, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

6.11. A Comissão poderá, a juízo da autoridade competente, desclassificar qualquer proponente, se tiver conhecimento de fato anterior, no curso ou posterior ao julgamento da CONVOCAÇÃO PÚBLICA, que denuncie dolo, má-fé, ou que comprometa a capacidade, ou idoneidade administrativa, técnica ou financeira da proponente, garantida a prévia defesa, disso não resultando para a mesma, direito a qualquer ressarcimento ou indenização.

6.12. A Comissão poderá solicitar aos concorrentes esclarecimentos, informações e dados adicionais necessários ao julgamento das Propostas.

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

6.12.1. As respostas não poderão implicar em modificações das condições ofertadas e deverão ser prestadas sempre por escrito no prazo estabelecido pela Comissão, sob pena de desclassificação da proponente.

6.13. No julgamento do Plano de Trabalho, para definição da Nota Técnica (NT), será considerado o somatório dos resultados obtidos por cada fator de avaliação, divididos por 06 (Seis) conforme fórmula a seguir:

$$NT = F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6$$

6.14. O Julgamento será definido através do ITP (Índice Técnico do Projeto), que consistirá no resultado da apuração obtida na Nota Técnica (NT), dividida pela maior pontuação de Nota Técnica (MNT) dentre todas as propostas:

$$ITP = \frac{NT}{MNT}$$

6.15. No julgamento da Proposta de Orçamento, para a definição da Nota de Preço (NP) serão avaliados os Preços Propostos (PP) pelos participantes em cotejo com a Proposta de Menor Preço (MP) dentre todas as propostas apresentadas, conforme fórmula a seguir:

$$NP = \frac{MP}{PP}$$

6.16. A classificação das PROPOSTAS DE TRABALHO referente far-se-á pela média ponderada das Notas Técnicas e das Notas de Preço mediante a aplicação da seguinte fórmula com os respectivos pesos:

PROJETO: PESO = 70
PROPOSTA DE PREÇOS: PESO = 30

$$A = \frac{[(ITP \times 70] + [NP \times 30])}{10}$$

Onde:
A- Avaliação ITP- Projeto
NP- Nota de Preços

6.17. Feitos os cálculos estabelecidos neste Edital, será indicada a ordem classificatória final do certame, conforme a maior média ponderada na fórmula descrita no Item 6.16.

6.18. Havendo empate entre duas ou mais propostas, será vencedora a entidade participante que apresentar a proposta econômica de menor valor. Persistindo o empate, considerar-se-á vencedora a entidade participante que tiver obtido

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

maior pontuação no critério "F.3 – Qualificação Técnica". Não sendo resolvido o desempate pelos dois critérios anteriores, será declarada vencedora a entidade participante que tiver obtido maior pontuação no critério "F. 1– Atividade".

6.19. A Comissão poderá negociar o preço proposto com a entidade mais bem classificada, com vistas à sua redução.

6.20. Após a negociação, se houver, a Comissão examinará a aceitabilidade do menor preço, decidindo motivadamente a respeito.

6.21. Em caso de inabilitação de todas as entidades disputantes, poderá a Administração Pública, representada pelo Secretário de Estado da Saúde, fixar prazo às entidades participantes, para apresentação de novos envelopes habilitatório no prazo de 8 (oito) dias úteis.

6.21.1. Nesta ocasião, os envelopes contendo a Proposta de Trabalho permanecerão em posse da Comissão de Seleção, devidamente lacrados e rubricados por seus membros e por representantes legais das entidades, sendo que para tal documentação não serão aceitas quaisquer modificações ou acréscimos.

6.22. É facultada à Comissão de Seleção ou ao Secretário de Estado da Saúde, em qualquer fase do processo de seleção, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente nos envelopes.

6.23. As entidades proponentes arcarão com todos os custos decorrentes da elaboração e apresentação de suas propostas, sendo que a Secretaria de Estado da Saúde não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo de seleção.

6.24. No julgamento da habilitação e das propostas, a Comissão de Seleção poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

6.25. O Secretário de Estado da Saúde, após a declaração do resultado preliminar e análise e julgamento dos possíveis recursos interpostos, emitirá ato de homologação.

6.25.1. A publicação do resultado final do Chamamento Público será providenciada no site oficial da Secretaria de Estado da Saúde e no Diário Oficial do Estado.

6.26. O Secretário de Estado da Saúde poderá, mediante decisão fundamentada, excepcionar a exigência de realização de chamamento público, quando em procedimento de seleção regularmente instaurado, nenhuma organização social restar habilitada à apresentação de propostas de trabalho.

6.27. Fica vedada a celebração de contrato de gestão com organização social que:

I – Esteja omissa no dever de prestar contas de ajuste de parceria, seja qual for a sua natureza, anteriormente celebrado com ente da Administração de qualquer esfera da Federação;

II – Tenha tido as contas rejeitadas pela Administração Pública estadual nos últimos 5 (cinco) anos;

III – Tenha tido as contas de parcerias julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, nos últimos 8 (oito) anos;

IV – Tenha entre seus dirigentes, em diretoria estatutária ou não, ou como membro do Conselho de Administração e Conselho Fiscal, pessoa:

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

a) cujas contas relativas à aplicação de recursos públicos tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, nos últimos 8 (oito) anos;

b) julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo de provimento em comissão, enquanto durar a inabilitação;

c) considerada responsável por ato de improbidade, transitada em julgado a decisão condenatória e, em isso havendo, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da Lei federal nº 8.429, de 2 de junho de 1992;

d) que tenha sido responsabilizada ou condenada pela prática de infração penal, civil ou administrativa nas situações que, descritas pela legislação eleitoral, configurem hipóteses de inelegibilidade.

VII – SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS E DOS RECURSOS

7.1. Os interessados que tiverem dúvidas na interpretação deste Instrumento deverão solicitar, por escrito, esclarecimentos à Comissão de Seleção, até às 17:00 horas, do dia **10/06/2025**, no endereço indicado no "Aviso de Chamamento Público", ou por meio do e-mail **selecionaentidades@saude.se.gov.br**, com título de "Pedido de esclarecimento".

7.2. Caso haja solicitações, a Nota de Esclarecimentos será publicada no sítio eletrônico www.saude.se.gov.br no dia **17/06/2025**.

7.3. No presente Chamamento Público, caberá recurso contra decisão de habilitação ou inabilitação de instituição interessada, contra julgamento das propostas ou contra qualquer outro desatendimento a este Instrumento.

7.4. Qualquer interessado poderá, no prazo de 4 (quatro) dias úteis após a publicação do Informativo de Resultado Preliminar, no site da SES/SE, apresentar recurso, por escrito, junto à Comissão de Seleção, ficando as demais interessadas desde logo intimadas para apresentar, contrarrazões em igual prazo, cuja contagem terá início no primeiro dia útil subsequente ao do término do prazo de recurso.

7.4.1. Não serão conhecidos os recursos e as contrarrazões interpostos após os respectivos prazos legais, bem como os que forem enviados por fac-símile ou correio eletrônico.

7.5. O acolhimento do recurso pela Comissão de Seleção importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

7.6. A decisão em grau de recurso será definitiva, e dela dar-se-á conhecimento à(s) recorrente(s) por meio de comunicação por escrito (via fac-símile ou correio eletrônico).

7.7. Aos recursos interpostos será atribuído o efeito suspensivo.

VIII – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO VALOR ESTIMADO DA CONTRATAÇÃO

8.1. A despesa com a futura parceria correrá à conta da presente dotação orçamentária:

Código	Fundo	Valor Mensal
1600	Ministério da Saúde	R$ 216.420,49
1500	Tesouro do Estado	R$ 1.947.784,36

8.2. O valor estimado da contratação é, mensalmente, de R$ 2.164.204,85 (dois milhões, cento e sessenta e quatro mil,

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

duzentos e quatro reais e oitenta e cinco centavos); e, anual, de R$ 25.970.458,20 (vinte e cinco milhões, novecentos e setenta mil, quatrocentos e cinquenta e oito reais e vinte centavos).

IX – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As normas que disciplinam este Chamamento Público serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro contrato de gestão.

9.2. É facultado à Comissão de Seleção, em qualquer fase da seleção, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar na Proposta de Trabalho.

9.3. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização da sessão pública na data marcada, ela será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicado da Comissão de Seleção em contrário.

9.4. A Comissão de Seleção poderá, em qualquer fase do processo de seleção suspender os trabalhos, devendo promover o registro da suspensão e a convocação dos participantes para a continuidade dos mesmos.

9.5. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus ANEXOS, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Secretaria de Estado da Saúde.

9.6. O desatendimento de exigências formais não essenciais, não importará no afastamento da instituição, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua Proposta de Trabalho.

9.6.1 Exigências formais não essenciais são aquelas cujos descumprimentos não acarretem irregularidades no procedimento, em termos processuais, bem como não importem em vantagens a uma ou mais instituições em detrimento das demais.

9.7. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos.

9.8. Quaisquer documentos extraídos, via internet, poderão ter seus dados conferidos pela Comissão de Seleção no site correspondente.

9.9. A instituição participante é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados, podendo a Comissão de Seleção inabilitá-la ou desclassificá-la, conforme a hipótese, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente, caso seja constatada a ocorrência de imprecisão ou falsidade das informações e/ou dos documentos apresentados.

9.10. O Secretário poderá revogar a seleção por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

9.10.1. A anulação do procedimento de seleção por motivo de ilegalidade não gera obrigação de indenizar.

9.11. A participação da organização social no processo de seleção implica na sua aceitação integral e irretratável dos termos, cláusulas, condições e anexos do presente Edital, que passarão a integrar o Contrato de Gestão como se transcrito fosse, com lastro nas normas referidas no preâmbulo do instrumento, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e execução do Contrato de Gestão.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

9.12. É condição indispensável para a assinatura do Contrato de Gestão, a qualificação da instituição selecionada como Organização Social na área de saúde, no Estado do Sergipe, assim como cumprir todos os requisitos da Lei Estadual nº 9.298/2023 e suas alterações.

9.13. A organização social vencedora que deixar de comparecer para assinatura do Contrato de Gestão, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar de sua convocação, perderá o direito à parceria em conformidade com a Lei, sem prejuízo das sanções previstas na legislação que rege este processo de seleção. Este prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso e desde que haja motivo justificado e aceito pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

9.14. Na ocorrência do estabelecido no subitem 9.13, poderá a Comissão de Seleção, desde que autorizada pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde, convocar as organizações sociais remanescentes, participantes do processo de Chamamento Público, na ordem de classificação, ou revogar o procedimento.

9.15. Até a assinatura do Contrato de Gestão, poderá a Comissão de Seleção desclassificar as Propostas de Trabalho das organizações sociais participantes, em despacho motivado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções, se tiver ciência de fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento da seleção, que represente infração aos termos do Chamamento Público nº **002/2025**, mediante prévia oitiva da Procuradoria-Geral do Estado.

9.16. Os casos omissos e as questões não previstas neste Instrumento e as dúvidas serão dirimidas pela Comissão de Seleção, mediante orientação formal do Núcleo Jurídico da Secretaria de Estado da Saúde do Sergipe, observada a legislação vigente e respeitado os prazos estabelecidos neste Instrumento.

9.17. A instituição vencedora do presente Chamamento Público deverá, quanto às compras e contratações, observar seu regulamento próprio que será disponibilizado em sítio eletrônico.

9.18. No decurso do Contrato de Gestão firmado, poderá haver alterações na parceria firmada, tais como acréscimos de serviços, ampliação de metas, investimentos de infraestrutura, mobiliários e equipamentos. Essas alterações deverão ocorrer por meio da elaboração de termos aditivos em que se respeitará o equilíbrio econômico-financeiro da parceria, comprovado mediante estudos de custos.

9.19. Integram o presente Instrumento os seguintes ANEXOS:

Anexo I – Caracterização da unidade
Anexo II – Especificações técnicas, descritivo de serviços, indicadores ementas de produção e desempenho
Anexo III - Mecanismo de repasse para o custeio do contrato de gestão.
Anexo IV -Quantitativo de servidores lotados na unidade de saúde e impacto financeiro.
Anexo V - Roteiro para elaboração da proposta de trabalho e critérios de seleção.
Anexo VI - Modelos de declarações

Aracaju (SE), 03 de junho de 2025.

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

ANEXO III

- Edital do Chamamento Público N° 003/2025-SES/SE da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis/SE..... 24 a 40

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EDITAL COM TERMO DE REFERÊNCIA PARA CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA O GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE NEÓPOLIS, LOCALIZADA EM NEÓPOLIS (SE)

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5ff65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AVISOS

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº **003**/2025-SES/SE

PROCESSO: 15354/2025
TIPO: MELHOR TÉCNICA E PREÇO

OBJETO: Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na **Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis**, CNES 2421534 localizada na Av. José Odin Ribeiro, 791 - Centro, em Neópolis (SE), CEP 49980-000; por um período de 36 (Trinta e seis) meses, renovável por até 10 (dez) anos, nos termos do art. 23 da Lei Estadual nº 9.298/2023, por meio de aditivo, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos da legislação aplicável.

SESSÃO DE ABERTURA: 16/07/2025, às 09:00 horas e 17/07/2025, ás 09:00 horas,, na sede da Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe, inscrita no CNPJ sob nº 13.128.798/0016-80, situada na Av. Augusto Franco, 3150 – Ponto Novo, Capital do estado de Sergipe, CEP 49097-670 Telefone: (79) 3226-8311.

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AVISO DO CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL Nº 003/2025

O ESTADO DO SERGIPE, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES, torna público, para conhecimento dos interessados que está disponível no sítio eletrônico www.saude.se.gov.br, o instrumento de CHAMAMENTO PÚBLICO nº **003**/2025, tipo melhor técnica e preço, destinado à seleção de organização social para firmar Contrato de Gestão, objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde na **Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis**, CNES 2421534 localizada na Av. José Odin Ribeiro, 791 - Centro, em Neópolis (SE), CEP 49980-000; conforme especificado neste instrumento e seus anexos, estando o presente chamamento e a consequente parceria, consoantes à Lei 9298/2023, atendendo ao seguinte cronograma proposto:

EVENTO	DATA
Divulgação do Chamamento Público	10/06/2025
Prazo máximo para Pedidos de impugnação do edital	15/06/2025
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento	17/06/2025
Divulgação da Nota de Esclarecimento	25/06/2025
Divulgação da Nota de Pedidos de impugnação do edital	25/06/2025
Data para visitação das unidades - Inicial	23/06/2025
Data para visitação das unidades - Final	02/07/2025
Data para entrega do Envelope 01 - Habilitação	16/07/2025
Data para entrega do Envelope 02 - Projeto	17/07/2025
Data para publicação inicial de resultados	06/08/2025
Data para publicação da matriz de avaliação	06/08/2025
Período para recursos - Inicial	07/08/2025
Período para recursos - Final	12/08/2025
Data para resposta aos recursos	22/08/2025
Divulgação de resultado definitivo	22/08/2025

As sessões públicas relativas ao presente Chamamento Público serão realizadas na Secretaria de Estado da Saúde do Sergipe – SES/SE, situada na Av. Augusto Franco, 3150 – Ponto Novo, em Aracaju (SE), CEP 49097-670, Telefone: (79) 3226-8311.

O Contrato de Gestão a ser firmado entre o Estado de Sergipe e a organização social selecionada terá vigência de 36 (trinta e seis) meses, renovável por até 10 (dez) anos, nos termos do art. 23 da Lei Estadual nº 9.298/2023, por meio de aditivo, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos da legislação aplicável.

CLAUDIO MITIDIERI SIMÕES
SECRETÁRIO DE SAÚDE
SES SERGIPE

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br –

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PANEDO/GOIÁS
Ana Mariana Santana Sodré
Escrevente Autorizada

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

I - OBJETO

1.1. Seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no saúde na **Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis**, CNES 2421534 localizada na Av. José Odin Ribeiro, 791 - Centro, em Neópolis (SE), CEP 49980-000; por um período de 36 (trinta e seis) meses, renovável por até 10 (dez) anos, nos termos do art. 23 da Lei Estadual nº 9.298/2023, conforme definido neste Edital, Termo de Referência e seus Anexos.

II – PROCEDIMENTO

2.1. Chamamento Público que visa selecionar organização social interessada na celebração de Contrato de Gestão. O presente Instrumento está respaldado na Lei Estadual nº 9.298/2023

2.2. A presente seleção será conduzida por Comissão devidamente instituída pelo Secretário de Estado da Saúde, por intermédio da Portaria nº 195 de 15 de outubro de 2024 – SES/SE.

2.3. Os membros da citada Comissão de Seleção não serão remunerados e não poderão ter qualquer vínculo com os proponentes participantes desta seleção.

2.4. As organizações sociais e seus representantes deverão abster-se de entrar em contato com os membros da Comissão de Seleção, sob pena de comprometer o sigilo e a imparcialidade no julgamento, podendo haver, no caso de comprovação do ato, a sanção da inabilitação e/ou desclassificação da proponente do presente Chamamento Público.

II. Cronograma

EVENTO	DATA
Divulgação do Chamamento Público	10/06/2025
Prazo máximo para Pedidos de impugnação do edital	15/06/2025
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento	17/06/2025
Divulgação da Nota de Esclarecimento	25/06/2025
Divulgação da Nota de Pedidos de impugnação do edital	25/06/2025
Data para visitação das unidades - Inicial	23/06/2025
Data para visitação das unidades - Final	02/07/2025
Data para entrega do Envelope 01 - Habilitação	16/07/2025
Data para entrega do Envelope 02 - Projeto	17/07/2025
Data para publicação inicial de resultados	06/08/2025
Data para publicação da matriz de avaliação	06/08/2025
Período para recursos - Inicial	07/08/2025
Período para recursos - Final	12/08/2025
Data para resposta aos recursos	22/08/2025
Divulgação de resultado definitivo	22/08/2025

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

IV – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

4.1. Podem participar da presente seleção, organizações sociais em saúde que estiverem qualificadas conforme Lei Estadual nº 9.298/2023 ou que tenham requerido a sua qualificação em até 30 (trinta) dias anteriores à publicação do Edital (art. 5º do Decreto Estadual nº 679, de 30 de abril de 2024), registradas no Conselho Regional de Medicina – CRM e no Conselho Regional de Administração – CRA da sede da instituição, que obedeçam aos critérios de finalidade da legislação pertinente e que façam constar em seu estatuto atividade compatível ao desenvolvimento de projetos nas áreas da saúde, mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correspondentes e tornem viáveis a transparência, com a responsabilização dos atos praticados.

4.1.1. Na hipótese de a instituição vencedora do certame não ter sua sede no Estado do Sergipe, deverá providenciar, até a assinatura do Contrato de Gestão, seu registro junto ao Conselho Regional Medicina de Sergipe e ao Conselho Regional de Administração de Sergipe, sendo considerado como atendido a apresentação dos protocolos de solicitação.

4.1.2. Caso a instituição vencedora do certame ainda não possua filial no Município da unidade a ser administrada, a referida organização social terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a assinatura do Contrato de Gestão, para realizar a instalação de uma filial nesse Município.

4.1.3. As organizações sociais interessadas, antes da elaboração de suas propostas, deverão proceder a verificação e comparação minuciosa de todos os elementos técnicos fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde e por meio de Visita Técnica em cada unidade, feita pelo representante legal da proponente ou por pessoa por ela indicada, devidamente credenciada, acompanhada pelo representante da Secretaria de Saúde, para conhecimento das instalações físicas das unidades de saúde, mediante prévio agendamento com a Secretaria Estadual de Saúde, na comissão de seleção, de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 17:00 horas, por meio do e-mail selecionaentidades@saude.se.gov.br, com assunto "AGENDAMENTO DE VISITA TÉCNICA". As visitas serão realizadas de segunda a sexta-feira preferencialmente das 9h às 17h no prazo de até 5 dias anteriores à data marcada para abertura das propostas.

4.1.3.1. Só serão agendados os pedidos de visitas de organizações sociais em saúde que estiverem qualificadas conforme Lei Estadual nº 9.298/2023 ou que tenham requerido a sua qualificação em até 30 (trinta) dias anteriores à publicação do Edital (art. 5º do Decreto Estadual nº 679, de 30 de abril de 2024).

4.1.3.2. As organizações sociais interessadas, terão no máximo 1 hora para a realização da referida visita técnica, a contar do horário previamente agendado.

4.1.4. Após a Visita Técnica a Secretaria de Estado da Saúde emitirá declaração da realização da visita, que deverá ser juntada aos documentos de habilitação jurídica.

4.2. As organizações sociais deverão assumir todos os custos associados à elaboração de suas propostas, não cabendo nenhuma indenização pela aquisição dos elementos necessários e à apresentação destas.

4.3. Não poderão participar do presente certame:

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

a) Instituições declaradas inidôneas pelo Poder Público.

b) Instituições consorciadas.

c) Instituições impedidas de contratar com a Administração Pública.

d) Instituições que estejam, de qualquer forma, inadimplentes com o Estado de Sergipe ou cumprindo sanções aplicadas pela Administração Pública.

e) instituições qualificadas como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

f) instituições organizadas na forma de cooperativas de trabalho regidas pela Lei nº 5.764/1971 e suas diversas modalidades.

I) instituições constituídas na forma de Serviço Social Autônomo, qualquer que seja sua área de atuação.

4.4. Fica estabelecida a validade mínima da proposta por 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão de Seleção.

4.5. A organização social, na respectiva sessão pública, poderá ser representada por dirigente, mediante apresentação da cópia da ata de eleição da sua diretoria, juntamente com os correspondentes documentos pessoais, ou por procurador, mediante instrumento, público ou particular, com firma reconhecida em cartório, conferindo-lhe amplos poderes de representação em todos os atos e termos do Chamamento Público, juntamente com seus documentos pessoais.

4.6. É vedada, a qualquer pessoa física ou jurídica, a representação de mais de uma organização social na presente seleção.

4.7. Para manter a ordem durante a sessão pública, será permitida somente a presença de 1 (um) representante procurador de cada organização social participante.

4.8. Ficará impedido de quaisquer manifestações a fatos relacionados com a presente seleção, o representante da organização social participante que não apresentar o instrumento de procuração ou cuja documentação não atenda às especificações supracitadas.

V - DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

5.1. A DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO e a PROPOSTA DE TRABALHO deverão ser entregues no dia e horário estabelecidos neste instrumento, em 02 (dois) envelopes distintos, opacos, devidamente fechados e rotulados de "Envelope 01" e "Envelope 02".

5.1.1. Todos os documentos presentes nos supracitados envelopes deverão estar encadernados, com indicação sequencial do número de páginas.

5.2. Os envelopes referidos no subitem 5.1 deverão ser rotulados externamente com os seguintes informes:

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ENVELOPE 01: DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2025
(razão social e endereço da entidade)

ENVELOPE 02: PROPOSTA DE TRABALHO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2025
(razão social e endereço da entidade)

5.3. ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO: deverá conter, em original ou cópia autenticada em serviço notarial, os seguintes documentos:

a) Índice com a indicação da ordem sequencial em que se encontram cada um dos documentos das demais alíneas deste item.

b) Certificado de Qualificação como Organização Social no Estado de Sergipe, ou quando for o caso, cópia do Requerimento de Qualificação como Organização Social no Estado de Sergipe datado até 30 (trinta) dias anteriores à publicação do Edital (art. 5º do Decreto Estadual nº 679, de 30 de abril de 2024)

c) Ato constitutivo ou estatuto social em vigor, registrado em cartório, com certidão narrativa do cartório competente das últimas alterações, ou qualquer outro documento oficial apto a comprovar que o ato constitutivo/estatuto social apresentado é o último registrado, emitidos, no máximo, 60 (sessenta) dias antes da data de apresentação dos envelopes.

d) Ata de eleição da atual diretoria.

e) Prova de inscrição no CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas.

f) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal e Seguridade Social, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais, à Dívida Ativa da União e Contribuições Social, expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional.

g) Prova de regularidade para com a Fazenda estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) da sede da proponente e do Estado de Sergipe.

h) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos mobiliários municipais da sede da proponente.

i) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, por meio de Certificado de Regularidade Fiscal – CRF, expedida pela Caixa Econômica Federal.

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

j) Balanço patrimonial e demonstração contábil do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, que comprove a boa situação financeira da proponente, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.

j.1) A comprovação da boa situação financeira da entidade proponente será efetuada com base no balanço apresentado, e deverá obrigatoriamente ser formulada, formalizada e apresentada pela proponente em papel timbrado da instituição, assinada por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, aferida mediante índices e fórmulas abaixo especificadas:

ILG = (AC+RLP) / (PC+ELP) ≥ 1
ILC = (AC/PC) ≥ 1
IE = (PC+ELP) / AT ≥ 1

Em que:
ILG = Índice de Liquidez Geral
ILC = Índice de Liquidez Corrente
IE = Índice de Endividamento
AT = Ativo Total
AC = Ativo Circulante
RLP = Realizável em Longo Prazo
PC = Passivo Circulante
ELP = Exigível em Longo Prazo

j.2) As instituições que apresentarem resultado menor que 1 (um), em qualquer dos índices citados no subitem anterior, estarão inabilitadas do presente certame.

k) Certidão Negativa de Protestos de Títulos expedida pelo(s) cartório(s) competente(s) da sede da instituição a, no máximo, 60 (sessenta) dias da apresentação da proposta, não sendo aceita certidão de cartório distribuidor de protesto.

l) Declaração prevista no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988.

m) Comprovante de registro no Conselho Regional de Medicina – CRM e Conselho Regional de Administração – CRA do Estado sede da instituição, devendo ser observado o disposto no subitem 4.1.1.

n) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa, nos termos da Lei federal nº 12.440/2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho – Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

o) Declaração emitida pelo integrante da Secretaria Estadual de Saúde, atestando que a instituição realizou a visita técnica às unidades de saúde, conforme modelo constante no Anexo constante neste edital.

5.3.1. Será admitida a comprovação de regularidade fiscal e trabalhista mediante a apresentação de certidão positiva com efeitos negativos, nos termos da Lei.

5.4. Envelope 02 – PROPOSTA DE TRABALHO deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, observados os seguintes requisitos:

5.4.1. A Proposta de Trabalho, elaborada segundo o roteiro apresentado no ANEXO V, deverá ser iniciada por índice que relacione todos os documentos e as folhas em que se encontram. Será apresentada em uma única via, em arquivo eletrônico tipo PDF pesquisável, e impresso, devidamente encadernada, numerada sequencialmente, da primeira à última folha, rubricada, sem emendas ou rasuras, na forma original, para fins de apreciação quanto aos parâmetros para pontuações previstas (ANEXOS V), e deverá conter os elementos abaixo indicados obedecida a seguinte ordem:

I. Proposta de Trabalho contendo o seu plano operacional, em arquivo eletrônico do tipo PDF e impresso, expressando:

a) Número do Chamamento Público de seleção e o objeto do mesmo.

b) Apresentação da Proposta de Trabalho, conforme roteiro, previsto pela Secretaria de Estado da Saúde, devidamente aprovada pelo Conselho de Administração da entidade e registrada no cartório correspondente, contendo indispensavelmente:

b.1) Definição de modelo de gestão com metas operacionais, indicativas de melhoria da eficiência e qualidade do serviço, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo e os respectivos prazos e formas de execução.

b.2) Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico-financeiros e de expansão, na prestação dos serviços autorizados.

b.3) Especificação da alocação dos recursos financeiros para execução do Proposta de Trabalho, conforme modelo definido pela Secretaria de Estado da Saúde, com anuência do valor devidamente aprovada pelo Conselho de Administração da entidade e registrada no cartório correspondente.

5.4.2. Será DESCLASSIFICADA a proponente cuja proposta de trabalho não atenda às especificações técnicas constantes nos ANEXOS deste instrumento.

5.5. Após a data e horário estabelecidos para a entrega dos invólucros, nenhum envelope poderá mais ser recebido.

5.6. Em nenhuma hipótese, será concedido prazo para apresentação ou substituição de documentos exigidos e não inseridos nos envelopes "01" e "02". No entanto, a seu exclusivo critério, a Comissão de Seleção poderá solicitar informações e/ou esclarecimentos complementares que julgarem necessários.

5.7. Serão lavradas Atas Circunstanciadas das sessões de abertura dos envelopes contendo os documentos de habilitação e as propostas de trabalho.

5.8. Não será levado em consideração nenhum outro documento anexado além daqueles indicados no Chamamento Público, e não será permitida a realização de alteração no modelo da proposta de trabalho, devendo ser preenchidos todos os seus respectivos campos, rubricadas todas as folhas e assinada ao final.

5.9. Qualquer proposta em desacordo com as exigências deste instrumento será desclassificada.

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

VI – HABILITAÇÃO, JULGAMENTO e HOMOLOGAÇÃO

6.1. No dia e horário previstos neste ato público convocatório, os interessados deverão entregar à Comissão de Seleção os envelopes correspondentes à DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO e à PROPOSTA DE TRABALHO.

6.1.1. Após a abertura do primeiro envelope (ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO), não mais será admitida a participação de retardatários, e nenhum outro envelope poderá mais ser recebido.

6.2. Na sessão pública designada, abrir-se-ão, na presença dos interessados, inicialmente, os envelopes concernentes aos documentos de HABILITAÇÃO, os quais, após as necessárias vistas e conferências pela Comissão de Seleção, serão rubricados por esta e pelos representantes presentes.

6.2.1. É facultado aos representantes das instituições presentes, bem como aos membros da Comissão de Seleção, elegerem, por unanimidade, um único interessado para assinar os referidos documentos, devendo constar em ata o procedimento de eleição.

6.2.2. A análise dos documentos de HABILITAÇÃO pelos representantes presentes ocorrerá no prazo máximo de 2 (duas) horas a critério exclusivo da comissão de seleção.

6.3. Abertos os envelopes referentes a HABILITAÇÃO, a Comissão de Seleção, a seu juízo exclusivo, poderá apreciar os documentos de cada organização social e, na mesma reunião, divulgar o nome das instituições habilitadas ou das inabilitadas ou, conforme a necessidade da situação posta, suspender a sessão para realização de diligências ou consultas, bem como para análise da própria documentação de habilitação.

6.3.1. Se, eventualmente, surgirem dúvidas que não possam ser dirimidas de imediato, essas questões serão consignadas em ata e a conclusão da habilitação dar-se-á em sessão convocada previamente, ou mediante ofício.

6.4. Será INABILITADA a instituição que deixar de apresentar qualquer um dos documentos exigidos no ENVELOPE 1 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO ou apresentá-los vencidos na data de sua apresentação ou fora do prazo de validade consentido.

6.5. A fase de habilitação será encerrada pela Comissão de Seleção quando todos os interessados forem considerados habilitados ou inabilitados, ressalvado, nesse último caso, a possibilidade de a administração fixar aos concorrentes o prazo de oito dias úteis para a apresentação de nova documentação ou de outras propostas.

6.5.1. Após julgamento da habilitação, os envelopes das PROPOSTAS DE TRABALHO das instituições inabilitadas, ainda em poder da Comissão de Seleção, ficarão lacrados à disposição dessas instituições a partir do 3º dia útil após a homologação do Chamamento Público.

6.6. A inabilitação da instituição importa preclusão do seu direito de participar das fases subsequentes.

6.7. Ultrapassada a fase de habilitação, serão convocados os representantes das instituições habilitadas a comparecerem à sessão pública para abertura dos envelopes das propostas de trabalho, ficando estes sob a guarda da Comissão de Seleção designada pela Portaria nº 195 de 15 de outubro de 2024 – SES/SE, devidamente lacrados e rubricados no fecho

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br –

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

pelos seus membros e pelos representantes das instituições presentes, podendo estes usufruírem da faculdade prevista no item 6.2.1.

6.7.1. Após a fase de habilitação, não caberá desistência das propostas, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão de Seleção.

6.8. Na sessão pública designada, abrir-se-ão, na presença dos interessados, os envelopes concernentes às PROPOSTAS DE TRABALHO, das quais, após as necessárias vistas e conferências pela Comissão de Seleção, serão rubricadas por estas e pelos respectivos representantes presentes, podendo estes usufruírem da faculdade prevista no item 6.2.1.

6.8.1. Abertas as propostas, não caberá, por parte da Comissão de Seleção desclassificar qualquer dos concorrentes por motivo relacionado com a habilitação, salvo em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

6.9. Abertos os envelopes das PROPOSTAS DE TRABALHO, a Comissão de Seleção suspenderá a sessão pública e analisará as propostas em sessão reservada.

6.9.1. O Julgamento e a classificação das PROPOSTAS DE TRABALHO serão definidos pela maior nota de avaliação das Propostas de Trabalho observado o disposto nos ANEXO V sendo desclassificadas as entidades que não alcançarem no mínimo 70 pontos.

6.9.2. A classificação das PROPOSTAS DE TRABALHO obedecerá aos critérios de avaliações constantes nos ANEXO V deste instrumento.

6.10. Serão DESCLASSIFICADAS as PROPOSTAS DE TRABALHO que:

6.10.1. Não alcançarem 50% (cinquenta por cento) do total possível em cada um dos CRITÉRIOS.

6.10.2. Não atenderem a todas às exigências deste Edital.

6.10.3. Forem apresentadas em desacordo com este edital ou que contenham borrões, rasuras, entrelinhas, emendas, ressalvas, omissões ou apresentem irregularidades insanáveis, ou apresentar documentação em envelopes invertidos, nos termos dos itens 5.1, 5.2 e 5.3 deste Edital.

6.10.4. Contiverem despesas com remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados acima de 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio da respectiva unidade.

6.10.5. Contiverem "Taxa de Administração". Entendendo-se por Taxa de Administração, o repasse financeiro mensal para a matriz da instituição por meio da fixação de um percentual fixo, sem a devida demonstração da utilização deste valor.

6.10.6. Contiverem estimativa de despesas para custeio das atividades da unidade com valor superior aos praticados no mercado, ou acima do valor máximo estipulado pela Administração, a título de custeio.

6.10.7. Contiverem estimativa de despesas para custeio das atividades com valores manifestamente inexequíveis, assim considerados aqueles que não demonstrem sua viabilidade através de documentação que comprove que os custos dos insumos são coerentes com os valores de mercado.

6.10.7.1. Considerar-se-ão manifestamente inexequíveis as propostas cujos valores sejam inferiores a 90% do valor total da estimativa orçada pela Secretaria de Estado da Saúde, previsto no item 8.2 deste edital.

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

6.10.7.1.1 Fica ressalvada à participante desclassificada por esse motivo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a possibilidade de demonstrar a viabilidade de sua oferta por meio de documentação que comprove serem os custos coerentes com os de mercado e que os coeficientes de produtividade são compatíveis com a execução do objeto do contrato de gestão.

6.10.8. Apresentar documentação imprecisa ou com falsidade das informações ou dos documentos apresentados no ENVELOPE II.

6.10.9. Deixar de apresentar os esclarecimentos solicitados sobre documentos exigidos no ENVELOPE II, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

6.11. A Comissão poderá, a juízo da autoridade competente, desclassificar qualquer proponente, se tiver conhecimento de fato anterior, no curso ou posterior ao julgamento da CONVOCAÇÃO PÚBLICA, que denuncie dolo, má-fé, ou que comprometa a capacidade, ou idoneidade administrativa, técnica ou financeira da proponente, garantida a prévia defesa, disso não resultando para a mesma, direito a qualquer ressarcimento ou indenização.

6.12. A Comissão poderá solicitar aos concorrentes esclarecimentos, informações e dados adicionais necessários ao julgamento das Propostas.

6.12.1. As respostas não poderão implicar em modificações das condições ofertadas e deverão ser prestadas sempre por escrito no prazo estabelecido pela Comissão, sob pena de desclassificação da proponente.

6.13. No julgamento do Plano de Trabalho, para definição da Nota Técnica (NT), será considerado o somatório dos resultados obtidos por cada fator de avaliação, divididos por 03 (três) conforme fórmula a seguir:

$$NT = F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6$$

6.14. O Julgamento será definido através do ITP (Índice Técnico do Projeto), que consistirá no resultado da apuração obtida na Nota Técnica (NT), dividida pela maior pontuação de Nota Técnica (MNT) dentre todas as propostas:

$$ITP = \frac{NT}{MNT}$$

6.15. No julgamento da Proposta de Orçamento, para a definição da Nota de Preço (NP) serão avaliados os Preços Propostos (PP) pelos participantes em cotejo com a Proposta de Menor Preço (MP) dentre todas as propostas apresentadas, conforme fórmula a seguir:

$$NP = \frac{MP}{PP}$$

6.16. A classificação das PROPOSTAS DE TRABALHO referente far-se-á pela média ponderada das Notas Técnicas e das Notas de Preço mediante a aplicação da seguinte fórmula com os respectivos pesos:

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROJETO: PESO = 70
PROPOSTA DE PREÇOS: PESO = 30

$$A = \frac{([ITPx70] + [NPx30])}{10}$$

Onde:
A- Avaliação ITP- Projeto
NP- Nota de Preços

6.17. Feitos os cálculos estabelecidos neste Edital, será indicada a ordem classificatória final do certame, conforme a maior média ponderada na fórmula descrita no Item 6.17.

6.18. Havendo empate entre duas ou mais propostas, será vencedora a entidade participante que apresentar a proposta econômica de menor valor. Persistindo o empate, considerar-se-á vencedora a entidade participante que tiver obtido maior pontuação no critério "F.3 – Qualificação Técnica". Não sendo resolvido o desempate pelos dois critérios anteriores, será declarada vencedora a entidade participante que tiver obtido maior pontuação no critério "F. 1– Atividade".

6.19. A Comissão poderá negociar o preço proposto com a entidade mais bem classificada, com vistas à sua redução.

6.20. Após a negociação, se houver, a Comissão examinará a aceitabilidade do menor preço, decidindo motivadamente a respeito.

6.21. Em caso de inabilitação de todas as entidades disputantes, poderá a Administração Pública, representada pelo Secretário de Estado da Saúde, fixar prazo às entidades participantes, para apresentação de novos envelopes habilitatórios no prazo de 8 (oito) dias úteis.

6.21.1. Nesta ocasião, os envelopes contendo a Proposta de Trabalho permanecerão em posse da Comissão de Seleção, devidamente lacrados e rubricados por seus membros e por representantes legais das entidades, sendo que para tal documentação não serão aceitas quaisquer modificações ou acréscimos.

6.22. É facultada à Comissão de Seleção ou ao Secretário de Estado da Saúde, em qualquer fase do processo de seleção, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente nos envelopes.

6.23. As entidades proponentes arcarão com todos os custos decorrentes da elaboração e apresentação de suas propostas, sendo que a Secretaria de Estado da Saúde não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo de seleção.

6.24. No julgamento da habilitação e das propostas, a Comissão de Seleção poderá sanar erros ou falhas que não alterem

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

6.25. O Secretário de Estado da Saúde, após a declaração do resultado preliminar e análise e julgamento dos possíveis recursos interpostos, emitirá ato de homologação.

6.25.1. A publicação do resultado final do Chamamento Público será providenciada no site oficial da Secretaria de Estado da Saúde e no Diário Oficial do Estado.

6.26. O Secretário de Estado da Saúde poderá, mediante decisão fundamentada, excepcionar a exigência de realização de chamamento público, quando em procedimento de seleção regularmente instaurado, nenhuma organização social restar habilitada à apresentação de propostas de trabalho.

6.27. Fica vedada a celebração de contrato de gestão com organização social que:

I – esteja omissa no dever de prestar contas de ajuste de parceria, seja qual for a sua natureza, anteriormente celebrado com ente da Administração de qualquer esfera da Federação;

II – tenha tido as contas rejeitadas pela Administração Pública estadual nos últimos 5 (cinco) anos;

III – tenha tido as contas de parcerias julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, nos últimos 8 (oito) anos;

IV – tenha entre seus dirigentes, em diretoria estatutária ou não, ou como membro do Conselho de Administração e Conselho Fiscal, pessoa:

a) cujas contas relativas à aplicação de recursos públicos tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, nos últimos 8 (oito) anos;

b) julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo de provimento em comissão, enquanto durar a inabilitação;

c) considerada responsável por ato de improbidade, transitada em julgado a decisão condenatória e, em isso havendo, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da Lei federal nº 8.429, de 2 de junho de 1992;

d) que tenha sido responsabilizada ou condenada pela prática de infração penal, civil ou administrativa nas situações que, descritas pela legislação eleitoral, configurem hipóteses de inelegibilidade.

VII – SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS E DOS RECURSOS

7.1. Os interessados que tiverem dúvidas na interpretação deste Instrumento deverão solicitar, por escrito, esclarecimentos à Comissão de Seleção, até às 17:00 horas, do dia **15/06/2025**, no endereço indicado no "Aviso de Chamamento Público", ou por meio do e-mail **selecionaentidades@saude.se.gov.br**, com título de "Pedido de esclarecimento".

7.2. Caso haja solicitações, a Nota de Esclarecimentos será publicada no sítio eletrônico www.saude.se.gov.br no dia **25/06/2025**.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256) 8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain 0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

7.3. No presente Chamamento Público, caberá recurso contra decisão de habilitação ou inabilitação de instituição interessada, contra julgamento das propostas ou contra qualquer outro desatendimento a este Instrumento.
7.4. Qualquer interessado poderá, no prazo de 4 (quatro) dias úteis após a publicação do Informativo de Resultado Preliminar, que ocorrerá no Diário Oficial do Estado e site da SES/SE, apresentar recurso, por escrito, junto à Comissão de Seleção, ficando as demais interessadas desde logo intimadas para apresentar, contrarrazões em igual prazo, cuja contagem terá início no primeiro dia útil subsequente ao do término do prazo de recurso.
7.4.1. Não serão conhecidos os recursos e as contrarrazões interpostos após os respectivos prazos legais, bem como os que forem enviados por fac-símile ou correio eletrônico.
7.5. O acolhimento do recurso pela Comissão de Seleção importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.
7.6. A decisão em grau de recurso será definitiva, e dela dar-se-á conhecimento à(s) recorrente(s) por meio de comunicação por escrito (via fac-símile ou correio eletrônico).
7.7. Aos recursos interpostos será atribuído o efeito suspensivo.

VIII – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO VALOR ESTIMADO DA CONTRATAÇÃO

8.1. A despesa com a futura parceria correrá à conta da presente dotação orçamentária:

Código	Fundo	Valor Mensal
1600	Ministério da Saúde	R$ 172.157,35
1500	Tesouro do Estado	R$ 1.549.416,11

8.2. O valor estimado da contratação é, mensalmente, de R$ 1.721.573,46 (um milhão, setecentos e vinte e um mil, quinhentos e setenta e três reais e quarenta e seis centavos), e, anual, de R$ 20.658.881,52 (vinte milhões, seiscentos e cinquenta e oito mil, oitocentos e oitenta e um reais e cinquenta e dois centavos).

IX – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As normas que disciplinam este Chamamento Público serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro contrato de gestão.
9.2. É facultado à Comissão de Seleção, em qualquer fase da seleção, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar na Proposta de Trabalho.

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br -

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

9.3. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização da sessão pública na data marcada, ela será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicado da Comissão de Seleção em contrário.

9.4. A Comissão de Seleção poderá, em qualquer fase do processo de seleção suspender os trabalhos, devendo promover o registro da suspensão e a convocação dos participantes para a continuidade dos mesmos.

9.5. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus ANEXOS, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Secretaria de Estado da Saúde.

9.6. O desatendimento de exigências formais não essenciais, não importará no afastamento da instituição, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua Proposta de Trabalho.

9.6.1 Exigências formais não essenciais são aquelas cujos descumprimentos não acarretem irregularidades no procedimento, em termos processuais, bem como não importem em vantagens a uma ou mais instituições em detrimento das demais.

9.7. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos.

9.8. Quaisquer documentos extraídos, via internet, poderão ter seus dados conferidos pela Comissão de Seleção no site correspondente.

9.9. A instituição participante é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados, podendo a Comissão de Seleção inabilitá-la ou desclassificá-la, conforme a hipótese, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente, caso seja constatada a ocorrência de imprecisão ou falsidade das informações e/ou dos documentos apresentados.

9.10. O Secretário poderá revogar a seleção por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

9.10.1. A anulação do procedimento de seleção por motivo de ilegalidade não gera obrigação de indenizar.

9.11. A participação da organização social no processo de seleção implica na sua aceitação integral e irretratável dos termos, cláusulas, condições e anexos do presente Edital, que passarão a integrar o Contrato de Gestão como se transcrito fosse, com lastro nas normas referidas no preâmbulo do instrumento, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e execução do Contrato de Gestão.

9.12. É condição indispensável para a assinatura do Contrato de Gestão, a qualificação da instituição selecionada como Organização Social na área de saúde, no Estado do Sergipe, assim como cumprir todos os requisitos da Lei Estadual nº 9.298/2023 e suas alterações.

9.13. A organização social vencedora que deixar de comparecer para assinatura do Contrato de Gestão, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar de sua convocação, perderá o direito à parceria em conformidade com a Lei, sem prejuízo das sanções previstas na legislação que rege este processo de seleção. Este prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso e desde que haja motivo justificado e aceito pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

9.14. Na ocorrência do estabelecido no subitem 9.13, poderá a Comissão de Seleção, desde que autorizada pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde, convocar as organizações sociais remanescentes, participantes do processo de Chamamento Público, na ordem de classificação, ou revogar o procedimento.

9.15. Até a assinatura do Contrato de Gestão, poderá a Comissão de Seleção desclassificar as Propostas de Trabalho das organizações sociais participantes, em despacho motivado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções, se tiver ciência de fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento da seleção, que represente infração aos termos do Chamamento Público nº **003/2025**, mediante prévia oitiva da Procuradoria-Geral do Estado.

9.16. Os casos omissos e as questões não previstas neste Instrumento e as dúvidas serão dirimidas pela Comissão de Seleção, mediante orientação formal do Núcleo Jurídico da Secretaria de Estado da Saúde do Sergipe, observada a legislação vigente e respeitado os prazos estabelecidos neste Instrumento.

9.17. A instituição vencedora do presente Chamamento Público deverá, quanto às compras e contratações, observar seu regulamento próprio que será disponibilizado em sítio eletrônico.

9.18. No decurso do Contrato de Gestão firmado, poderá haver alterações na parceria firmada, tais como acréscimos de serviços, ampliação de metas, investimentos de infraestrutura, mobiliários e equipamentos. Essas alterações deverão ocorrer por meio da elaboração de termos aditivos em que se respeitará o equilíbrio econômico-financeiro da parceria, comprovado mediante estudos de custos.

9.19. Integram o presente Instrumento os seguintes ANEXOS:

Anexo I – Caracterização da unidade
Anexo II – Especificações técnicas, descritivo de serviços, indicadores ementas de produção e desempenho
Anexo III - Mecanismo de repasse para o custeio do contrato de gestão.
Anexo IV -Quantitativo de servidores lotados na unidade de saúde e impacto financeiro.
Anexo V - Roteiro para elaboração da proposta de trabalho e critérios de seleção.
Anexo VI - Modelos de declarações

Aracaju (SE), 10 de Junho de 2025.

Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha
Av Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo, CEP 49097-670
Tel. (79) 3226-8311 / 8333 / 8334 www.ses.se.gov.br –

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA BAHIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS DE PARIPIRANGA
OFICIAL: SEBASTIÃO FREIRE DO NASCIMENTO JÚNIOR
PRAÇA PEDRO RABELO DE MATOS, S/N, CENTRO, PARIPIRANGA-BA, CEP: 48.430-000,
FONE: (75)3279-2214, email: cartorioparipiranga.ba@gmail.com

Livro: A-16
Fl. 143\163v

CERTIDÃO DE ATO PRATICADO

Certifico e dou fé que nesta data AVERBEI os(as) ATA, DA REUNIÃO GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO REFERENTE AO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025-SES/SE - DA SECRETÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE - DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H DR. MITIDIERI - BOQUIM/SE E APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO REFERENTE AO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2025-SES/SE - DA SECRETÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE - DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE NEÓPOLIS/SE do(a) INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO - INASP - CNPJ: 29.099.982/0001-00 representada por SONIA MATOS LIMA - CPF: 896.487.905-82, compreendendo (requerimento, lista de presença, ata de averbação, edital de convocação).
Protocolado(a) em 25/06/2025 sob: nº 481, às folhas 28, do livro de protocolo PJ nº 1.

Averbado(a) sob: AV. 24, do registro 399 lançado em 09/10/2017 às folhas 224 a do livro A-9, anexado à ficha nº 298.

Recolhidas as custas no valor de **R$ 487,14**, Emolumentos R$ 235,29, Taxa Fiscal R$ 167,09, FECOM R$ 59,43, Def. Pública R$ 6,24, PGE R$ 9,35, FMMPBA R$ 4,87, FEURB 4,87, através do(s) DAJE(s):
Nº 2169 002 047584

Paripiranga - BA, 26 de Junho de 2025

Ana Maria Santana Sodré
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
Ato Notarial ou de Registro
2169AB0408030
BU0VDZIEM0
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade

Data\Hora Impressão: 26/06/2025 14:34:42

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 15/07/2025 10:16:51 que o documento de hash (SHA-256)
8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2 foi validado em 15/07/2025 10:14:35 através da transação blockchain
0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 278306)

Dautin Blockchain
Rua Dagoberto Nogueira, 100
Ed. Torre Azul - 11º Andar
Sala 1101, Centro, Itajaí - SC
(47) 3514-7599 | (47) 99748-2223
www.dautin.com | dautin@dautin.com

Prova de Autenticidade válida até 13/10/2025

CERTIFICADO DE PROVA DE AUTENTICIDADE ELETRÔNICA

A **Dautin Blockchain** CERTIFICA para os devidos fins de direito que, o arquivo digital especificado com o tipo documental **Autenticação** e representado pela função hash criptográfica conhecida como SHA-256, de código **8accc07d422a76b4f2546c3631a5f65a952b70526a93fbf7b491308f091090a2** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Binance Smart Chain, sob o identificador único denominado NID **278306** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"ATA CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO "**, cujo assunto é descrito como **"ATA CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO "**, faz prova de que em **15/07/2025 10:13:30**, o responsável **Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) (29.099.982/0001-00)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Publico (inasp) a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **15/07/2025 10:17:06** através do sistema de autenticação eletrônica da empresa Dautin Blockchain de acordo com o Art. 10, § 2º da MP 2200-2/2001, Art. 107 do Código Cível e Art. 411, em seus §§ 2º e 3º do Código de Processo Civil, estando dessa maneira de acordo para o cumprimento do Decreto 10278/2020.

Para mais informações sobre a operação acesse o site **https://www.dautin.com** e informe o código da transação blockchain **0x5daf06c3632df6632b486bc004cd512ed9382ea709dc24c68b7a7253f63c2ffe**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://bscscan.com/**

[1] Legislação Vigente: Medida Provisória nº 2200-2/2001, Código Civil e Código de Processo Civil.

Presidência da República Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos
MEDIDA PROVISÓRIA 2.200-2
DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO / INCIDENTE CRÍTICO – UPA NEÓPOLIS
NÚMERO DO REGISTRO: _____

1. Local do Evento: _____

Data: ____ / ____ / _____

Horário: _____

2. Profissional Responsável pela Notificação

Nome Completo: _____

Cargo/Função: _____

Setor/Unidade: _____

3. Identificação do Evento

☐ Ocorreu com paciente

☐ Ocorreu com colaborador

☐ Foi evitado antes de causar dano

☐ Poderia ter causado dano significativo

O evento poderia ter sido evitado?

☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

4. Classificação do Evento (assinale todos que se aplicam):

☐ Queda de paciente

☐ Medicamento administrado de forma incorreta

☐ Falha na comunicação entre equipe

☐ Retardo na realização de exame ou procedimento

☐ Alergia não identificada previamente

☐ Equipamento com falha durante uso assistencial

☐ Erro de identificação do paciente

☐ Dano térmico (queimadura, hipotermia etc.)

☐ Evento relacionado à administração de sangue/hemocomponentes

☐ Outro (especificar): _____

5. Descrição Detalhada do Evento:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. Houve consequência clínica imediata?

☐ Não ☐ Sim (descrever): _____

7. Existe recomendação para prevenção de recorrência?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, descreva a sugestão de melhoria:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Dados complementares (apenas em casos relacionados a produtos, medicamentos ou insumos):

Nome do produto envolvido: _____

Nome comercial / fabricante: _____

Número do lote: _____

Validade: ____ / ____ / _____

9. Profissional que preencheu o formulário:

Nome (legível): _____

Assinatura: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / _____

Informações Finais:

A notificação deve ser registrada até 24 horas após a ocorrência do evento ou do conhecimento do fato. Todos os colaboradores são orientados a preencher este formulário de forma ética, isenta e colaborativa. A notificação tem caráter educativo e preventivo, e não gera punições individuais. O formulário pode ser entregue impresso na Coordenação da Qualidade ou enviado por e-mail institucional para:

ANEXO 2 - SALA SENSORIAL PARA PACIENTESS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NAUNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE.

Introdução

O atendimento em unidades de pronto atendimento (UPAs) impõe uma série de desafios clínicos e estruturais, especialmente quando envolve pacientess com Transtorno do Espectro Autista (TEA), cujas particularidades neurocomportamentais demandam condições diferenciadas de acolhimento. Pacientess autistas frequentemente apresentam hipersensibilidade a estímulos sensoriais — como luzes intensas, ruídos ambientes e fluxos caóticos de pessoas —, os quais são comuns em ambientes hospitalares de urgência, podendo desencadear quadros de desorganização psicoemocional, crises de agressividade, pânico ou fuga, além de agravar o sofrimento das pacientes e de sua família.

A ausência de espaços adaptados para esse público representa não apenas um entrave clínico, mas uma violação ao princípio da equidade que rege o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, pessoas com TEA são consideradas pessoas com deficiência para todos os efeitos legais, sendo, portanto, sujeitas às garantias estabelecidas no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que prevê o direito à acessibilidade nos serviços de saúde, ao atendimento humanizado e à adaptação razoável dos ambientes para garantir igualdade de oportunidades.

Além disso, a Portaria MS nº 2.073/2004, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, reforça o dever das unidades de saúde de implementar estratégias que eliminem barreiras atitudinais, arquitetônicas, sensoriais e comunicacionais. A criação de uma Sala de Acolhimento Sensorial para Pacientes com TEA na UPA de Neópolis alinha-se diretamente a essas normativas e se ancora também na diretriz de universalidade e integralidade da atenção, pilares do SUS, promovendo a inclusão de um grupo historicamente negligenciado pelos serviços de saúde de urgência.

Sob a perspectiva técnico-clínica, o projeto responde à necessidade de oferecer um espaço com ambiente controlado, seguro e acolhedor, onde a pacientes possa ser estabilizada emocionalmente, reduzindo o impacto dos estímulos hostis do ambiente hospitalar e possibilitando um atendimento mais resolutivo, eficaz e respeitoso. Trata-se de uma medida que, além de melhorar os desfechos assistenciais e minimizar intervenções coercitivas, qualifica o cuidado, humaniza o atendimento e fortalece o vínculo com os familiares.

Em um contexto em que os direitos das pessoas com deficiência ganham cada vez mais centralidade nas políticas públicas, a implantação desta sala sensorial é uma resposta concreta, ética e técnica à necessidade de operacionalizar a equidade no cuidado à infância neuro divergentes, contribuindo para consolidar a UPA Neópolis como referência em acessibilidade, inclusão e humanização na atenção às urgências.



OBJETIVOS

Objetivo Geral

Garantir um ambiente adequado, seguro e humanizado para o atendimento de pacientes com TEA na UPA Neópolis, respeitando suas especificidades sensoriais, emocionais e comportamentais.

Objetivos Específicos

- Reduzir estímulos aversivos (visuais, sonoros, táteis) durante o acolhimento e espera.
- Oferecer conforto e segurança para pacientes e acompanhantes.
- Qualificar o atendimento multiprofissional com base em protocolos inclusivos.
- Fortalecer o compromisso da UPA com a equidade, a acessibilidade e a cidadania.

Descrição do Ambiente

- Localização: próxima à recepção pediátrica e à sala de atendimento clínico infantil.
- Dimensões mínimas: 9 a 12 m² (adaptável à planta física da UPA).
- Infraestrutura sensorial:
  - Iluminação indireta (lâmpadas âmbar ou RGB com controle remoto);
  - Isolamento acústico parcial (paredes com material fonoabsorvente ou painéis acústicos);
  - Puffs ergonômicos, tapetes de EVA, tatames ou poltronas de baixa densidade;
  - Caixa sensorial com brinquedos táteis, objetos de manipulação e materiais visuais de baixo estímulo;
  - Painéis com texturas, livros de figuras, brinquedos educativos não eletrônicos.

A configuração física da sala foi planejada para garantir um ambiente sensorialmente regulado, acolhedor e funcional, capaz de responder às necessidades específicas de pacientess com TEA durante situações de urgência. Cada item da infraestrutura descrita contribui para a criação de um espaço de conforto psicoemocional e redução de estímulos potencialmente aversivos, promovendo segurança, escuta sensível e respeito à neurodiversidade. A localização estratégica junto à recepção pediátrica, bem como a adaptação do

espaço às normas de acessibilidade, reforça o compromisso da UPA Neópolis com a atenção integral, com ênfase nos direitos da infância e da pessoa com deficiência, nos termos das normativas do SUS. Trata-se de um ambiente que vai além da adequação física: é um dispositivo institucional de cuidado ético e inclusivo, pensado para qualificar o atendimento, reduzir desigualdades e assegurar que nenhum sujeito seja excluído do direito à saúde.

Equipamentos e Materiais Previstos

Item	Observação	Quant.
Luminária de cromoterapia (RGB)	Controlada por controle remoto	1
Poltronas ou puffs de acolhimento	Preferência por revestimento lavável	2-3
Painel sensorial de parede	Com texturas e objetos fixos de manipulação	1
Tapete de EVA ou tatame	Lavável, superfície confortável	1 (3x3m)
Brinquedos terapêuticos simples	Bola de borracha, brinquedos táteis, etc.	10-15
Material de apoio visual e cartazes	Cartazes com pictogramas e instruções visuais	5-6
Isolamento acústico	Painéis acústicos e borrachas de vedação	Parcial

Para garantir a efetividade da proposta, a sala contará com o acompanhamento de profissionais capacitados em neurodiversidade, acolhimento e comunicação alternativa. Enfermeiros(as) pediátricos(as), técnicos(as) de enfermagem, psicólogos(as) e assistentes sociais atuantes na UPA serão orientados por protocolos específicos para o manejo clínico e sensorial de pacientess com TEA. Estão previstos treinamentos introdutórios e permanentes para a equipe, articulados ao Núcleo de Educação Permanente da unidade (NEPS), de modo a

garantir que o cuidado prestado seja ético, qualificado e centrado na singularidade do sujeito. Essa articulação interprofissional possibilitará a construção de linhas de cuidado adaptadas à neurodiversidade, promovendo não apenas acessibilidade física, mas acessibilidade relacional, comunicacional e simbólica, nos moldes exigidos por uma atenção verdadeiramente integral.

Neópolis (SE), 17 de julho de 2025.

Assinaturas da Diretoria e Membros da Comissão

ANEXO 3 - FLUXOS DE ESTABILIZAÇÃO E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) – Município de Neópolis – Sergipe

1. OBJETIVO

Em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências, este protocolo visa assegurar a transição segura de pacientes entre unidades da rede SUS, com ênfase na estabilização clínica prévia, comunicação efetiva e redução de eventos adversos. Baseia-se nos princípios da equidade, integralidade e qualidade do cuidado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

2. FUNDAMENTOS E DIRETRIZES NORTEADORAS DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

O transporte inter-hospitalar de pacientes constitui uma ação crítica no contexto da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser conduzido com base em **fundamentos técnico-assistenciais e ético-operacionais** que assegurem a integralidade do cuidado, a segurança do paciente e a eficiência dos fluxos regulatórios. Os eixos abaixo sintetizam as diretrizes essenciais que orientam esse processo:

a) Segurança clínica e estabilização prévia

A segurança do paciente deve ser o princípio estruturante de qualquer transferência entre serviços. Nenhum transporte deve ser iniciado sem a devida estabilização clínica, monitorização contínua e previsão de suporte terapêutico adequado ao risco envolvido. A antecipação de complicações é mandatória, incluindo preparo de medicações, acesso venoso funcional e equipamentos de emergência, em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde e das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

b) Hierarquização e regionalização da atenção

O transporte deve respeitar a lógica hierárquica do SUS, sendo sempre direcionado a unidades de referência compatíveis com o grau de complexidade necessário, e com leitos previamente regulados via Central Estadual ou Regional. Esta medida assegura o uso racional dos recursos hospitalares e evita sobrecarga indevida de serviços não vocacionados para determinadas demandas clínicas.

c) Comunicação interinstitucional efetiva

A comunicação clara, tempestiva e bidirecional entre a equipe da unidade de origem, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a unidade receptora é indispensável para a continuidade e segurança do cuidado. O fluxo de informações clínicas deve ser assertivo, incluindo a condição atual do paciente, as intervenções realizadas e o tempo estimado de chegada. A ausência ou falha nesse processo compromete a prontidão da equipe receptora e aumenta o risco de eventos adversos.

d) Registro assistencial completo e rastreável

Todas as etapas do transporte — da indicação clínica à entrega do paciente — devem estar registradas de forma precisa e objetiva no prontuário eletrônico e na ficha de regulação. Isso inclui: justificativa da transferência, resumo clínico, exames relevantes, condutas realizadas, intercorrências durante o trajeto e assinatura dos profissionais responsáveis. Esse registro não apenas fortalece a segurança jurídica e institucional, como também permite auditorias e processos de avaliação da qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, a condução de transportes inter-hospitalares sob essas diretrizes fortalece a lógica sistêmica do SUS, promove o cuidado em rede e assegura a centralidade do paciente nas ações de saúde.

3. CRITÉRIOS PARA TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Antes de definir as indicações para transporte inter-hospitalar, é fundamental reconhecer que nem todos os pacientes estão aptos para transferência imediata. Embora as indicações clínicas (item 3.1) estabeleçam os cenários em que o transporte se faz necessário, é igualmente crucial avaliar as contraindicações relativas (item 3.2), que podem exigir estabilização adicional ou até mesmo a revisão da estratégia de encaminhamento. Essa abordagem preventiva visa minimizar riscos durante o deslocamento, garantindo que apenas pacientes com condições seguras para transporte sejam transferidos, em conformidade com os princípios de segurança do paciente e eficiência da rede SUS.

3.1. Indicações Clínicas

- **Emergências:**
  - Necessidade de **suporte avançado** (ventilação mecânica, drogas vasoativas, monitorização invasiva);
  - Indicação de **cirurgia de urgência** ou procedimento especializado (neurocirurgia, hemodinâmica);
  - Exames de **alta complexidade** (TC, RM, angiografia) não disponíveis na UPA.
- **Agravamento clínico:**
  - Pacientes em **internação prolongada** com deterioração do estado geral;
  - Avaliação por **equipe especializada** (ex.: neurologia, cardiologia, trauma).

3.2. Contraindicações Relativas

- **Instabilidade hemodinâmica** não responsiva à estabilização inicial**;**
- **Risco de óbito iminente** sem possibilidade de suporte adequado durante o transporte.

(Caso haja contraindicação, revisar estratégia com a Central de Regulação.)

4. PROCESSO DE ESTABILIZAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE

Com o objetivo de garantir a segurança clínica, a padronização das condutas e a rastreabilidade assistencial, este protocolo estabelece o Checklist Obrigatório de Estabilização e Transferência Inter-Hospitalar, conforme preconizado pela Portaria MS nº 2.048, de 5 de setembro de 2023, que atualiza as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. Esta medida está também alinhada aos Protocolos da Rede de Urgência e Emergência (RUE), às boas práticas em transporte de pacientes críticos e às exigências de qualidade e segurança assistencial.

Nenhuma transferência entre unidades de saúde deverá ser iniciada sem a completa estabilização clínica do paciente, documentação formal e checagem de todos os requisitos técnicos, conforme o quadro abaixo:

Item	Critério de Verificação	Responsável Técnico
Via Aérea	Garantida e segura: com oxigênio suplementar, máscara com reservatório ou via aérea avançada (intubação, traqueostomia) conforme necessidade clínica	Médico / Enfermeiro
Acessos Venosos	Dois acessos venosos calibrosos (14G–18G), funcionais, com infusão contínua de SF 0,9% ou solução compatível com quadro clínico	Enfermeiro
Monitorização	Oximetria de pulso, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e ECG (se indicado), todos monitorados em tempo real durante o transporte	Técnico de Enfermagem
Controle Clínico e Suporte	Monitoramento da dor, sedação consciente, controle glicêmico,	Equipe Médica / Enfermagem

	termorregulação e avaliação neurológica por Escala de Coma de Glasgow (ECG)	
Documentação	- Resumo clínico completo, com CID-10, medicações administradas, exames e evolução - Termo de consentimento informado (quando aplicável) - Ficha de regulação devidamente preenchida e validada pela Central Estadual de Regulação	Médico / Enfermeiro

A execução rigorosa deste *checklist* é mandatória e deve preceder qualquer deslocamento inter-hospitalar, inclusive em situações de urgência. Sua função é mitigar riscos, garantir a continuidade qualificada do cuidado e assegurar que o paciente esteja em condições clínicas compatíveis com o transporte seguro, independentemente da distância, via ou complexidade do trajeto.

É fundamental manter comunicação imediata e efetiva entre as equipes da UPA de Neópolis, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a unidade de destino, incluindo transmissão do quadro clínico atualizado, terapias em curso e previsão de tempo estimado para chegada.

Antes da liberação da ambulância, deve-se realizar checagem dupla de todos os itens do checklist, preferencialmente por dois profissionais distintos, com registro obrigatório no prontuário eletrônico e validação pela coordenação da unidade.

5. CLASSIFICAÇÃO DO TRANSPORTE

A escolha do tipo de transporte inter-hospitalar deve obedecer criteriosamente à **gravidade clínica do paciente e à necessidade de suporte avançado de vida durante o trajeto**. A classificação correta garante a segurança da remoção, evita agravamentos durante o deslocamento e está diretamente associada à **estrutura e qualificação da equipe envolvida**, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2.048/2023.

O quadro a seguir resume os dois principais tipos de transporte, com base no nível de complexidade assistencial exigido:

Tipo de Transporte	Composição da Equipe	Indicações Clínicas
Suporte Básico (USB)	Técnico de Enfermagem + Condutor Socorrista	Pacientes clinicamente estáveis, conscientes, sem necessidade de oxigenoterapia contínua ou medicações vasoativas.
Suporte Avançado (USA/UTI Móvel)	Médico + Enfermeiro + Equipamentos de UTI (monitor, respirador, bombas de infusão)	Pacientes graves, instáveis, intubados, em uso de drogas vasoativas, pós-PCR ou com risco iminente de deterioração clínica.

A correta indicação do tipo de transporte deve constar na solicitação à Central de Regulação, com base em avaliação médica precisa e atualizada. Qualquer subdimensionamento da complexidade do transporte pode representar **risco direto à vida do paciente**, devendo ser evitado por meio da adoção de protocolos clínicos, fluxos regulatórios claros e capacitação contínua das equipes envolvidas.

6. FLUXO OPERACIONAL

O transporte inter-hospitalar de pacientes deve seguir um fluxo rigoroso, articulado e cronológico, com etapas bem definidas que garantam **segurança clínica, rastreabilidade das condutas e continuidade da assistência**:

- **Indicação e decisão médica**

O médico da UPA avalia a condição clínica e indica formalmente a necessidade de transferência, com base em critérios técnicos e de complexidade assistencial, priorizando o princípio da segurança do paciente.

- **Acionamento da Central de Regulação (CRUE)**

  A equipe médica ou de enfermagem realiza contato imediato com a CRUE, informando dados clínicos objetivos: diagnóstico provável, grau de estabilização, exames realizados e intervenções terapêuticas em curso. A regulação indicará o leito de destino compatível com a gravidade do caso.

- **Preparo clínico e logístico do paciente**

  Antes da remoção, é imprescindível realizar o preparo completo do paciente, garantindo condições seguras para o transporte. Todos os dispositivos invasivos devem estar adequadamente fixados, incluindo sondas nasogástricas, drenos, sondas vesicais e cateteres, para prevenir deslocamentos acidentais durante o deslocamento. As vias aéreas devem ser mantidas pérvias, com suporte ventilatório quando necessário, e os acessos venosos devem ser verificados quanto à sua funcionalidade, preferencialmente com duas vias calibrosas. É essencial preparar e organizar as medicações que serão utilizadas durante o transporte, calculando doses suficientes para pelo menos duas horas de trajeto, considerando possíveis imprevistos. Todos os equipamentos de transporte, como monitores, ventiladores mecânicos e desfibriladores, devem ser checados quanto ao funcionamento adequado e disponibilidade de insumos. Esse preparo minucioso visa assegurar a estabilidade clínica do paciente durante todo o percurso, reduzindo riscos e garantindo a continuidade da assistência.

- **Confirmação com unidade de destino**

  A unidade receptora deve ser previamente notificada e confirmar o **aceite formal do paciente**, com equipe de plantão ciente e estrutura adequada para continuidade do cuidado.

- **Execução do transporte com monitorização contínua**

  O deslocamento deve ser realizado por equipe qualificada (SAMU ou ambulância contratualizada), com **monitoramento ininterrupto** de sinais vitais, suporte ventilatório (se necessário) e prontidão para intervenções emergenciais durante o trajeto.

- **Entrega técnica e administrativa à unidade receptora**

  Ao chegar ao destino, a equipe deve realizar uma **transmissão verbal objetiva do caso clínico**, incluindo eventos durante o transporte, seguida da **entrega formal da documentação completa**, com registro da transferência no prontuário eletrônico da origem.

7. EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS

A segurança do transporte inter-hospitalar depende não apenas da estabilização clínica, mas também da **disponibilidade imediata de equipamentos e insumos essenciais** que possibilitem intervenções críticas durante o trajeto. A ambulância designada para a remoção - especialmente em casos que envolvam pacientes instáveis ou em uso de dispositivos invasivos - deve estar **plenamente equipada**, com materiais revisados e funcionais, conforme descrito no quadro abaixo:

Categoria	Equipamentos mínimos obrigatórios	Finalidade
Monitoramento e suporte avançado	Monitor cardíaco com desfibrilador (DEA/monofásico ou bifásico)	Avaliação contínua de FC, ritmo e intervenções em PCR
Oxigenoterapia e ventilação	Cilindro de oxigênio portátil com manômetro + Ambu adulto e pediátrico	Garantia de suporte ventilatório em hipóxia, PCR ou rebaixamento

Kit de via aérea	Laringoscópio com lâminas, tubos endotraqueais, cânulas orofaríngeas, aspirador portátil	Abertura e manutenção de via aérea avançada
Medicamentos de emergência	Adrenalina, amiodarona, atropina, analgésicos, sedativos e solução fisiológica	Intervenção farmacológica rápida durante intercorrências
EPIs completos	Luvas estéreis, máscara N95, avental impermeável, óculos de proteção	Segurança da equipe e do paciente, conforme normas sanitárias

Todos os itens listados devem ser checados antes da saída da ambulância, com verificação funcional e conferência por, no mínimo, dois profissionais. É responsabilidade da equipe de transporte garantir que os equipamentos estejam acessíveis, higienizados, validados e prontos para uso emergencial.

Em caso de intercorrência grave durante o trajeto, a presença e o uso adequado desses recursos podem ser determinantes para a preservação da vida. Por isso, sua ausência, mau funcionamento ou desconhecimento técnico por parte da equipe será considerado falha grave no protocolo assistencial, devendo ser notificado e auditado conforme as diretrizes de segurança do paciente.

8. INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE

Mesmo com todos os cuidados prévios e a estabilização rigorosa, situações imprevisíveis podem ocorrer durante o transporte inter-hospitalar. Nestes momentos, a **resposta clínica precisa ser imediata, precisa e coordenada**, tendo como prioridade absoluta a preservação da vida e a integridade do paciente.

A **parada cardiorrespiratória (PCR)** é a emergência máxima nesse contexto. Caso ocorra durante o trajeto, a equipe deve interromper imediatamente o percurso, posicionar o veículo em local seguro e iniciar as manobras de reanimação conforme os protocolos vigentes da American Heart Association (ACLS), utilizando os recursos disponíveis na unidade móvel. O uso do desfibrilador externo automático (DEA), o acesso venoso para administração de drogas e a ventilação assistida devem ser

iniciados **sem atraso**, mantendo a comunicação ativa com a Central de Regulação e a unidade de origem.

Em situações de **deterioração clínica importante**, como queda abrupta da pressão arterial, rebaixamento do nível de consciência ou descompensação respiratória, a decisão clínica deve ser **rápida e estratégica**, considerando dois cenários possíveis:

- Se o destino estiver a **curta distância** e as **condições de suporte na ambulância forem suficientes** para manter a estabilidade mínima, a equipe poderá **prosseguir com o trajeto**, desde que em contato contínuo com a regulação e com a unidade receptora alertada para o acolhimento imediato.
- Se houver sinais de **instabilidade grave ou risco iminente de óbito**, a conduta prioritária será o **retorno imediato à UPA de origem**, onde há estrutura conhecida, suporte médico contínuo e retaguarda laboratorial e de imagens. A decisão de retorno deve ser registrada e justificada pela equipe responsável.

Cada segundo nessas situações conta - e a **preparação da equipe, o domínio técnico dos protocolos de emergência e a capacidade de decisão sob pressão** são os principais fatores que definem a sobrevida e a segurança do paciente transportado.

9. RESPONSABILIDADES

A condução de um transporte inter-hospitalar seguro, eficiente e alinhado às diretrizes do SUS depende da definição clara das atribuições de cada equipe envolvida no processo. A responsabilidade é compartilhada, mas as ações são complementares, exigindo comunicação fluida, padronização das condutas e corresponsabilidade pelos desfechos assistenciais.

O quadro a seguir sintetiza as principais funções atribuídas aos três pontos-chave da linha de cuidado:

Equipe	Atribuições
UPA	Estabilização clínica completa, organização da documentação, preparo técnico e físico do paciente para o transporte.
SAMU / Transporte	Realização do transporte com segurança, monitorização contínua, registro de eventos clínicos durante o trajeto e comunicação com os serviços de origem e destino.
Hospital Receptor	Acolhimento imediato e humanizado do paciente, continuidade do plano terapêutico, emissão de contrarreferência e eventual feedback para a equipe de origem.

A delimitação dessas funções fortalece a integração da Rede de Urgência e Emergência e previne falhas operacionais, sendo indispensável para a garantia da segurança do paciente e a efetividade do cuidado interinstitucional.

10. DOCUMENTAÇÃO

- **Prontuário eletrônico** (Laudo de transferência, exames, evolução);
- **Relatório SAMU** (Ocorrências no trajeto);
- **Checklist de segurança** (conferência pré-transporte).

11. GARANTIA DE QUALIDADE

Para assegurar a excelência na execução do transporte inter-hospitalar e a segurança integral do paciente em todas as etapas do processo, este protocolo incorpora mecanismos sistemáticos de **monitoramento, avaliação e aprimoramento contínuo da prática assistencial**, alinhados à cultura de qualidade preconizada pela Política Nacional de Segurança do Paciente.

As seguintes ações são consideradas **estratégicas e obrigatórias**:

- **Auditoria mensal dos processos de transferência:**
  Análise quantitativa e qualitativa de todos os casos de transporte realizados, com foco em indicadores de desempenho, tempo-resposta, intercorrências e conformidade com o checklist de estabilização. Os dados servirão de base para correções de fluxos, responsabilização técnica e aprimoramento da gestão clínica.
- **Reunião de devolutiva pós-transporte (debriefing):**
  Realizada de forma regular entre as equipes da UPA, do SAMU e das unidades receptoras, com o objetivo de promover **feedback técnico e ético** sobre cada transferência, identificar oportunidades de melhoria e fortalecer o trabalho colaborativo e a comunicação interinstitucional.
- **Capacitações trimestrais em suporte avançado e protocolos críticos:**
  Treinamentos obrigatórios para médicos, enfermeiros e técnicos, com ênfase em **abordagem de pacientes críticos, manuseio de dispositivos de transporte, checklist de segurança e simulações realísticas de eventos adversos**. A capacitação contínua será registrada e vinculada às metas de qualificação profissional da unidade.

Essas medidas visam garantir que o protocolo de transporte inter-hospitalar não seja apenas um conjunto de rotinas operacionais, mas um **instrumento vivo de segurança, aprendizagem institucional e excelência clínica**.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Diretrizes para suporte avançado de vida cardiovascular – AHA 2023*. Dallas: AHA, 2023.

ANVISA. *Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2021: institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021.

ANVISA. *Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002: regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. *Manual Técnico do SAMU 192: atendimento pré-hospitalar móvel de urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. *Manual Técnico: protocolo de transporte inter-hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. *Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de setembro de 2023: estabelece as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 170, p. 79, 6 set. 2023.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. *Protocolos de urgência e emergência da Rede de Atenção às Urgências (RUE)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Framework for safe patient transport*. Geneva: World Health Organization, 2020.

ANEXO 4 - PROTOCOLO DE ABORDAGEM DA DOR TORÁCICA, ABDOMINAL E TRAUMAS

1. OBJETIVO

Este protocolo tem por finalidade orientar a equipe multiprofissional da UPA de Neópolis quanto à abordagem clínica imediata de pacientes que se apresentam com dor torácica, dor abdominal ou vítimas de trauma, garantindo condutas seguras, padronizadas e baseadas em evidências, de forma a reduzir riscos, otimizar tempo de resposta e articular o atendimento com a rede de retaguarda hospitalar quando necessário.

A dor torácica e abdominal, bem como os traumas, representam queixas de alta prevalência e potencial gravidade em unidades de pronto atendimento. Assim, o atendimento deve priorizar a identificação precoce de sinais de alerta, a classificação de risco e o início rápido de intervenções terapêuticas eficazes, minimizando complicações e promovendo a integralidade do cuidado.

2. PRINCÍPIOS GERAIS DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

Todo paciente deve ser avaliado inicialmente conforme os seguintes eixos:

- **Classificação de risco:** conforme Protocolo de Manchester, priorizando pacientes com risco de vida iminente (vermelho ou laranja).
- **Abordagem sistematizada:** A, B, C, D, E (vias aéreas, respiração, circulação, disfunções neurológicas, exposição e controle ambiental).
- **Reavaliação contínua:** a cada nova queixa, instabilidade hemodinâmica ou intervenção realizada.
- **Registro completo:** anamnese, sinais vitais, tempo de evolução dos sintomas, exames solicitados e conduta executada.

3. DOR TORÁCICA

3.1. Avaliação Inicial

- Início, duração e características da dor (em queimação, opressiva, pontada).
- Irradiação (para braço esquerdo, mandíbula, dorso).

- Fatores de melhora/piora (exercício, repouso, respiração).
- História de cardiopatia, hipertensão, diabetes, tabagismo.
- Sinais de alarme: dispneia, sudorese, hipotensão, síncope.

3.2. Diagnósticos diferenciais possíveis

- Síndrome coronariana aguda (infarto com/sem supra).
- Tromboembolismo pulmonar.
- Dissecção de aorta.
- Pneumotórax.
- Pericardite.
- Refluxo gastroesofágico, ansiedade, dor musculoesquelética.

3.3. Condutas imediatas

- ECG em até 10 minutos (repetir se necessário).
- Oximetria, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória.
- Acesso venoso periférico calibroso.
- Monitor cardíaco contínuo.

3.4. Medicação inicial (síndrome coronariana aguda)

- Ácido acetilsalicílico 160-300 mg VO, mastigado.
- Nitrato sublingual, se pressão arterial permitir.
- Clopidogrel 300 mg VO (em casos indicados).
- Heparina SC ou EV conforme protocolo.
- Oxigênio se SatO2 < 94%.

4. DOR ABDOMINAL AGUDA

4.1. Avaliação Inicial

- Localização da dor (hipocôndrio, fossa ilíaca, epigástrio).
- Tempo de evolução e progressão dos sintomas.
- Presença de febre, vômitos, distensão, diarreia ou constipação.
- História de cirurgia prévia, uso de AINEs, gravidez.

4.2. Diagnósticos diferenciais possíveis

- Apendicite, colecistite, pancreatite, perfuração de víscera oca.
- Isquemia mesentérica.

- Gravidez ectópica, cisto ovariano torcido.
- Infecção urinária, pielonefrite, cólica renal.
- Gastroenterite, causas funcionais.

4.3. Condutas iniciais

- Exame físico completo e palpação cuidadosa do abdome.
- Sinais vitais e rebaixamento de consciência.
- Exames laboratoriais (hemograma, função renal, amilase/lipase).
- Teste de gravidez para mulheres em idade fértil.
- Raio-X de abdome em pé/deitado e/ou ultrassonografia.
- Reposição volêmica com SF 0,9% e analgesia.
- Antibioticoterapia precoce se infecção suspeita.

5. ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE TRAUMATIZADO

5.1. Avaliação primária (ABCDE do trauma)

- **A (Airway):** Garantir via aérea pérvia e proteção cervical.
- **B (Breathing):** Avaliar expansibilidade, murmúrio vesicular, SatO2.
- **C (Circulation):** Controle de hemorragias, pulso, perfusão periférica.
- **D (Disability):** Avaliação neurológica (escala de coma de Glasgow).
- **E (Exposure):** Exposição completa do paciente, prevenção de hipotermia.

5.2. Situações críticas que exigem ação imediata

- Obstrução de vias aéreas, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, choque hipovolêmico, trauma cranioencefálico grave, fraturas expostas.

5.3. Condutas essenciais

- Colar cervical, prancha rígida se trauma de coluna suspeito.
- Oxigenoterapia, monitorização e dois acessos venosos periféricos.
- Reposição volêmica: SF 0,9% aquecido, sangue se necessário.
- Imagens: RX de tórax/pelve, FAST (USG de emergência) ou TC, se disponível.
- Classificação de gravidade e encaminhamento a hospital de referência com suporte cirúrgico, se necessário.

6. CRITÉRIOS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR

Encaminhar para unidade hospitalar de maior complexidade em caso de:

- Instabilidade hemodinâmica persistente.
- Suspeita de infarto do miocárdio ou dissecção de aorta.
- Abdome agudo cirúrgico.
- Trauma com necessidade de cirurgia ou suporte intensivo.
- Alteração significativa no nível de consciência ou Glasgow ≤ 12.

7. NOTIFICAÇÃO E REGISTRO OBRIGATÓRIO

- Notificar imediatamente casos de violência (doméstica, interpessoal, sexual).
- Registrar minuciosamente sinais, sintomas, exames e intervenções no prontuário.
- Informar e orientar familiares sobre condutas e encaminhamentos.

8. CAPACITAÇÃO E REVISÃO PERIÓDICA

- Atualização trimestral da equipe sobre protocolos clínicos.
- Simulações de atendimento para casos críticos.
- Revisão anual do protocolo conforme atualizações do Ministério da Saúde e evidências científicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2013. 84 p.

ANEXO 5 - PROTOCOLO DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

3 - Protocolo de Acidentes com animais peçonhentos

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes clínicas e operacionais para o atendimento padronizado, eficiente e seguro de pacientes vítimas de acidentes por animais peçonhentos (serpentes, escorpiões, aranhas, entre outros), na UPA 24h do município de Neópolis/SE, conforme os protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

2. DEFINIÇÕES

Animais peçonhentos são aqueles que possuem glândulas produtoras de veneno e mecanismo de inoculação (presas, ferrões, quelíceras). Os principais em território brasileiro incluem:

- **Serpentes:** Bothrops (jararaca), Crotalus (cascavel), Lachesis (surucucu), Micrurus (coral verdadeira)
- **Escorpiões:** *Tityus serrulatus*, *Tityus stigmurus*
- **Aranhas:** *Loxosceles* (aranha-marrom), *Phoneutria* (armadeira), *Latrodectus* (viúva-negra)
- **Outros:** lacraias, abelhas, marimbondos, etc. (geralmente de manejo sintomático)

3. FLUXO DE ATENDIMENTO

3.1. Acolhimento e Classificação de Risco (Protocolo de Manchester adaptado)

- **Vermelho:** risco iminente de morte – sinais de choque, parada respiratória, convulsões
- **Laranja:** sinais sistêmicos graves – neurotoxicidade, sangramentos ativos, rebaixamento de consciência
- **Amarelo:** manifestações moderadas – edema progressivo, dor intensa, náuseas, sudorese

- **Verde:** manifestações locais leves – dor leve, edema localizado, sem sinais sistêmicos
- **Azul:** situações sem gravidade e demanda de orientação (acidentes com animais não peçonhentos ou secos)

4. CONDUTA CLÍNICA

4.1. Avaliação Inicial

- Anamnese detalhada: horário do acidente, tipo e local da picada, características do animal, evolução dos sintomas.
- Exame físico completo: avaliar sinais locais (dor, edema, necrose, equimose), sinais sistêmicos (neuro, hemorragias, choque).

4.2. Conduta Específica por Tipo de Animal

4.2.1. Acidente Botrópico (jararaca)

- **Leve:** dor, edema leve e restrito
  Sintomáticos, hidratação, analgesia, observação.
- **Moderado:** edema extenso, equimose, leve sangramento
  Soro antibotrópico: 4 ampolas IV diluídas, EV lenta.
- **Grave:** sangramento sistêmico, hipotensão, necrose
  Soro antibotrópico: 12 ampolas IV + suporte intensivo.

4.2.2. Acidente Crotálico (cascavel)

- Neurotoxicidade (ptose palpebral, paralisia), mialgia, urina escura
  Soro anticrotálico: 5 a 10 ampolas IV.

4.2.3. Acidente Laquético (surucucu)

- Dor intensa, hipotensão, hemorragias
  Soro antilaquético: 10 a 20 ampolas IV.

4.2.4. Acidente Elapídico (coral verdadeira)

- Paralisia respiratória rápida

  Soro antielapídico: 10 a 20 ampolas IV imediatamente.

4.2.5. Escorpionismo

- **Leve (maioria dos adultos):** dor local

  Analgesia, hidratação, observação.
- **Grave (pacientess, idosos):** vômitos, sudorese, salivação, agitação, arritmias

  Soro antiescorpiônico: 2 a 4 ampolas IV, monitorização intensiva.

4.2.6. Araneísmo

- **Loxoscelismo (aranha-marrom):** necrose local, hemólise

  Soro antiloxoscélico: 1 a 2 ampolas IV + suporte.
- **Phoneutrismo (armadeira):** dor intensa, hipertensão, arritmias

  Soro antiaracnídico: 2 a 4 ampolas IV.
- **Latrodectismo (viúva-negra):** dor muscular generalizada, hipertensão

  Soro antiaracnídico: 2 a 4 ampolas IV.

5. CUIDADOS GERAIS

- **NÃO realizar:** torniquete, cortes, sucção, aplicação de substâncias caseiras.
- **SIM realizar:** lavar com água e sabão, manter membro em posição funcional, monitorar sinais vitais.

6. SUPORTE E MONITORAMENTO

- Monitoramento hemodinâmico contínuo em casos moderados/graves.
- Acesso venoso, oxigênio suplementar se necessário.
- Controle de diurese, eletrólitos, função renal/hepática.
- Encaminhamento a unidade de referência, se necessário.

7. MEDICAMENTOS DE SUPORTE

Os medicamentos de suporte devem ser utilizados de forma individualizada, conforme a avaliação clínica do paciente, com o objetivo de controlar sintomas agudos, prevenir complicações e melhorar a resposta ao soro antiveneno, quando indicado.

7.1. **Analgésicos e Antipiréticos**

- **Dipirona sódica (IV ou IM, 500 mg a 1 g, a cada 6 horas)**
  Indicação: dor leve a moderada, febre associada.
  Observação: contraindicado em casos de alergia à pirazolona.
- **Tramadol (IV ou IM, 50–100 mg, a cada 6–8 horas)**
  Indicação: dor moderada a intensa, especialmente em acidentes botrópicos e laquéticos.
  Precaução: uso cauteloso em idosos e pacientes com distúrbios neurológicos.
- **Morfina (IV, 2–4 mg, com titulação lenta conforme resposta clínica)**
  Indicação: dor intensa refratária; deve ser usada com monitorização cardiorrespiratória.
  Observação: associar com antieméticos e suporte ventilatório, se necessário.

7.2. Antialérgicos e Corticosteroides

- **Anti-histamínicos (Dexclorfeniramina 5 mg IM ou IV)**
  Indicação: reações alérgicas leves a moderadas associadas ao envenenamento ou uso do soro.
- **Hidrocortisona (100 mg IV) ou Dexametasona (4–8 mg IV)**
  Indicação: reações alérgicas graves (anafilaxia) ou prevenção em pacientes com histórico alérgico.
  Observação: não substituem a adrenalina em casos de anafilaxia.

7.3. Sedativos e Anticonvulsivantes

- **Diazepam (IV, 5–10 mg)**

Indicação: agitação psicomotora, crises convulsivas, especialmente em envenenamentos neurotóxicos (ex.: corais).

- **Midazolam (IV, 1–5 mg ou intranasal, conforme protocolo de sedação rápida)**
  Indicação: alternativa ao diazepam em agitação ou crises convulsivas.
  Observação: maior segurança em ambientes de emergência com monitorização.

7.4. Antibióticos (somente quando houver indicação clara de infecção secundária)

- Indicação: presença de **celulite, abscessos, linfangite, febre persistente, secreção purulenta**, ou **necrose extensa**, principalmente em acidentes com serpentes do gênero *Bothrops* (jararaca).
- **Recomendações comuns:**
  - **Amoxicilina + Clavulanato (875 + 125 mg, VO, 12/12h)**
  - **Clindamicina (300 mg VO ou IV, 8/8h),** alternativa em pacientes alérgicos à penicilina
  - **Ceftriaxona (1–2 g IV, 12/12h)** em casos graves ou com sinais sistêmicos

7.5. Outros Suportes

- **Adrenalina (1:1000, 0,3–0,5 mL IM)**: em casos de anafilaxia após aplicação do soro antiveneno.
- **Solução salina isotônica IV (SF 0,9%)**: para expansão volêmica em casos de hipotensão ou hipoperfusão periférica.
- **Oxigenoterapia**: quando saturação < 94% ou sinais de insuficiência respiratória.

8. NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

A notificação e o registro adequados dos casos de acidentes por animais peçonhentos são etapas essenciais tanto para a vigilância epidemiológica quanto para a segurança do paciente e o monitoramento da qualidade da assistência prestada.

8.1. Notificação Compulsória

- **Todos os casos suspeitos ou confirmados de acidentes por animais peçonhentos devem ser notificados de forma compulsória ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),** conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.
- A ficha de notificação deve ser preenchida integralmente, preferencialmente até **24 horas após o atendimento inicial**, com posterior digitação no sistema pelas equipes de Vigilância em Saúde.
- Os acidentes devem ser classificados conforme o animal envolvido (ex.: serpente, escorpião, aranha, lagartas, entre outros) e a gravidade clínica (leve, moderado ou grave), de acordo com os critérios definidos pelo Ministério da Saúde.
- Em caso de óbito ou evolução grave (ex.: insuficiência renal aguda, choque, óbito fetal), o caso deve ser comunicado **imediatamente** à Vigilância Epidemiológica estadual.

8.2. Registro Clínico no Prontuário

O registro clínico deve ser detalhado, legível e cronológico, contemplando os seguintes elementos mínimos:

- **Identificação completa do paciente:** nome, idade, sexo, procedência.
- **Data e hora do atendimento**, incluindo tempo decorrido entre o acidente e o início do atendimento médico.
- **Descrição do acidente:** tipo de animal, local da picada/contato, circunstâncias (trabalho, lazer, rural, urbano), presença ou não do animal para identificação.

- **Sinais e sintomas apresentados**, com registro evolutivo nas primeiras horas e após uso do soro, se indicado.
- **Conduta terapêutica adotada:** medicamentos utilizados, via e dose.
- **Soro antiveneno administrado:** nome comercial, número do lote, data de validade, quantidade administrada, data e hora da infusão.
- **Efeitos adversos ao soro (se houver):** tipo de reação, medicamentos utilizados para controle, evolução clínica.
- **Encaminhamentos e recomendações ao paciente:** internação, alta, retorno, referência hospitalar.

8.3. Encaminhamento da Documentação

- Cópias da ficha de notificação e dos registros clínicos devem ser arquivadas conforme as normas internas da unidade e entregues à equipe de Vigilância em Saúde do município para consolidação e acompanhamento epidemiológico.
- Os dados devem ser repassados para os sistemas oficiais (e-SUS Notifica ou SINAN Net, conforme estrutura local).

9. ESTOQUE DE SORO, ENCAMINHAMENTO, MONITORAMENTO E REFERÊNCIA

O atendimento ao paciente vítima de acidente por animal peçonhento deve ser contínuo e protocolado, garantindo avaliação clínica sistemática, administração segura da soroterapia, vigilância de efeitos adversos e definição adequada do nível de cuidado. O encaminhamento a unidades de maior complexidade deve ocorrer conforme a gravidade clínica, sempre com **comunicação prévia e documentação completa.**

9.1. Monitoramento Clínico na UPA (Observação Prolongada)

Pacientes que permanecerem sob observação devem ser reavaliados periodicamente, com foco em:

- Evolução dos sinais e sintomas locais e sistêmicos;
- Avaliação da resposta ao soro antiveneno;
- Monitoramento contínuo de sinais vitais (PA, FC, FR, SpO_2, temperatura) a cada 30–60 minutos nas primeiras horas;
- Avaliação laboratorial, quando disponível: hemograma, coagulograma, creatinina, ureia, CPK, eletrólitos.

Recomenda-se observação mínima de 6 a 12 horas para casos moderados, principalmente quando houver risco de complicações renais, respiratórias ou neurológicas.

9.2. Critérios para Encaminhamento Hospitalar (Referência Secundária ou Terciária)

Encaminhar o paciente com prioridade regulada (via CNRAC ou sistema estadual/local) nas seguintes situações:

- Acidentes classificados como **graves**: insuficiência respiratória, sangramentos sistêmicos, neurotoxicidade, choque, necrose extensa;
- Reações **anafiláticas refratárias** ao soro antiveneno;
- **Não resposta clínica** após a dose inicial de soro, conforme protocolo específico;
- Complicações como **rabdomiólise**, insuficiência renal aguda, coagulopatia descompensada;
- Populações de maior risco: **pacientess < 5 anos**, **idosos > 60 anos**, **gestantes** com sinais sistêmicos.

Encaminhamento deve ser precedido de estabilização clínica, transporte seguro (ambulância básica ou avançada conforme necessidade) e comunicação direta com a unidade de referência. Acompanhar com documentação completa: ficha clínica,

prontuário, ficha SINAN e comprovante do(s) soro(s) administrado(s), incluindo número do lote e validade.

9.3. Acompanhamento Ambulatorial

Em casos leves ou em alta hospitalar após estabilização, devem ser fornecidos:

- **Orientações por escrito** sobre sinais de alerta para retorno imediato;
- Prescrição de sintomáticos e cuidados com o local da picada;
- Agendamento de reavaliação clínica em 48–72 horas em Unidade Básica de Saúde;
- Encaminhamento para assistência especializada, se houver sequelas locais ou necessidade de reabilitação (fisioterapia, cirurgia plástica, nefrologia, etc.).

9.4. Estoque de Soro Antiveneno e Rede de Apoio

- A UPA Neópolis deve **manter estoque mínimo estratégico de soros antivenenos**, conforme pactuação com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-SE) e protocolos de abastecimento via LACEN/CEADI.
- O dimensionamento do estoque deve considerar:
  - Perfil epidemiológico local;
  - Frequência histórica de atendimentos por tipo de animal;
  - Tempo estimado para reabastecimento (logística estadual).
- Os soros devem ser armazenados **em temperatura controlada (2ºC a 8ºC)**, com monitoramento diário e registros de temperatura.
- A validade e número de lote dos soros devem ser **rigorosamente conferidos** antes da administração, com descarte imediato de frascos vencidos.
- A **unidade hospitalar de referência primária para casos graves** é o **Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)**, em Aracaju.

ANEXO 6 - PROTOCOLO DE SÍNDROMES CORONARIANAS E VASCULARES AGUDAS

PARTE 1 – Apresentação, Objetivos e Fundamentação

1.1 APRESENTAÇÃO

As síndromes coronarianas agudas (SCA) e as síndromes vasculares periféricas e centrais representam condições de urgência e emergência médica de alta complexidade, que exigem diagnóstico precoce, intervenção rápida e manejo baseado em evidências. Este protocolo clínico é uma adaptação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Síndromes Coronarianas Agudas, aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), sendo contextualizado à realidade da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) de Neópolis, no estado de Sergipe.

A padronização do atendimento contribui para a melhoria dos desfechos clínicos, redução da mortalidade intra-hospitalar e pós-alta, qualificação da assistência, uso racional de recursos terapêuticos e alinhamento às políticas públicas de saúde e às diretrizes nacionais de atenção às urgências cardiovasculares.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Implementar um protocolo clínico assistencial estruturado para o manejo das síndromes coronarianas e vasculares agudas na UPA de Neópolis, baseado nas melhores evidências clínicas e nas diretrizes do Ministério da Saúde, visando a redução da mortalidade cardiovascular e a qualificação da atenção integral e em rede.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Realizar triagem clínica e eletrocardiográfica precoce em pacientes com suspeita de SCA;

- Garantir o acesso oportuno a terapias medicamentosas e procedimentos recomendados;
- Definir fluxos de encaminhamento para unidades de maior complexidade, com base em critérios clínicos e hemodinâmicos;
- Promover educação continuada para as equipes de saúde da UPA;
- Registrar e monitorar indicadores de desempenho e qualidade assistencial;
- Integrar a unidade às diretrizes da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no SUS.

1.3 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA

Este protocolo se fundamenta nas seguintes normativas, diretrizes e evidências:

- Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde: estabelece a responsabilidade do SUS na organização das ações de urgência e emergência, garantindo acesso universal, equânime e integral.
- Portaria SAS/MS nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011: institui a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no SUS.
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Síndromes Coronarianas Agudas (CONITEC, 2023): define condutas terapêuticas baseadas em evidências, com atualizações periódicas.
- RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (última edição vigente): normatiza os medicamentos disponíveis no SUS para o tratamento das SCA.
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC): reconhecidas pelo Ministério da Saúde como fontes técnicas complementares na assistência cardiovascular.
- Portaria GM/MS nº 1.600/2011: define as diretrizes para a implantação das Redes de Atenção às Urgências, das quais a UPA faz parte.
- Resolução CFM nº 2.217/2018: trata da responsabilidade ética do médico no cumprimento de protocolos clínicos instituídos pelas unidades de saúde.

Este documento ainda se alinha ao princípio da regionalização da atenção à saúde, conforme preconizado na Portaria GM/MS nº 1.559/2008, e se articula com os serviços de regulação, transporte sanitário e retaguarda hospitalar do estado de Sergipe.

PARTE 2 – Diagnóstico, Classificação e Fluxo Clínico Inicial

2.1 DEFINIÇÃO CLÍNICA DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS

As síndromes coronarianas agudas (SCA) englobam um espectro de apresentações clínicas da doença aterosclerótica coronariana, incluindo:

- Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAM com supradesnivelamento de segmento ST – STEMI);
- Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST (IAM sem supradesnivelamento de ST – NSTEMI);
- Angina Instável.

Essas condições compartilham fisiopatologia semelhante – ruptura ou erosão de uma placa aterosclerótica com trombose subjacente – mas diferem quanto à extensão da obstrução e gravidade do comprometimento miocárdico.

2.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

2.2.1 Avaliação Inicial

Todo paciente com **dor torácica ou desconforto torácico atípico** deve ser considerado de risco cardiovascular até que se prove o contrário.

Sinais de alarme na triagem:

- Dor torácica com duração >20 minutos, opressiva, retroesternal, podendo irradiar para braço esquerdo, mandíbula ou dorso;
- Sudorese fria;

- Náuseas e/ou vômitos;
- Dispneia (em especial em idosos e diabéticos);
- Palidez, tontura ou síncope;
- Presença de fatores de risco (HAS, DM, dislipidemia, tabagismo, história familiar de DAC precoce).

2.2.2 Exames Complementares Imediatos

- Eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos da chegada à unidade, preferencialmente na triagem ou leito.
- Dosagem de Troponina I ou T ultrassensível na chegada (T0) e repetição em 3 a 6 horas, se necessário.
- Saturação de O_2, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e glicemia capilar.

2.3 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DAS SÍNDROMES CORONARIANAS

2.3.1 IAM com Supra de ST (STEMI)

Critérios eletrocardiográficos:

- Elevação persistente do segmento ST ≥1 mm em duas derivações contíguas;
- Bloqueio de ramo novo de padrão esquerdo (BRE);
- Presença de supra desnivelamento em V2–V3 ≥2 mm (homens) ou ≥1.5 mm (mulheres);
- Inversão de onda T profunda e simétrica também pode ser sugestiva.

Critérios laboratoriais:

- Troponina elevada (>99º percentil do valor de referência do laboratório) com curva ascendente ou descendente.

2.3.2 IAM sem Supra de ST (NSTEMI)

- Ausência de supra desnivelamento do segmento ST;
- Troponina positiva com evolução (curva);
- Presença de alterações isquêmicas no ECG: infra de ST, inversão de T, ritmo idioventricular;
- Sintomas compatíveis com SCA.

2.3.3 Angina Instável

- Sintomas clínicos semelhantes aos do IAM, porém com troponina normal e ECG sem alterações significativas;
- Pode incluir dor em repouso, dor nova classe III da CCS, ou piora recente de angina previamente estável.

2.4 FLUXOGRAMA CLÍNICO DE MANEJO INICIAL

ETAPA	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Paciente com dor torácica	Realizar ECG em até 10 minutos	ECG precoce é fundamental para estratificação
ECG com supradesnivelamento de ST?	**SIM → Diagnóstico de STEMI**	Confirmar critérios clássicos no ECG (≥1 mm em derivações contíguas)
	Acionar código IAM-STEMI	Mobilizar equipe e iniciar atendimento prioritário
	Iniciar AAS 300 mg + Clopidogrel 300–600 mg ou Ticagrelor 180 mg VO	Associar anticoagulação e analgesia
	Avaliar tempo porta-balão (acesso à hemodinâmica)?	<120 min: Transferência imediata para ICP
	Se ICP **não disponível** em até 120 min	Administrar trombolítico (Tenecteplase ou Alteplase)

	Após trombólise ou estabilização	Referenciar para hospital com UCO/UTI cardiológica
ECG sem supra de ST?	**Sim → Seguir protocolo para dor torácica sem supra**	Manter monitorização e analgesia
	Dosar troponina (T0)	Ideal repetir em 3–6 horas se necessário
	Avaliar risco (Escore GRACE, clínica)	Estratificar gravidade e priorizar encaminhamento
	Troponina elevada?	Diagnóstico de NSTEMI → Iniciar antiplaquetários + anticoagulação
	Troponina negativa, sintomas persistem?	Angina instável → Observação clínica e nova troponina
ECG e troponina normais, dor atípica?	Avaliar diagnósticos diferenciais	Gastrite, ansiedade, dissecção de aorta, embolia pulmonar etc.
	Alta com orientação e reavaliação ambulatorial	Prescrever AAS e estatina se indicado; retorno precoce

2.5 AVALIAÇÃO DE RISCO (opcional, conforme disponibilidade)

Escore GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*) – se possível, utilizar para classificar pacientes NSTEMI em:

- Baixo risco (score < 108);
- Moderado risco (109–140);
- Alto risco (>140).

Essa estratificação auxilia na priorização de transferência para centro especializado.

2.6 DIFERENCIAIS CLÍNICOS IMPORTANTES

- Embolia pulmonar: dispneia súbita, dor pleurítica, hipoxemia, taquicardia sem alteração eletrocardiográfica típica de IAM.
- Dissecção de aorta: dor torácica lancinante, irradiação para dorso, assimetria de pulsos.
- Pneumotórax hipertensivo: ausência de murmúrio vesicular, desvio de traqueia.
- Pericardite aguda: dor que melhora ao sentar, ECG com supra de ST difuso.

PARTE 3 – Tratamento Farmacológico Inicial

3.1 PRINCÍPIOS GERAIS

- O tratamento medicamentoso deve ser iniciado precocemente, idealmente ainda na triagem, conforme critérios clínicos e eletrocardiográficos.
- O objetivo é promover reperfusão precoce, evitar progressão da lesão miocárdica, estabilizar a placa aterosclerótica, reduzir o consumo de oxigênio miocárdico e prevenir complicações.
- Todos os medicamentos descritos são disponíveis na RENAME e devem ser registrados no prontuário eletrônico/papel com horário, lote, dose e via de administração.

3.2 CONDUTA MEDICAMENTOSA EM STEMI

Medicamento	Dose Inicial	Observações
Ácido Acetilsalicílico (AAS)	300 mg VO (mastigado)	Manutenção: 100 mg/dia
Clopidogrel	300 a 600 mg VO	75 mg/dia após 24h
Ticagrelor*	180 mg VO	Manutenção: 90 mg 2x/dia (preferência se disponível e sem contraindicação)

*Ticagrelor pode ser preferido ao clopidogrel em pacientes com STEMI sem alto risco de sangramento, segundo diretrizes da SBC.

3.2.2 Anticoagulação

Medicamento	Dose	Observações
Enoxaparina	1 mg/kg SC 12/12h	Ajustar dose em DRC (ClCr <30) para 1 mg/kg SC 24/24h
Heparina não fracionada	60 UI/kg IV (máx. 4000 UI) + 12 UI/kg/h EV contínuo	Usar em pacientes com ICP ou em casos de trombólise

3.2.3 Trombolíticos (se ICP não disponível em até 120 minutos)

Medicamento	Dose	Contraindicações
Tenecteplase (TNK)	Dose única IV em bolus, de acordo com peso	AVC prévio, sangramento ativo, PA >180/110
Alteplase (rtPA)	15 mg bolus IV + 0,75 mg/kg em 30 min + 0,5 mg/kg em 60 min (máx. 100 mg)	Idem acima

Importante: Após trombólise, manter anticoagulação por pelo menos 48h com enoxaparina/heparina.

3.2.4 Nitratos

Medicamento	Dose	Uso
Isossorbida SL	5 mg sublingual, repetir 5/5 min (até 3 doses)	Dor persistente
Isossorbida IV	Iniciar com 5 mcg/min IV, titular conforme resposta	Monitorar PA

Contraindicação: uso prévio de inibidores da PDE5 (sildenafil, tadalafil) nas últimas 24–48 horas.

3.2.5 Betabloqueadores

Medicamento	Dose	Contraindicações
Metoprolol EV	2,5–5 mg EV a cada 5 min (máx. 15 mg)	Bradicardia, BAV, IC descompensada, broncoespasmo

Metoprolol VO	25–50 mg VO 2x/dia	Manutenção oral após estabilidade

3.2.6 Estatinas (Alta potência)

Medicamento	Dose	Observações
Atorvastatina	40–80 mg VO à noite	Iniciar logo após diagnóstico
Rosuvastatina	20–40 mg VO à noite	Alternativa eficaz e segura

3.3 CONDUTA EM NSTEMI

Segue princípios semelhantes ao STEMI, **sem trombólise**.

1. **AAS + Clopidogrel/Ticagrelor**: ver tabela anterior.
2. **Anticoagulação** com enoxaparina.
3. **Betabloqueadores** e **estatinas** obrigatórios, salvo contraindicação.
4. **IECA ou BRA**: iniciar em até 24h, preferencialmente na estabilização clínica.

Medicamento	Dose inicial	Observações
Enalapril	2,5 mg 12/12h	Aumentar conforme tolerância
Losartana	25–50 mg 12/12h	Alternativa nos intolerantes a IECA

3.4 CONDUTA EM ANGINA INSTÁVEL

- Medidas similares ao NSTEMI, exceto que:
  - **Troponina é normal**;
  - ECG pode estar normal ou com alterações inespecíficas;
  - Observação e reavaliação são fundamentais;
- Repetir troponina em 3 a 6 horas;
- Monitorar sintomas e risco;
- Alta com orientação + AAS + estatina + consulta em 5–7 dias, se estabilidade for confirmada.

3.5 SUPORTE CLÍNICO E DOR

- **Morfina**: 2 a 4 mg IV, se dor intensa e refratária;
- **Tramadol**: 50–100 mg IV, alternativa em idosos ou risco de depressão respiratória;
- **Oxigênio**: somente se $SatO_2$ <90%;
- **Controle pressórico rigoroso**: uso de captopril ou hidralazina se PA >160/100 e sintomas de IC;
- **Diurético (furosemida 20–40 mg IV)**: se congestão pulmonar evidente.

3.6 CUIDADOS COM CONTRAINDICAÇÕES E INTERAÇÕES

- Verificar **função renal** (creatinina/clearance) antes de anticoagular;
- Avaliar **risco de sangramento** (histórico de sangramento GI, AVCh, púrpura, HAS severa não controlada);
- Suspender **AINEs** e anti-inflamatórios não seletivos;
- Evitar associação de AAS + clopidogrel com anticoagulantes orais (rivaroxabana, varfarina), salvo sob orientação especializada.

PARTE 4 – Encaminhamento e Regulação para a Rede de Atenção Especializada

4.1 PRINCÍPIOS GERAIS

O encaminhamento de pacientes com Síndromes Coronarianas e Vasculares Agudas deve ocorrer de forma **prioritária, segura, célere e articulada** com a Rede de Atenção às Urgências (RAU) e com os pontos de atenção de média e alta complexidade (hospitais com unidade coronariana, hemodinâmica ou UTI).

O objetivo é **garantir acesso oportuno** à intervenção necessária (ICP primária, cirurgia cardíaca, suporte intensivo, avaliação cardiológica avançada), de acordo com a classificação clínica, gravidade e recursos locais disponíveis.

4.2 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

4.2.1 Pacientes com STEMI

Encaminhamento **urgente e prioritário** para unidade com capacidade de:

- Realizar intervenção coronariana percutânea (ICP) primária;
- Oferecer unidade coronariana (UCO) ou UTI com suporte cardiovascular avançado.

Idealmente em até 120 minutos do primeiro contato médico.

Critérios para trombólise local seguida de transferência:

- Tempo porta-balão estimado >120 minutos;
- Ausência de contraindicações à trombólise;
- Estabilização inicial com antiplaquetários, anticoagulação e suporte clínico.

4.2.2 Pacientes com NSTEMI de alto risco

Encaminhar em até **24 horas**, preferencialmente para hospital com:

- Hemodinâmica e equipe cardiológica;
- Suporte intensivo monitorado.

Critérios de alto risco:

- Troponina elevada com evolução significativa;
- Escore GRACE >140;
- Arritmias ventriculares, hipotensão ou instabilidade hemodinâmica;
- Insuficiência cardíaca aguda;
- Refratariedade à terapêutica inicial.

4.2.3 Pacientes com NSTEMI de risco intermediário

Encaminhamento programado em até **72 horas**, conforme:

- Persistência ou recorrência de dor torácica;
- Alterações eletrocardiográficas dinâmicas;
- Idade avançada, comorbidades e avaliação clínica.

4.2.4 Pacientes com angina instável e troponina negativa

Permanecem sob observação clínica e monitoramento por 12 a 24 horas. A transferência é indicada se houver:

- Recaída sintomática;
- Alterações de ECG em evolução;
- Conversão para NSTEMI.

4.3 MECANISMOS DE REGULAÇÃO

A UPA de Neópolis deve acionar, de forma estruturada, os seguintes mecanismos de regulação:

Etapa	Ação	Responsável
Registro do caso	Classificação clínica + ECG + exames	Equipe médica
Acionamento do sistema de regulação estadual (CIRAS/SERREG)	Via telefone e/ou sistema informatizado	Médico regulador da UPA
Comunicação com o SAMU	Avaliar disponibilidade de ambulância com suporte básico ou avançado (UTI móvel)	Coordenação da UPA
Registro no SISREG (ou plataforma estadual)	Inclusão formal do caso	Técnico administrativo ou equipe médica

A **comunicação deve ser precisa, rápida e com documentação adequada**, incluindo: dados do paciente, diagnóstico presumido, tratamentos já realizados, tempo de evolução, ECG, sinais vitais e exames laboratoriais.

4.4 TRANSPORTE SANITÁRIO

Tipos de transporte:

- **UTI móvel (com suporte avançado):** STEMI, instabilidade hemodinâmica, arritmias graves, pós-trombólise;
- **Ambulância de suporte básico**: NSTEMI estável, pacientes sob observação;
- **Transporte agendado/ambulatorial**: casos de angina estável ou pós-alta com agendamento.

O transporte deve seguir as **normas da Portaria GM/MS nº 2048/2002**, com tripulação qualificada, equipamentos adequados e tempo de deslocamento registrado.

4.5 RETAGUARDA HOSPITALAR E INTEGRALIDADE

O protocolo deve manter articulação com hospitais de referência regionais, como:

- **Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)** – Aracaju;
- **Hospital Regional de Estância** – (se referência cardiológica ativa);
- **Hospital Universitário da UFS** (via regulação).

Caso a regulação estadual indique outro destino, a prioridade é sempre o **tempo-resposta e a condição clínica do paciente**.

4.6 DOCUMENTAÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO

- Todos os dados clínicos, exames e medicações devem ser incluídos no **formulário de transferência do paciente**;
- O profissional responsável pela transferência deve entregar cópia do prontuário e laudo de ECG ao condutor do transporte;
- A equipe da UPA deve realizar **contato ativo** com a unidade de destino para **relato clínico prévio**;

- Manter o número do prontuário da UPA vinculado ao SISREG para fins de auditoria e continuidade assistencial.

PARTE 5 – Monitoramento, Indicadores e Educação Permanente

5.1 PRINCÍPIOS ESTRATÉGICOS

O monitoramento do protocolo clínico de Síndromes Coronarianas e Vasculares tem como principais objetivos:

- Avaliar a **efetividade da assistência prestada;**
- Identificar **pontos críticos no processo de cuidado;**
- Implantar uma **cultura de segurança e qualidade clínica;**
- Promover **educação continuada** e correção de falhas estruturais e procedimentais;
- Atender aos critérios de **avaliação de desempenho do Ministério da Saúde** (RAU, QualiSUS e PNASS).

5.2 INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

A UPA de Neópolis deverá instituir, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde e coordenação da unidade, os seguintes **indicadores prioritários:**

Indicador	Definição	Meta
Tempo porta-ECG	Tempo entre a chegada do paciente com dor torácica e realização do ECG	≤10 minutos
Tempo porta-agulha	Tempo entre a chegada e administração do trombolítico	≤30 minutos
Tempo porta-balão	Tempo entre chegada e ICP primária (quando disponível)	≤120 minutos
Taxa de uso de AAS na chegada	% de pacientes com SCA que receberam AAS até 1h	≥95%

Taxa de mortalidade intra-UPA por SCA	Número de óbitos por SCA dividido por total de casos atendidos	<5%
Taxa de retransferência não programada	Casos retornados por falha na estabilização ou erro de encaminhamento	<10%

Estes indicadores devem ser monitorados mensalmente e apresentados em **reuniões técnicas internas,** com relatórios trimestrais enviados à gestão municipal e, quando necessário, ao CIEVS regional.

5.3 ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO CONTÍNUA

5.3.1 Auditoria Clínica Interna

- Avaliação amostral de prontuários de pacientes com SCA;
- Verificação da aderência às condutas preconizadas;
- Checagem da administração de medicamentos críticos (AAS, estatina, clopidogrel, anticoagulantes);
- Comparação com indicadores definidos.

5.3.2 Revisão de Casos Críticos

- Reuniões mensais com equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, regulação);
- Discussão de casos com desfechos adversos ou complicações;
- Identificação de falhas evitáveis e proposta de melhoria.

5.3.3 Comunicação com a Rede

- Envolvimento da equipe da UPA nas devolutivas clínicas dos hospitais de referência;
- Feedback clínico sobre pacientes transferidos;
- Notificação de desfechos e reinternações.

5.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE E SIMULAÇÕES

5.4.1 Capacitações Técnicas

A equipe da UPA deve participar de **ações formativas semestrais** sobre os seguintes temas:

- Atualizações no manejo das SCA (diretrizes da SBC, CONITEC, RENAME);
- Leitura e interpretação de ECG;
- Protocolo de trombólise na UPA;
- Comunicação clínica e trabalho em equipe;
- Uso de fluxogramas e registros clínicos adequados.

As formações devem ser registradas, com lista de presença e carga horária mínima de 4 horas por semestre.

5.4.2 Simulações Realísticas

- Realização **de simulações clínicas de código IAM-STEMI** a cada 6 meses;
- Avaliação da fluidez dos fluxos de atendimento, comunicação, tempo porta-ECG e porta-agulha;
- Análise pós-evento com feedback estruturado.

5.4.3 Protocolos de Bolso e Cartilhas

- Disponibilizar **protocolos impressos e digitais** acessíveis nas salas de emergência;
- Produção de **cartilhas educativas** para equipe técnica e usuários com foco em sinais de alarme e prevenção cardiovascular.

5.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E TRANSPARÊNCIA

- Utilizar o **SISREG**, e-SUS e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para registrar e acompanhar casos;

- Alimentar o **Sistema de Informação da UPA** com dados padronizados para notificações e indicadores;
- Garantir a rastreabilidade dos atendimentos, inclusive para auditoria do SUS e controle social.

PARTE 6 – Anexos Técnicos, Checklists e Referências

6.1 ANEXO I – FLUXOGRAMA CLÍNICO RESUMIDO

ETAPA	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
1. Chegada do paciente com dor torácica	Realizar ECG em até 10 minutos	Priorizar pacientes com sintomas típicos ou fatores de risco
2. Análise do ECG	Identificar se há supradesnivelamento de ST	Verificar também bloqueio de ramo novo, infra de ST, inversão de T
3. STEMI (IAM com supra de ST)?	SIM → Iniciar protocolo STEMI	AAS 300 mg VO, Clopidogrel 300–600 mg VO, oxigênio se $SatO_2$ <90%, analgesia, anticoagulação
	Avaliar ICP disponível em até 120 min?	Se SIM → encaminhar ICP primária; Se NÃO → trombólise com TNK/Alteplase
	Acionar regulação e SAMU	Incluir prontuário, ECG, troponina, dados clínicos
	Transferência urgente para hospital com hemodinâmica	De preferência em UTI móvel
4. STEMI?	NÃO → Dosar troponina e manter monitoramento	ECG pode ser normal ou com alterações não específicas
5. Troponina positiva?	SIM → Diagnóstico de NSTEMI	Iniciar AAS, Clopidogrel/Ticagrelor,

		enoxaparina, estatina, IECA/BRA
	Avaliar risco (GRACE), acionar regulação	Encaminhar em até 24h se risco alto ou instabilidade
6. Troponina negativa?	Observar por 6 horas e repetir troponina	Se nova negativa e ECG normal, avaliar alta programada
7. Sem dor ou ECG alterado após observação?	ALTA com orientação + retorno ambulatorial	Prescrever AAS, estatina e agendar cardiologia se possível

6.2 ANEXO II – TABELA DE MEDICAMENTOS (CONFORME RENAME)

Grupo	Fármaco	Apresentação	Disponibilidade no SUS
Antiplaquetário	AAS 100/300 mg	Comprimido	Sim
Antiplaquetário	Clopidogrel 75 mg	Comprimido	Sim
Estatina	Atorvastatina 40/80 mg	Comprimido	Sim
Estatina	Rosuvastatina 20 mg	Comprimido	Sim
Anticoagulante	Enoxaparina 60/80/100 mg	Ampola SC	Sim
Anti-hipertensivo	Metoprolol 25/50 mg	Comprimido / IV	Sim
IECA	Enalapril 2,5/5/10 mg	Comprimido	Sim
BRA	Losartana 25/50 mg	Comprimido	Sim
Trombólise	Alteplase / Tenecteplase	Ampola IV	Regulada

Nitrato	Isossorbida SL / EV	SL: 5 mg / EV: 50 mg	Sim
Analgésico	Morfina 10 mg/ml	Ampola	Sim
Analgésico	Tramadol 50/100 mg	Ampola / Cápsula	Sim

6.3 ANEXO III – CHECKLIST DE ATENDIMENTO INICIAL (CÓDIGO IAM)

- ECG realizado em até 10 minutos
- Avaliação clínica completa e sinais vitais
- AAS administrado (300 mg VO mastigado)
- Clopidogrel/Ticagrelor conforme protocolo
- Oxigênio, se $SatO_2$ <90%
- Anticoagulação com enoxaparina ou heparina
- Trombolítico (se indicado) administrado
- Encaminhamento ativado via regulação
- Documentação em prontuário atualizada
- Comunicação com hospital de referência
- Registro de tempo porta-agulha/ECG

6.4 ANEXO IV – SINAIS DE ALARME PARA REAVALIAÇÃO IMEDIATA

- Dor torácica recorrente ou persistente
- Hipotensão (<90 mmHg) ou choque
- Arritmias (FA, FV, TV, bradicardia sintomática)
- Saturação de O_2 <90% com oxigênio suplementar
- Sinais de edema agudo de pulmão
- Alteração do nível de consciência
- Sangramento ativo (GI, SNC, punções)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Síndromes Coronarianas Agudas.*** Brasília: CONITEC, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/protocolo_uso/pcdt_sindromescoronarianasagudas.pdf. Acesso em: 9 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011.*** Institui a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 14 dez. 2011. Disponível em: file:///C:/Users/m13ol/Downloads/Portaria_GM_2994_2011.pdf. Acesso em: 11 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais***. Brasília: MS, última edição disponível. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/rename. Acesso em: 9 jun. 2025.

Nicolau, J. C.; Feitosa-Filho, G. S.; Petriz, J. L.; Furtado, R. H. M.; Précoma, D. B.; Lemke, W.; *et al*. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 117, n. 1, p. 181–264, 2021. DOI: 10.36660/abc.20210180

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. ***Resolução CFM nº 2.217/2018.*** Aprova o novo Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 11 jun. 2025.

ANEXO 7 - PROTOCOLO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS EM SAÚDE MENTAL

1. OBJETIVO E CONTEXTUALIZAÇÃO

Este protocolo tem como objetivo estabelecer diretrizes clínicas e organizacionais para o reconhecimento, acolhimento, manejo inicial e encaminhamento qualificado de pacientes em crise psiquiátrica ou com transtornos mentais em situação aguda, assegurando um atendimento humanizado, ético, seguro e resolutivo no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Neópolis, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Alinhado à Política Nacional de Saúde Mental, às Portarias MS nº 336/2002 e nº 3.588/2017, à Lei nº 10.216/2001 (conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica) e ao Código de Ética Médica, este protocolo reconhece que a atenção em saúde mental, especialmente em contextos de urgência, deve ser centrada na pessoa. Isso implica oferecer um cuidado integral, que considere as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do sofrimento, respeite a autonomia do sujeito e garanta, em todas as etapas do atendimento, a proteção dos direitos humanos.

A atuação da equipe de saúde, diante de situações de crise psíquica, deve pautar-se por escuta qualificada, contenção mínima e qualificação do vínculo, evitando práticas que reproduzam estigmas ou violências institucionais. O cuidado em saúde mental não deve restringir-se à intervenção emergencial, mas incluir o planejamento de continuidade do tratamento em articulação com os serviços da RAPS, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de referência hospitalar, fortalecendo, assim, a rede de apoio e reduzindo o risco de recorrência das crises.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES

- Respeito à dignidade e aos direitos humanos do paciente.
- Redução de danos e promoção da autonomia.
- Intervenção mínima, proporcional e baseada em evidências.
- Articulação com serviços de referência da RAPS.

3. CLASSIFICAÇÃO DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS EM SAÚDE MENTAL

A adequada classificação das situações clínicas em saúde mental é um elemento essencial para orientar condutas terapêuticas seguras, eficazes e respeitosas. Diante da diversidade e complexidade dos quadros apresentados pelos pacientes, é imprescindível que os profissionais reconheçam, com agilidade e precisão, os diferentes níveis de gravidade, de modo a garantir o manejo clínico compatível com cada situação. Essa sistematização contribui não apenas para a definição do risco e da prioridade no atendimento, mas também para a proteção dos direitos do paciente e a promoção de cuidado ético e resolutivo. Além disso, permite o fortalecimento das redes de atenção psicossocial, evitando hospitalizações desnecessárias e favorecendo a continuidade do cuidado em contextos comunitários. A seguir, apresenta-se um modelo de classificação que orienta a avaliação inicial e subsidia as decisões clínicas conforme o grau de urgência e complexidade da demanda.

Situação	**Exemplos**	**Risco**	**Conduta inicial**
Crise psicótica aguda	Alucinações, delírios, comportamento desorganizado	Alto	Avaliação médica imediata, contenção verbal, suporte medicamentoso
Agitação psicomotora grave	Agressividade, inquietação extrema, impulsividade	Alto	Contenção verbal; se falha, contenção física breve + medicação IM
Ideação ou tentativa suicida	Relato direto, autolesão, tentativas em curso	Altíssimo	Isolamento supervisionado, avaliação de risco, contenção farmacológica, notificação
Intoxicação por substâncias psicoativas	Alucinação, agressividade, confusão, convulsão	Alto	Suporte clínico, hidratação, manejo de abstinência, avaliação psiquiátrica
Transtornos ansiosos graves/pânico	Dispneia, taquicardia, sensação de morte iminente	Moderado	Suporte verbal, benzodiazepínicos se necessário, reavaliação
Quadros depressivos graves	Lentificação, isolamento, fala pessimista, risco de suicídio	Moderado/alto	Avaliação de risco, psicofarmacologia, orientação familiar

A utilização criteriosa dessa classificação permite qualificar o atendimento em saúde mental desde o primeiro contato com o paciente, assegurando respostas clínicas proporcionais à gravidade de cada caso. Mais do que uma ferramenta burocrática, trata-se de um instrumento estratégico para orientar fluxos de encaminhamento, definir intervenções imediatas e evitar tanto a medicalização excessiva quanto a negligência dos sintomas. Ao reconhecer a singularidade de cada situação e promover o cuidado integral, essa abordagem fortalece a articulação entre os níveis de atenção e reafirma o compromisso com uma saúde mental pautada na dignidade, no respeito e na efetividade terapêutica.

4. AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE

A avaliação inicial do paciente constitui uma etapa crítica no processo de cuidado, especialmente em contextos de urgência e emergência. Trata-se do primeiro contato clínico, no qual se devem reconhecer aspectos físicos, psíquicos e sociais que demandem atenção imediata. Essa avaliação não se limita à observação de sinais vitais ou sintomas objetivos, mas abrange também o acolhimento integral do sujeito, considerando sua história, sofrimento e vulnerabilidades. Para garantir uma resposta eficaz e ética, é essencial que os profissionais estejam preparados para agir com sensibilidade, respeitando os princípios da dignidade humana e da equidade no atendimento.

4.1. Abordagem Humanizada e Acolhedora

A primeira etapa da avaliação deve ser pautada por uma escuta ativa, empática e livre de julgamentos, estabelecendo vínculo e confiança com o paciente. É fundamental:

- Escutar com atenção e respeito, evitando qualquer postura que reforce estigmas.
- Abster-se do uso de termos pejorativos ou discriminatórios, como “louco” ou “perigoso”.
- Assegurar a privacidade e a integridade física do paciente, criando um ambiente seguro e acolhedor.

4.2. Identificação de Sinais de Alerta e Gravidade

Durante a triagem, é imprescindível identificar indicadores de risco iminente que demandam intervenção imediata. São considerados sinais de gravidade:

- Evidência de tentativa atual de suicídio ou planejamento suicida estruturado.
- Comportamento violento direcionado a si mesmo ou a terceiros.
- Quadro de psicose aguda com prejuízo do juízo de realidade.
- Síndrome de abstinência grave por uso de substâncias psicoativas (álcool e/ou outras drogas).
- Estado de desnutrição severa, sinais de negligência extrema com a higiene pessoal e abandono de cuidados básicos.

5. MANEJO TERAPÊUTICO IMEDIATO

Após a identificação do quadro clínico e da classificação da gravidade da situação, a adoção de condutas iniciais adequadas é fundamental para garantir a segurança do paciente, da equipe e do ambiente. Essas medidas visam interromper o agravamento do quadro psíquico, mitigar riscos iminentes e criar condições mínimas para a continuidade do cuidado, seja no próprio serviço de urgência ou por meio do encaminhamento à rede de atenção psicossocial.

5.1. Contenção verbal (preferencial)

- Realizada por profissional capacitado.
- Ambiente calmo, voz firme e baixa.
- Respeito à integridade física e moral.

5.2. Contenção medicamentosa (se necessário)

Situação	Medicação sugerida	Via
Agitação intensa	Haloperidol 5 mg + Prometazina 50 mg	IM
Ansiedade grave / pânico	Diazepam 10 mg ou Clonazepam 1 mg	VO/IM
Psicose com risco	Olanzapina 10 mg ou Risperidona 2-4 mg	VO

Abstinência alcoólica	Diazepam 10 mg + Tiamina 300 mg	VO/IM

Preferir via oral sempre que possível. Monitorar sinais vitais após administração.

5.3. Contenção física (excepcional)

- Último recurso, com justificativa clínica registrada.
- Realizada por equipe treinada, com monitoramento contínuo.
- Duração mínima, com vigilância constante.

É crucial que essas condutas sejam aplicadas de forma ágil e coordenada, alinhadas aos protocolos do serviço e à avaliação multiprofissional. A eficácia das intervenções iniciais impacta diretamente no prognóstico do paciente e na segurança do processo assistencial, servindo como base para as etapas subsequentes de tratamento.

6. ACOMPANHAMENTO E ENCAMINHAMENTO

Após a estabilização inicial, a definição do fluxo adequado para o paciente é essencial para assegurar continuidade do cuidado e prevenir recaídas. A decisão deve considerar a gravidade do quadro, os riscos iminentes e a disponibilidade da rede de apoio.

6.1 Critérios para Encaminhamento:

- **Casos leves ou já estabilizados**
  Alta com plano de cuidado individualizado, incluindo orientações claras e agendamento no **CAPS ou UBS** para acompanhamento ambulatorial.
- **Casos moderados a graves (ex.: agitação persistente, crise psicótica), devem ser encaminhados prioritariamente para serviços de maior complexidade:**
  CAPS III (atendimento 24h para crises)
  CAPS AD (casos com comorbidade por uso de substâncias)
  Enfermaria psiquiátrica em hospital geral (quando necessário suporte clínico integrado).
- **Risco iminente (suicídio, agressividade, psicose grave)**
  Observação mínima de 6h na UPA com monitoramento contínuo, suporte clínico e reavaliação médica/psiquiátrica antes da definição da alta ou internação.

6.2 Rede de Referência no Estado:

- **CAPS Regionais:** Itabaiana, Lagarto, Estância;
- **Hospital São José (Aracaju)** – Principal unidade psiquiátrica de referência estadual para casos de alta complexidade.

A escolha assertiva do destino pós-urgência reduz reinternações, otimiza recursos da rede e garante que o paciente receba o cuidado certo, no lugar certo e no momento certo.

7. NOTIFICAÇÃO E REGISTROS

- Preencher prontuário detalhado (sintomas, conduta, medicamentos, observações).
- Notificar casos de **tentativa de suicídio** e **violência** ao sistema de vigilância em saúde (SINAN).
- Comunicar familiares/responsáveis sempre que possível.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE E TREINAMENTO DA EQUIPE

A assistência em saúde mental na urgência e emergência exige equipes permanentemente capacitadas, não apenas em técnicas protocolares, mas na arte complexa de acolher o sofrimento psíquico em suas múltiplas dimensões. A educação permanente surge como eixo estratégico nesse contexto, promovendo a atualização constante dos profissionais frente aos desafios dinâmicos do atendimento de crise.

Implementamos um programa cíclico de capacitação bimestral, meticulosamente desenhado para abordar três pilares fundamentais: o domínio das técnicas de contenção verbal e física, a atualização em psicofarmacologia de urgência e os cuidados especializados com pessoas em intenso sofrimento mental. Nas sessões de contenção, priorizamos a abordagem verbal como primeira linha de intervenção, capacitando os profissionais a desescalar conflitos através da comunicação terapêutica, reservando a contenção física apenas para situações de risco iminente, sempre executada com rigor técnico e absoluto respeito à dignidade humana.

O módulo de psicofarmacologia mantém a equipe atualizada sobre os últimos protocolos de medicação em crises, com ênfase na farmacodinâmica de emergência, monitoramento de efeitos adversos e estratégias para otimização terapêutica. Já o eixo de

cuidados em sofrimento mental aprofunda competências essenciais como escuta ativa, manejo não-farmacológico da agitação e construção de vínculo terapêutico mesmo em situações de alta complexidade.

Este investimento contínuo na excelência profissional transcende a mera transmissão de conhecimento - transforma cada membro da equipe em agente capacitador de mudanças, elevando a qualidade assistencial, reduzindo eventos adversos e, principalmente, garantindo que cada intervenção preserve a integridade e os direitos fundamentais da pessoa em crise. A educação permanente se revela, assim, não como uma obrigação institucional, mas como compromisso ético indissociável da prática em saúde mental.

9. DOCUMENTOS DE APOIO E ANEXOS

- Formulário de avaliação de risco suicida (adaptado do Columbia Scale).
- Roteiro de contenção verbal.
- Fluxograma de encaminhamento para CAPS e hospitais.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Diretrizes para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)***. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Linha de Cuidado para Atenção às Urgências Psiquiátricas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).*** Brasília: MS, 2015.

Organização Mundial da Saúde (OMS). ***mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings***. Geneva, WHO, 2016.

DELGADO, Pedro; COSTA, Nilson. *Urgências Psiquiátricas*. 2. ed. Artmed, 2018.

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria. *Guia Clínico de Psiquiatria*. 2021.

ANEXO 8 - PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE BRONQUIOLITE

1. CONCEITO

A bronquiolite é um acometimento inflamatório das vias aéreas de pequeno calibre (bronquíolos terminais), caracterizado clinicamente por um episódio de sibilância em crianças menores de 2 anos, associado a sinais de infecção respiratória viral e sem antecedentes de atopia.

2. EPIDEMIOLOGIA

- Agentes etiológicos: Vírus sincicial respiratório (VSR) (mais frequente), metapneumovírus, rinovírus, adenovírus, parainfluenza e influenza.
- Faixa etária mais acometida: Lactentes até 2 anos, com pico entre 3 e 6 meses.
- Sazonalidade: Mais prevalente no outono e inverno.
- Impacto:
  - Até um terço dos lactentes terão bronquiolite.
  - Cerca de 90% das crianças serão infectadas pelo VSR nos primeiros 2 anos de vida.
  - Principal causa de hospitalização nessa faixa etária.

3. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- **Fase inicial (48–72h)**: Sintomas de via aérea superior (rinorreia, coriza, tosse ± febre).
- **Fase tardia (3º–5º dia)**: Progressão para sintomas de via aérea inferior:
  - Taquipneia, dispneia.
  - Ausculta pulmonar: estertores, sibilos ou roncos difusos.

4. FATORES DE RISCO PARA GRAVIDADE

- **Biológicos**:
  - Prematuridade (< 35 semanas).
  - Idade < 3 meses.
  - Baixo peso ao nascer.

- Cardiopatia congênita, doença pulmonar crônica (ex.: displasia broncopulmonar).
- Erros inatos da imunidade ou imunodeficiência.

- **Ambientais/Sociais**:
  - Tabagismo dos pais.
  - Aglomerações domiciliares.
  - Vulnerabilidade socioeconômica.
  - Dificuldade de acesso a serviços de saúde.

5. DIAGNÓSTICO

5.1. Diagnóstico Clínico

Baseado em:

- História de pródromo gripal + sibilância em criança < 2 anos.
- Exame físico com esforço respiratório e achados auscultatórios característicos.

5.2. Exames Complementares (Reservados para Casos Moderados/Graves ou Dúvida Diagnóstica)

- Teste rápido para VSR: Casos moderados/graves.
- Teste rápido para influenza: Se síndrome gripal associada.
- Painel viral respiratório: Internações ou diagnóstico diferencial.
- Radiografia de tórax: Suspeita de complicações (ex.: atelectasia, pneumonia).

6. ESCORE DE GRAVIDADE (Wood-Downes Modificado por Ferrés)

Critério	0	1	2	3
Sibilância	Ausente	Final da expiração	Toda a expiração	Inspiração + expiração
Tiragem	Ausente	Subcostal + intercostal inferior	+ supraclavicular + BAN*	+ intercostal superior + supraesternal
Ventilação	Boa	Regular	Muito diminuída	Tórax silencioso

Cianose	Não	Sim		
Frequência respiratória	< 30 ipm	31–45 ipm	46–60 ipm	> 60 ipm
Frequência cardíaca	< 120 bpm	≥ 120 bpm		

Pontuação:

- Leve (1–3): Manejo ambulatorial.
- Moderada (4–7): Avaliar necessidade de internação.
- Grave (8–14): Internação/UTI.

(BAN: Batimento de asa do nariz)*

7. TRATAMENTO

7.1. Medidas Gerais

- Hidratação: Via oral (VO), sonda orogástrica (SOG) ou endovenosa (EV), conforme tolerância.
- Oxigenioterapia: $SatO_2$ < 92% em ar ambiente.
- Suporte ventilatório:
  - Cânula nasal de alto fluxo (CNAF): 1,5–2 L/kg/min.
  - Ventilação não invasiva (VNI) ou intubação orotraqueal se insuficiência respiratória.

7.2. Terapêuticas NÃO Recomendadas

- Broncodilatadores (salbutamol).
- Adrenalina nebulizada.
- Corticoides sistêmicos/inalados.
- Antimicrobianos (exceto se infecção bacteriana secundária).
- Antivirais (ex.: palivizumabe para tratamento agudo).

7.3. Exceções

- Solução salina hipertônica (SSH 3%): Pode ser considerada em internados > 3 dias.
- Fisioterapia respiratória: Indicada apenas em comorbidades (ex.: doenças neuromusculares).

8. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- Hospitalar:
  - Idade < 3 meses.
  - Toxemia, desidratação, cianose.
  - FR > 70 ipm, $SatO_2$ < 92%.
  - Apneia, prematuridade, comorbidades.
- UTI: Insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica.

9. CRITÉRIOS DE ALTA

- Autonomia de 24h sem suporte respiratório.
- $SatO_2$ ≥ 92% em ar ambiente.
- Ingesta oral ≥ 75% do habitual.
- Família capacitada para reconhecer sinais de alarme.

10. RECOMENDAÇÕES PARA CUIDADOS DOMICILIARES

- Sinais de alarme (retornar ao serviço de saúde):
  - Piora do desconforto respiratório (taquipneia, gemência, apneia).
  - Cianose ou $SatO_2$ < 93%.
  - Recusa alimentar (< 50–75% do habitual) ou diurese ausente por 6–12h.
  - Febre > 24h.
- Evitar exposição ao tabaco.

11. INDICADOR DE QUALIDADE

- Não prescrever corticoides (exceto em casos específicos, como asma superposta).

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PEDIATRIC ACUTE LUNG INJURY CONSENSUS CONFERENCE GROUP. Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: Consensus Recommendations From the Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatric Critical Care Medicine*, [S. l.], v. 16, n. 5, p. 428–439, 2015. DOI: 10.1097/PCC.0000000000000350. Acesso em: 18 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR) – 2017. [S. l.], 2017. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/11/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2017.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.

ROQUÉ-FIGULS, M. et al. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], v. 4, n. 4, p. CD004873, 2023. DOI: 10.1002/14651858.CD004873.pub6. Acesso em: 18 jun. 2025.

FERRONATO, Angela E.; BARREIRA, Eliane R. Bronquiolite. In: GILIO, Alfredo Elias et al. *Urgências e emergências em pediatria geral: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Atheneu, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 30/2023 - CGVDI/DPNI/SVSA/MS. [S. l.], 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-30-2023-cgvdi-dpni-svsa-ms/view. Acesso em: 18 jun. 2025.

ANEXO 09 - PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo Geral

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

1.2. Objetivos Específicos

- Determinar com segurança o indivíduo como sendo legítimo receptor do tratamento ou procedimento;
- Assegurar que o procedimento a ser executado é efetivamente aquele de que o paciente necessita;
- Reduzir a ocorrência de incidentes relacionados à identificação incorreta do paciente;
- Padronizar o registro de identificação do paciente no prontuário de forma clara e objetiva;
- Sensibilizar de forma positiva os profissionais, acompanhantes e pacientes sobre a importância da correta identificação;
- Uniformizar o conhecimento institucional quanto as práticas corretas e seguras de identificação do paciente.

2. DEFINIÇÃO

Na Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe deverão ser identificados todos os pacientes (internados e ambulatoriais), acompanhantes e visitantes de pacientes, gerando o controle de acesso e a prestação de uma assistência segura ao paciente.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo de identificação deverá ser aplicado em todos os pacientes e em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde, bem como em acompanhantes e visitantes de pacientes internados.

4. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

4.1. Identificação dos pacientes

A identificação de todos os pacientes (internados, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no serviço por meio de uma pulseira de cor branca. Esse dispositivo deve permanecer durante todo o tempo em que o paciente estiver submetido ao cuidado. Caso a pulseira caia ou fique ilegível durante o período de internação o setor responsável deverá ser comunicado imediatamente para realizar a substituição.

4.2. Identificadores

- A pulseira deverá ser em material flexível, liso, ajustável, impermeável, lavável, na cor branca, fechamento com lacre adesivo inviolável, borda não traumática, resistência contra rasgos, água e produtos químicos, antialérgica, atóxica, alta durabilidade e com comprimento adequado ao tipo de paciente (neonatal, infantil e adulto
- A pulseira de identificação deve possuir três marcadores de identificação que devem ser conferidos antes de cada cuidado, são eles:

Nome completo - sem abreviatura

Nome da mãe:

Data de nascimento (xx/xx/xxxx).

4.3. Local para colocação da pulseira

A pulseira de identificação deve ser colocada, preferencialmente, no punho direito. Caso não seja possível a instalação nesse membro, será obedecida a seguinte ordem:

- Punho esquerdo;
- Tornozelo direito;
- Tornozelo esquerdo

Observações:

O objetivo inicial é que todos os pacientes permaneçam com a mesma pulseira durante a sua permanência na instituição, mas certas situações clínicas exigem que seja realizado um rodízio de membros, como na presença de edemas, de dispositivos invasivos, amputações, dentre outros. Quando for necessária a realização do rodízio, a equipe de enfermagem responsável pelo cuidado deverá solicitar a internação, uma nova pulseira e providenciar a troca, procurando seguir as prioridades na eleição do membro. A saber: membro superior direito, membro superior esquerdo, membro inferior direito, membro inferior esquerdo.

4.4 Forma de registro na pulseira:

O registro dos identificadores do paciente poderá ser impresso de forma digital em etiqueta adesiva, por meio de impressão que seja durável, impermeável, segura, de fácil leitura e resistente o suficiente para não desgastar durante a permanência do paciente na UPA.

Se a pulseira de identificação estiver danificada, for removida acidentalmente ou se tornar ilegível, deverá s ser solicitada ao setor de internação uma nova pulseira.

5. ROTINA PARA COLOCAÇÃO DA PULSEIRA

5.1 Paciente em atendimento na urgência/

Para os atendimentos em emergência, os pacientes deverão ser identificados no momento da avaliação para classificação do risco, com pulseiras na cor determinada pelo protocolo de classificação de risco contendo nome completo e data de nascimento.

5.2 Paciente internado

Caso o paciente evolua para internação, a pulseira de identificação com a classificação de risco (gravidade) deverá ser substituída na unidade de internação, pela pulseira branca , onde deverá constar dados do paciente - nome completo, nome da mãe, data de nascimento - sendo a mesma gerada pelo NIR(Núcleo Interno de Regulação).

5.3 Identificação do paciente através de placa beira leito

A placa de identificação de leito é fixada próximo à cabeceira do leito e devem ser preenchidas no ato da admissão do paciente e atualizada diariamente
Deverá constar minimamente nome do paciente, número do leito, data de nascimento, data de admissão, alergia, precauções (respiratória e contato).

6. METODOLOGIA PARA CONFIRMAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO

A confirmação da identificação do paciente SEMPRE deve ocorrer antes de:

- A administração de medicamentos;
- A administração do sangue e componentes;
- A coleta de material para exame;
- A entrega da dieta e;
- A realização de procedimentos invasivos.

O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do

paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado. Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

- PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.
- SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível, sem rasura e com nome completo sem abreviaturas.

7. IDENTIFICAÇÃO DE ACOMPANHANTES E VISITANTES DE PACIENTES

O controle de acesso a UPA objetiva oferecer à comunidade um ambiente seguro, padronizar critérios de acesso e identificação, promovendo assim segurança patrimonial e proporcionar segurança para funcionários, profissionais, visitantes, alunos e professores, garantindo a integridade de pacientes, familiares e demais colaboradores, bem como resguardar o patrimônio da instituição.

O acesso a UPA será controlado através de registro eletrônico, que permita identificar as pessoas que transitam na instituição, serão registrados dados oficiais (número da carteira de identidade ou outro documento válido com fotografia), associado preferencialmente com imagem. Após identificação será emitida ETIQUETA DE VISITANTE e, de forma complementar, as áreas de entrada, saída e de circulação são monitoradas mediante a adoção de circuito de câmeras.

8. COMPETÊNCIAS

A todos da Equipe Multiprofissional:

- Conferir a identificação correta do paciente antes de qualquer atendimento.
- Fortalecer a importância da utilização da pulseira por toda internação.

Às Recepções:

- Cadastrar o paciente no sistema, conforme documento pessoal apresentado e imprimir a pulseira de identificação.
- Colocar pulseira no paciente ou solicitar ao paciente/familiar a colocação da pulseira.
- Explicar a importância do uso da pulseira por toda a internação.
- Para pacientes que são admitidos direto na sala vermelha, confeccionar a pulseira e encaminhar ao setor para a equipe local identificar o paciente corretamente.
- Reimprimir pulseira de identificação quando solicitado pela equipe assistencial (em caso de sujidade, informações apagadas, rasuras, etc.).

Às Portarias:

- Conferir se o paciente está identificado com a pulseira antes de adentrar a UPA.
- Em caso de ausência de pulseira, orientar o paciente retornar à recepção para confecção da mesma.

Aos Gerentes das Unidades:

Garantir o cumprimento de adesão do protocolo de identificação correta do paciente;

Aos Enfermeiros das Unidades:

- Pacientes com nomes homônimos (grafias similares, nomes iguais ou sonoridade semelhante), solicitar transferência ao NIR para outro leito diminuindo riscos de falhas/trocas.
- Solicitar reimpressão em caso de ausência de pulseira, ilegibilidade, rasuras ou falhas. Aos

Técnicos de Enfermagem das Unidades:

Comunicar ao enfermeiro qualquer situação de risco relacionado a falta de identificação correta do paciente.

Ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

- Coletar o indicador de adesão à identificação correta do paciente nas unidades por amostragem mensalmente.
- Realizar feedback ao responsável do plantão após a visita beira leito sobre as inconformidades de identificação do paciente.
- Analisar as inconformidades registradas em sistema estratégico ou por formulário de notificação de incidente e evento adverso, propondo melhoria compartilhada;
- Fortalecer em caráter educativo ações para o cumprimento do protocolo de identificação correta do paciente;
- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária as falhas de identificação do paciente.
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

9. INDICADORES

Os indicadores fundamentais para acompanhamento da implantação do protocolo são:

- Taxa de eventos adversos relacionado a falhas na identificação do paciente.
- Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições.

10. REFERENCIAS

ANVISA. RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html >

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segura do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA,2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 02: Protocolo de Identificação Do Paciente. 2022. Disponível em:

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-identificacao-do-paciente

MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

ANEXO 10 - PROTOCOLO SÍNDROME GRIPAL
(Incluindo Arboviroses e Covid-19)

1. CONCEITO

As Síndromes Respiratórias Agudas (SRAs) constituem um conjunto de manifestações clínicas caracterizadas por sintomas respiratórios agudos, que podem variar de quadros leves, como a Síndrome Gripal (SG), a formas graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com potencial de evolução rápida e desfechos desfavoráveis.

1.1 Síndrome Gripal (SG)

Define-se Síndrome Gripal como o quadro clínico agudo em indivíduo com:

- Febre de início súbito (≥ 38°C), mesmo que referida,
- Acompanhada de tosse ou dor de garganta,
- E pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia,
- Na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças menores de dois anos, a definição inclui febre de início súbito associada a sintomas respiratórios (como tosse, coriza ou obstrução nasal), igualmente sem etiologia específica identificável.

1.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Corresponde à evolução clínica da SG com critérios de gravidade, definidos por:

- Dispneia;
- Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente;

- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória conforme a faixa etária;
- Piora de doença de base preexistente;
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual.

Em crianças, considerar ainda:

- Batimentos de asa de nariz;
- Tiragem intercostal;
- Cianose;
- Desidratação;
- Inapetência.

A identificação precoce desses quadros é essencial para o manejo oportuno e adequado, conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil.

2. DIAGNÓSTICO E EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico das Síndromes Respiratórias Agudas (SRAs) deve considerar tanto os achados clínicos quanto a confirmação laboratorial e a avaliação por imagem, sempre com foco na estratificação de risco, manejo precoce e contenção de surtos.

2.1 Avaliação Clínica Inicial

A anamnese dirigida e o exame físico são imprescindíveis para caracterização do quadro, com atenção especial aos sinais de gravidade, comorbidades associadas e histórico de exposição a agentes infecciosos respiratórios, especialmente em ambientes fechados ou com surtos identificados.

2.2 Diagnóstico Laboratorial Etiológico

A confirmação etiológica não é obrigatória para iniciar o tratamento, mas é recomendada, especialmente em situações de vigilância epidemiológica, surtos, hospitalizações ou pacientes de risco. A testagem preferencial deve ser feita com métodos de alta sensibilidade e especificidade:

a) Painel Respiratório por Biologia Molecular (PCR Multiplex)

Método de escolha em serviços com acesso ao exame, devido à sua ampla cobertura e valor preditivo. Detecta simultaneamente vírus e bactérias com elevada acurácia:

- Vírus: Influenza A (subtipos H1N1pdm09, H3N2), Influenza B, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Parainfluenza 1–4, Adenovírus, Coronavírus sazonais (229E, NL63, OC43, HKU1), Metapneumovírus, Rhinovírus/Enterovírus;
- Bactérias: Bordetella pertussis, Chlamydophila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae.

Coleta: Swab combinado de naso e orofaringe ou lavado broncoalveolar, com ideal de processamento em até 24 horas.

b) Testes Rápidos Imunocromatográficos

- Para Influenza A/B: sensibilidade variável, útil em contextos de baixa complexidade;
- Para VSR: indicado especialmente em crianças menores de dois anos.

c) Testes por Imunofluorescência Direta (IFD)

Alternativa intermediária em termos de acurácia, aplicável em laboratórios com recursos limitados.

d) RT-PCR específico para SARS-CoV-2 ou Influenza A/B

Aplicável quando painel multiplex não estiver disponível, devendo ser utilizado preferencialmente nas primeiras 5 a 7 dias de sintomas.

2.3 Exames de Apoio Diagnóstico

Devem ser solicitados conforme quadro clínico e fatores de risco, especialmente para pacientes com suspeita de SRAG:

- **Hemograma completo:** Leucograma, linfopenia e plaquetopenia podem indicar gravidade;
- **PCR (proteína C reativa) e procalcitonina:** Marcadores inflamatórios úteis na diferenciação de infecção viral e bacteriana;
- **Ureia, creatinina e eletrólitos (Na, K, Ca, Mg):** Avaliação da função renal e distúrbios hidroeletrolíticos;
- **Transaminases (AST, ALT) e CPK:** Podem estar elevadas em quadros virais mais agressivos;
- **Gasometria arterial:** Fundamental em casos de desconforto respiratório;
- **Glicemia e avaliação metabólica:** Em pacientes com diabetes ou descompensação clínica.

2.4 Avaliação por Imagem

- **Radiografia de tórax (PA e perfil):** Primeiro exame de imagem a ser solicitado. Pode evidenciar infiltrados pulmonares, consolidações ou sinais de edema.
- **Tomografia Computadorizada de Tórax sem Contraste:** Indicada quando a radiografia é inconclusiva ou há necessidade de detalhamento, especialmente em pacientes com evolução clínica desfavorável, imunossuprimidos ou com comorbidades pulmonares.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DAS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (SRAs)

A estratificação de risco é essencial para a tomada de decisões clínicas em relação à necessidade de internação, tipo de tratamento e acompanhamento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Indivíduos pertencentes aos grupos de risco apresentam maior probabilidade de desenvolver complicações, necessitar de hospitalização ou evoluir para óbito.

3.1 Grupos Vulneráveis

São considerados de alto risco para desfechos graves:

- **Crianças menores de 5 anos**, com destaque para:
  - **Menores de 6 meses:** Maior taxa de hospitalização e mortalidade;
  - **Menores de 2 anos:** Maior risco de complicações respiratórias;
- **Idosos (≥ 60 anos)**: Apresentam resposta imunológica reduzida e maior prevalência de comorbidades;
- **Gestantes (qualquer idade gestacional) e puérperas (até 42 dias pós-parto)**: Maior suscetibilidade a complicações, incluindo insuficiência respiratória e internação em UTI;
- **População indígena aldeada**: Vulnerabilidade social, sanitária e imunológica reconhecida;
- **Adolescentes menores de 19 anos em uso crônico de ácido acetilsalicílico**: Risco aumentado de síndrome de Reye após infecção por influenza.

3.2 Comorbidades Associadas

As seguintes condições aumentam significativamente o risco de complicações, hospitalização ou óbito:

- **Doenças pulmonares crônicas**, incluindo:
  - Asma de difícil controle;
  - Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
  - Bronquiectasias e fibrose cística.
- **Tuberculose ativa ou pregressa em tratamento incompleto**;
- **Doenças cardiovasculares**, exceto hipertensão arterial sistêmica controlada, tais como:
  - Insuficiência cardíaca;
  - Cardiopatias congênitas;
  - Doença coronariana.
- **Nefropatias crônicas**, especialmente em hemodiálise;
- **Hepatopatias crônicas**, como cirrose hepática;
- **Doenças hematológicas**, com destaque para anemia falciforme e discrasias sanguíneas;
- **Transtornos metabólicos graves**, como:
  - Diabetes mellitus descompensado;
  - Hipotireoidismo não controlado.
- **Condições neurológicas crônicas** que comprometem a função respiratória ou aumentam risco de aspiração:
  - Paralisia cerebral;
  - Síndrome de Down;
  - Epilepsia refratária;
  - Acidente Vascular Encefálico (AVE);
  - Lesões medulares e doenças neuromusculares.
- **Imunossupressão**, causada por:
  - Uso de corticoides ou imunossupressores;
  - Neoplasias malignas;
  - Transplantes;

- HIV/Aids com CD4 < 200 células/mm³.

- **Obesidade grau III (IMC ≥ 40 kg/m²)**: Associada a disfunção respiratória mecânica e inflamação crônica.

3.3 Aplicabilidade Clínica

Pacientes pertencentes a qualquer uma das categorias acima devem ser avaliados com prioridade, conforme os protocolos de classificação de risco, sendo indicadas:

- Observação clínica mais rigorosa;
- Testagem laboratorial precoce;
- Início oportuno de antivirais, independentemente do tempo de evolução;
- Internação hospitalar precoce, mesmo em casos aparentemente leves;
- Encaminhamento para avaliação multiprofissional, incluindo pneumologia e infectologia, se disponível.

4. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A decisão de internar pacientes com Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) deve basear-se em critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos, considerando fatores de risco individuais, gravidade do quadro clínico e resposta ao tratamento inicial. O objetivo é garantir suporte precoce e adequado, reduzindo complicações e mortalidade.

4.1 Indicação de Internação Hospitalar (Ala Clínica)

A internação em leito clínico é indicada para pacientes com SG ou SRAG que apresentem qualquer uma das condições abaixo:

- Presença de comorbidades descompensadas;

- Impossibilidade de manter hidratação ou alimentação por via oral;
- Hipoxemia com SpO_2 < 95% em ar ambiente, mesmo sem sinais de desconforto respiratório acentuado;
- Persistência de febre alta (> 39°C) por mais de 72 horas, apesar de uso de antitérmicos e hidratação;
- Alterações laboratoriais significativas (ex: leucopenia severa, plaquetopenia, PCR muito elevada);
- Infiltrado pulmonar sugestivo de pneumonia em radiografia de tórax;
- Dificuldade de acesso à rede de saúde ou contexto domiciliar inadequado para seguimento clínico;
- Refratariedade clínica após 48 horas de tratamento antiviral e suporte básico.

4.2 Indicação de Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

O paciente deve ser internado em UTI nas seguintes situações:

- **Instabilidade hemodinâmica persistente**, mesmo após reposição volêmica inicial (30 mL/kg em até 3 horas);
  - Necessidade de aminas vasoativas (ex: noradrenalina, dopamina, vasopressina);
- **Insuficiência respiratória aguda**:
  - Saturação de O_2 < 90% com oxigenoterapia suplementar;
  - PaO_2 < 60 mmHg ou PaO_2/FiO_2 < 300;
  - Uso ou necessidade iminente de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva;
- **Rebaixamento do nível de consciência ou agitação psicomotora** com risco de aspiração;
- **Comprometimento multissistêmico ou disfunção de múltiplos órgãos**, evidenciada por:
  - Oligúria (< 0,5 mL/kg/h);
  - Hiperlactatemia;

- Coagulopatia (TP e/ou TTPa prolongados, plaquetas < 100.000/mm³);

- **Crianças com sinais de desconforto respiratório grave**:
  - Tiragem subcostal acentuada, batimentos de asa do nariz, gemência;
  - Apneia, cianose ou queda abrupta da saturação;
  - Ingesta alimentar comprometida, sinais de desidratação grave ou convulsões febris.

Observação: **Em todos os casos, considerar o escore de gravidade (como o** qSOFA**,** NEWS 2 **ou** PEWS **pediátrico) como ferramenta adicional para a tomada de decisão, sem Anexo**

11 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E SUPORTE CLÍNICO NAS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (SRAS)

substituir o julgamento clínic

O tratamento das SRAs deve considerar a etiologia presumida, a gravidade clínica, a presença de morbidades e o tempo de evolução dos sintomas. A abordagem terapêutica precoce pode reduzir complicações, tempo de hospitalização e mortalidade, especialmente nos casos de infecção por Influenza e SARS-CoV-2.

5.1 Antiviral: Oseltamivir

Tratamento-posologia e administração

DROGA	FAIXA ETARIA		POSOLOGIA
Fosfato de oseltamivir	Adulto		75 mg, 12/12h, 5 dia
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

Dose para Tratamento em Recém-Nascidos

DROGA	POSOLOGIA
Fosfato de oseltamivir	RN < 38 semanas de idade gestacional - 1mg/kg/dose 12/12 horas
	RN de 38 a 40 semanas de idade gestacional - 1,5 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias

	RN >40 semanas de idade gestacional - 3 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias -

Recomendações para ajuste de Doses na Insuficiência Renal

Comprometimento Renal/ Clearance de Creatinina	**TRATAMENTO 5 DIAS**	**PROFILAXIA 10 DIAS**
Leve clearance >60-90 ml/min	75 mg 12/12h	75 mg 1 vez ao dia
Moderado clearance >30-60 ml/min	**30 mg 12/12h**	**30 mg 1 vez ao dia**
Grave clearance >10-30 ml/min	30 mg 1 vez ao dia	30 mg em dias alternados
Pacientes em hemodiálise clearance ≤10 ml/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*.	30 mg após cada sessão alternada de hemodiálise.
Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial – dPCa clearance ≤10 ml/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da dialise	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da dialise**

*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.

O uso do **fosfato de oseltamivir** é recomendado para pacientes com diagnóstico suspeito ou confirmado de influenza, conforme os critérios a seguir:

a) Indicação

- **Todos os casos de SRAG**, independentemente de comorbidades ou tempo de evolução;

- **Síndrome Gripal com fatores de risco** (vide seção 3), mesmo com mais de 48 horas de evolução;
- **Síndrome Gripal sem fatores de risco**, com até 48 horas do início dos sintomas, preferencialmente.

b) Benefícios Esperados

- Redução da duração dos sintomas;
- Redução da mortalidade, especialmente em pacientes críticos ou imunossuprimidos.

5.2 Tratamento Suporte

a) Oxigenoterapia

- Iniciada em pacientes com SpO_2 < 95%;
- Suplementação com cateter nasal, máscara de Venturi ou cateter de alto fluxo, conforme necessidade;
- Ventilação não invasiva (VNI) ou invasiva em casos de insuficiência respiratória refratária.

b) Hidratação e Nutrição

- Hidratação venosa em pacientes com sinais clínicos de desidratação, inapetência ou vômitos persistentes;
- Avaliação nutricional e oferta enteral precoce para pacientes com risco nutricional elevado.

c) Controle da febre e sintomas

- Antitérmicos (paracetamol ou dipirona);
- Não usar ácido acetilsalicílico em menores de 19 anos.

d) Antibióticos

- **Indicação apenas em casos de suspeita de coinfecção bacteriana** (ex.: consolidações pulmonares em imagem, leucocitose significativa, procalcitonina elevada);
- Escolha baseada em protocolos locais, cultura, idade e comorbidades.

e) Terapias complementares

- Fisioterapia respiratória, se indicada;
- Monitoramento contínuo da saturação, frequência respiratória e sinais vitais em ambiente hospitalar.

6. CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR EM CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) E SÍNDROME GRIPAL (SG)

A alta hospitalar deve ser fundamentada na estabilidade clínica, na ausência de sinais de gravidade, na capacidade funcional do paciente e na segurança do domicílio para continuidade do cuidado, considerando o risco de transmissão de agentes virais respiratórios no ambiente comunitário.

6.1 Critérios Clínicos para Alta

O paciente pode receber alta hospitalar quando preencher **todos os seguintes critérios**:

- **Afebril por pelo menos 24 horas**, sem uso de antipiréticos;
- **Ausência de desconforto respiratório significativo**, com respiração espontânea confortável;
- **Saturação periférica de oxigênio (SpO_2 ≥ 94%) em ar ambiente**, por no mínimo 12 horas;
- **Estabilidade hemodinâmica mantida**, sem necessidade de aminas vasoativas ou suporte intensivo;
- **Função renal e metabólica estável**, com parâmetros laboratoriais adequados ao quadro clínico;

- **Compensação clínica de comorbidades pré-existentes**, com ou sem ajuste terapêutico;
- **Adequado nível de consciência**, com capacidade de comunicação e deglutição segura;
- **Acompanhamento ambulatorial viável**, com rede de atenção à saúde acessível;
- Diminuição do risco de hospitalização e complicações;
- **Orientação adequada ao paciente e/ou responsável**, sobre sinais de alerta e cuidados pós-alta.

Observação: Em pacientes imunossuprimidos ou com histórico de evolução clínica oscilante, recomenda-se observação hospitalar prolongada (24–48h) mesmo após melhora inicial.

6.2 Considerações sobre Contenção de Transmissão

Mesmo com critérios clínicos de alta, devem ser observadas as recomendações de controle de infecção:

- Manter **isolamento respiratório domiciliar por pelo menos 7 dias após o início dos sintomas** ou **24 horas após resolução completa da febre e melhora dos sintomas respiratórios**, o que ocorrer por último;
- **Máscara cirúrgica** recomendada ao paciente em ambiente doméstico compartilhado;
- Evitar contato com indivíduos de risco (idosos, gestantes, imunocomprometidos) até cessar o período de transmissibilidade.

6.3 Seguimento Ambulatorial

É recomendado agendar reavaliação clínica em até 7 dias após a alta, principalmente nos seguintes casos:

- Persistência de sintomas leves (ex: tosse, astenia, inapetência);
- Condições clínicas instáveis previamente compensadas;
- Pacientes com risco social ou baixa adesão terapêutica;
- Alta recente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou ventilação mecânica.

7. QUIMIOPROFILAXIA ANTIVIRAL PARA INFLUENZA: INDICAÇÕES E POSOLOGIA

A quimioprofilaxia com antiviral visa prevenir a manifestação clínica da infecção por Influenza em indivíduos expostos, especialmente em contextos de surtos institucionais, contatos domiciliares de alto risco ou pacientes imunossuprimidos. A administração precoce do antiviral reduz significativamente o risco de infecção sintomática e complicações.

7.1 Definição de Exposição Relevante

Considera-se exposição relevante aquela ocorrida:

- Em **ambiente domiciliar ou institucional** com contato direto com caso suspeito ou confirmado de Influenza;
- No **intervalo máximo de 48 horas** após o último contato com indivíduo infectado;
- Sem uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) em contextos assistenciais ou de convívio prolongado.

7.2 Indicações Prioritárias

A quimioprofilaxia com **fosfato de oseltamivir** está indicada nas seguintes situações:

a) Indivíduos com alto risco de complicações:

- Imunossuprimidos (por doenças ou uso de imunossupressores);
- Pacientes com comorbidades crônicas descompensadas (ver seção 3);
- Residentes de instituições de longa permanência durante surtos.

b) Situações de surto institucional:

- Instituições fechadas (asilos, abrigos, hospitais, prisões, creches);
- Aplicável a residentes e profissionais expostos, mediante avaliação da vigilância epidemiológica local.

c) Contatos domiciliares de alto risco:

- Pessoas não vacinadas que convivem com infectados;
- Crianças menores de 5 anos, especialmente < 2 anos;
- Gestantes e puérperas até 42 dias;
- Idosos ≥ 60 anos com comorbidades.

A quimioprofilaxia não é recomendada se já se passaram mais de 48 horas desde a última exposição ou em indivíduos assintomáticos com vacinação atualizada e sem fatores de risco.

7.3 Esquema Posológico – Quimioprofilaxia

Faixa etária/peso corporal	**Posologia – 10 dias**
Adultos	75 mg VO, 1x/dia
Crianças ≤ 15 kg	30 mg VO, 1x/dia
Crianças 15–23 kg	45 mg VO, 1x/dia
Crianças 23–40 kg	60 mg VO, 1x/dia
Crianças > 40 kg	75 mg VO, 1x/dia
Lactentes 0–8 meses	3 mg/kg VO, 1x/dia
Lactentes 9–11 meses	3,5 mg/kg VO, 1x/dia

Duração mínima: 7 dias após a última exposição.

Duração máxima: 10 dias consecutivos em contexto de surto institucional.

Ajustes renais: manter os mesmos critérios do tratamento (vide seção 5.1d).

7.4 Considerações Operacionais

- A quimioprofilaxia não substitui a vacinação anual contra Influenza;
- Deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 48 horas após a exposição;
- Pacientes que desenvolverem sintomas durante a profilaxia devem ter o esquema convertido para tratamento (2x/dia por 5 dias);
- É necessário prescrição médica, com avaliação do risco/benefício e orientações claras ao paciente.

8. MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO, CONTROLE E VIGILÂNCIA DAS SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (SRAs)

As ações de prevenção e controle das SRAs devem estar alinhadas com as estratégias de vigilância epidemiológica, protocolos de biossegurança, imunização e educação em saúde. Em instituições de saúde e coletividades, a adoção rigorosa dessas medidas é essencial para conter a disseminação de agentes respiratórios, como Influenza, SARS-CoV-2 e VSR.

8.1 Imunização

- **Vacinação anual contra Influenza**
  - Indicada para todos os profissionais de saúde, grupos de risco e população-alvo definida pelo Ministério da Saúde;
  - Priorizar vacinação em instituições de longa permanência e ambientes fechados.
- **Vacinação contra COVID-19**
  - Seguir calendário atualizado conforme o Programa Nacional de Imunizações (PNI);

- Reforçar esquema vacinal em idosos, imunossuprimidos, gestantes e profissionais da linha de frente.

8.2 Monitoramento Clínico e Epidemiológico

- Realizar **coleta de amostras para diagnóstico laboratorial** nos primeiros casos suspeitos de surtos institucionais;
- Manter **busca ativa diária** de sintomáticos respiratórios por no mínimo sete dias após o último caso confirmado;
- Assegurar a **notificação imediata** de casos suspeitos e confirmados de SRAG e surtos ao e-SUS Notifica ou SIVEP-Gripe.

8.3 Medidas de Isolamento e Prevenção da Transmissão

- Implementar **precauções padrão**, de **gotículas** e **aerossóis**
  - Máscara cirúrgica para pacientes sintomáticos;
  - Máscara N95 ou PFF2 para profissionais em procedimentos geradores de aerossóis;
  - Higiene das mãos com água e sabão ou álcool 70% em todas as etapas da assistência.
- **Isolamento de casos confirmados ou suspeitos**
  - Quarto privativo preferencialmente, ou isolamento por coorte com mesma etiologia confirmada;
  - Não realizar coorte de pacientes com diagnóstico de COVID-19 junto a pacientes com Influenza ou VSR.
- **Restrições de visitação**
  - Suspender visitas em ambientes com casos ativos;
  - Quando inevitável, exigir uso de EPI conforme o nível de exposição.
- **Uso de máscara por residentes sintomáticos,** inclusive no deslocamento dentro da unidade;
- Servir refeições no quarto sempre que possível, para evitar aglomerações.

8.4 Controle Institucional e Operacional

- **Restrição da movimentação de profissionais** entre áreas afetadas e não afetadas;
- **Suspensão de admissões** em alas ou instituições com surtos ativos;
- **Capacitação contínua** das equipes sobre precauções de contato, biossegurança e notificação de casos;
- Garantir **disponibilidade de EPI e insumos essenciais** (álcool gel, máscaras, testes rápidos ou RT-PCR).

8.5 Considerações para o Pós-Pico Pandêmico

- Avaliar a cocirculação sazonal de vírus respiratórios (Influenza, SARS-CoV-2, VSR) e revisar protocolos de diagnóstico diferencial;
- Manter vigilância reforçada em períodos de sazonalidade (inverno e períodos chuvosos no Norte/Nordeste);
- Reforçar a comunicação com a rede de atenção básica para monitoramento de egressos com SRAG.

8.6 Indicadores de Qualidade

- **Indicador de resultado**
  Taxa de mortalidade por Influenza:
  Nº de óbitos por Influenza / Nº total de pacientes com Influenza no período × 100.
- **Indicador de processo**
  Solicitação de painel respiratório molecular:
  Nº de exames solicitados / Nº total de pacientes com síndrome gripal × 100.
- **Indicador de notificação**
  Proporção de notificações de SRAG hospitalizados:

Nº de notificações de SRAG / Nº total de pacientes com SRAG atendidos × 100.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreviníveis. *Guia de Manejo e Tratamento de influenza 2023*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: file:///C:/Users/m13ol/Downloads/guia_tratamento%20influenza%202023_21jul23_isbn.pdf. Acesso em: 9 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações***. Programa Nacional de Imunizações: informações e diretrizes***. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/dpn. Acesso em: 9 jun. 2025.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. ***Boletim InfoGripe – Síndromes Respiratórias Agudas.*** Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u91/resumo_infogripe_2024_43_1.pdf. Acesso em: 9 jun. 2025.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. ***Critérios clínicos e laboratoriais para hospitalização de pacientes com SRAG por Influenza e COVID-19***. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://portal.fiocruz.br. Acesso em: 9 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). ***Recomendações para prevenção e tratamento da Influenza em crianças.*** São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22445f-Diretriz-_Atualiz_Trat_e_Prev_Infecc_Virus_Influenza_2020.pdf. Acesso em: 9 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). ***Recomendações para diagnóstico das infecções virais respiratórias agudas.*** Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/espaco-saude-respiratoria-infeccoes-respiratorias/. Acesso em: 9 jun. 2025.

Neópolis (SE), 17 de julho de 2025.

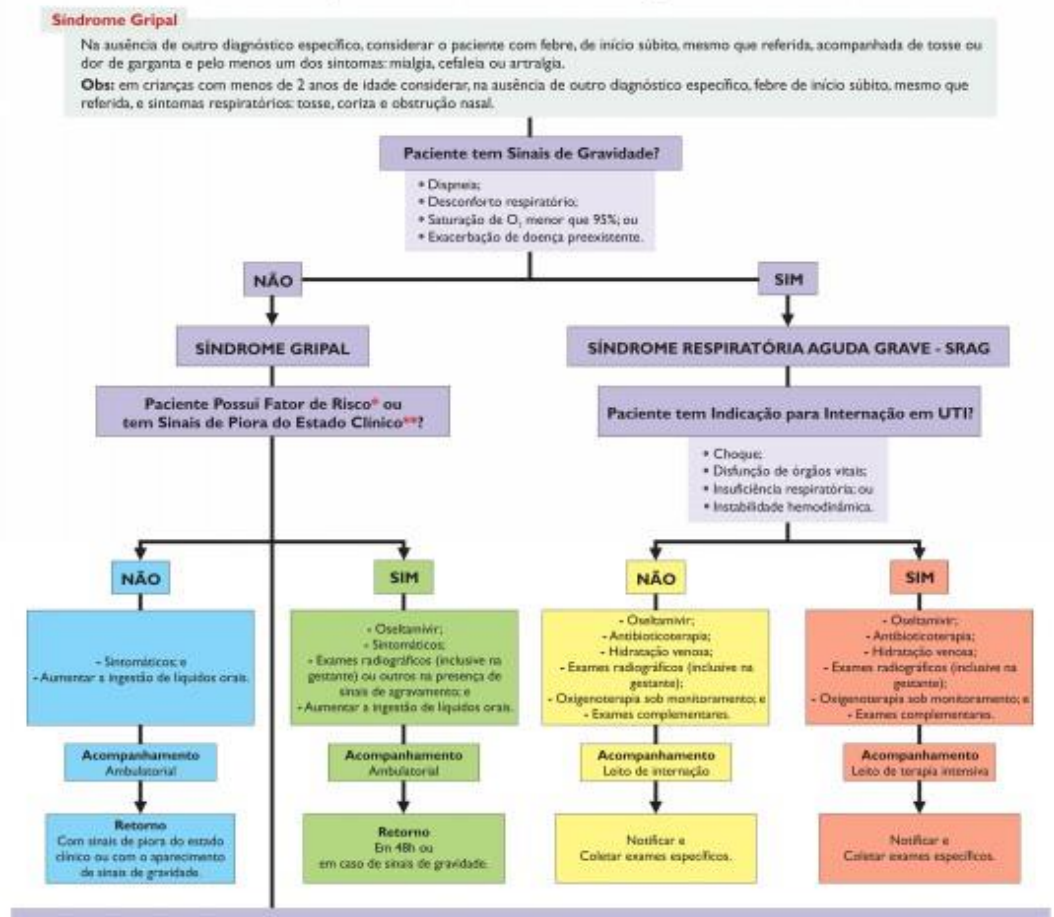
Assinatura

Formação / Vínculo

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE SÍNDROME GRIPAL/SRAG

SÍNDROME GRIPAL/SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente



* **Fatores de Risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até 2 semanas após o parto); crianças (≤ 2 anos), adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção conginita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/Aids); nefropatias e hepatopatias.

** **Sinais de Piora do Estado Clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de 3 dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensório; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

DROGA	FAIXA ETÁRIA		TRATAMENTO
OSELTAMIVIR	Adulto		75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Maior de 1 Ano de Idade	≤ 15 kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 a 23 kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 a 40 kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Menor de 1 Ano de Idade	< 3 meses	12mg, 12/12h, 5 dias
		3 a 5 meses	20mg, 12/12h, 5 dias
		6 a 11 meses	25mg, 12/12h, 5 dias
ZANAMIVIR	Adulto		10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias
	Criança	≥ 7 anos	10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias

Quando indicado,
iniciar mesmo na suspeita clínica
GRIPE TEM TRATAMENTO

SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

ANEXO 12 - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REVISÃO DE ÓBITOS

NÚCLEO DAS COMISSÕES HOSPITALARES - COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Relatório de Revisão de Óbitos

Dados do Paciente

Nome:				**Idade:**	
Data da Internação:		RF Front.:	Local de origem:	Local do óbito:	

Fluxograma de Análise

(Preencher com "✓" ou "X" conforme avaliação)

Nº	**Pergunta**	**Resposta**
1	Admitido em parada cardiorrespiratória não revertida?	( ) Sim → **Encerrar como "Óbito Justificado"** ( ) Não → Ir para 2
2	Trata-se de internação para conforto em caso terminal (cuidados paliativos)?	( ) Sim → **Encerrar como "Óbito Justificado"** ( ) Não → Ir para 3
3	A morte foi devida a causa ou complicação esperada?	( ) Sim → Ir para 4 ( ) Não → Ir para 5
4	Existiam medidas disponíveis para evitar a causa?	( ) Sim → Ir para 5 ( ) Não → Ir para 7
5	As medidas preventivas foram tomadas?	( ) Sim → Ir para 6 ( ) Não → Ir para 7
6	As medidas foram adequadas e realizadas no momento correto?	( ) Sim → Ir para 7 ( ) Não → Ir para 7

7	Há probabilidade de que manifestações da causa pudessem ser reconhecidas antes?	( ) Sim → Ir para 8 ( ) Não → **Encerrar como "Óbito Justificado"**
8	Há registro no prontuário das manifestações da causa?	( ) Sim → Ir para 9 ( ) Não → **Encerrar como "Óbito a Esclarecer"**
9	As manifestações foram reconhecidas/comunicadas como evidência do óbito?	( ) Sim → Ir para 10 ( ) Não → **Encerrar como "Óbito a Esclarecer"**
10	Há evidências de que o diagnóstico/problema identificado estava correto?	( ) Sim → Ir para 11 ( ) Não → **Encerrar como "Óbito a Esclarecer"**
11	Foi reconhecida a presença da causa?	( ) Sim → Ir para 12 ( ) Não → **Encerrar como "Óbito a Esclarecer"**
12	O diagnóstico era tratável?	( ) Sim → Ir para 13 ( ) Não → **Encerrar como "Óbito Justificado"**
13	O tratamento foi efetuado de forma e no tempo corretos?	( ) Sim → **Encerrar como "Óbito Justificado"** ( ) Não → **Marcar como "Óbito Evitável"**

Classificação Final:

- ( ) **Óbito Justificado**
- ( ) **Óbito a Esclarecer**
    - Evitável? ( ) Sim → *Preencher Plano de Ação no verso*
    - ( ) Não

Conclusões Clínicas e Documentação

Conclusões Clínicas	**Atestado de Óbito**
Diagnóstico inicial:	Causa básica:
Óbito Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não	Causa consequencial:
Diagnóstico definitivo:	Causa terminal:
Diagnósticos secundários:	Data do óbito:
Preenchimento da DO: ( ) Adequado ( ) Inadequado	Nº DO:

Revisor: _____

Data da Análise: //_____

Observações:

1. **Legenda:**
    - **Óbito Justificado:** Causa natural, sem falhas assistenciais identificáveis.
    - **Óbito a Esclarecer:** Necessidade de investigação complementar.
    - **Óbito Evitável:** Falhas identificadas que poderiam ter alterado o desfecho.
2. **Ações Recomendadas:**
    - Para óbitos "a esclarecer" ou "evitáveis", registrar plano de ação no verso.
    - Encaminhar cópia ao Núcleo de Qualidade

PLANO DE AÇÃO – MODELO 5W2H

(Ferramenta para Gestão de Ações Corretivas/Preventivas)

1. Dados do Plano

Título do Plano:	
Nº do Protocolo:	
Data de Elaboração:	

2. Estrutura 5W2H

Item	Descrição	Preenchimento
WHAT? (O quê?)	Definição clara da ação a ser implementada	Ex.: "Capacitação da equipe no preenchimento da Declaração de Óbito"
WHO? (Quem?)	Responsável(eis) pela execução (cargo/nome)	Ex.: "Enfermeiro-chefe da UTI"
WHERE? (Onde?)	Local de implementação (setor/unidade)	Ex.: "Setor de Arquivo Médico e UTI"
WHEN? (Quando?)	Cronograma (datas de início e conclusão)	Ex.: "01/09 a 30/09/2024"
WHY? (Por quê?)	Justificativa baseada em evidências	Ex.: "Reduzir em 50% os erros de preenchimento identificados na auditoria"
HOW? (Como?)	Métodos/recursos para execução	Ex.: "Treinamento presencial com simulação de casos"
HOW MUCH? (Quanto custa?)	Orçamento estimado (se aplicável)	Ex.: "R$ 2.000,00 (material didático + horas técnicas)"

3. Ações Específicas

(Detalhamento das medidas corretivas/preventivas)

Ação	Responsável	Prazo	Indicador de Sucesso
Ex.: Elaborar manual de preenchimento da DO	Comissão de Documentação	15 dias	Manual aprovado pela Direção Clínica

Ex.: Realizar treinamentos mensais	Educação Continuada	30 dias	90% de adesão da equipe

4. Acompanhamento

Item	**Registro**
Status:	( ) Não iniciado ( ) Em andamento ( ) Concluído ( ) Cancelado
Última Revisão:	**//**_____
Resultados Alcançados:	[Descrever brevemente]

5. Assinaturas

Elaborado por:	_____	Cargo:	_____
Aprovado por:	_____	Cargo:	_____

Instruções para Preenchimento:

1. Utilize letra legível ou digite diretamente no documento eletrônico.
2. Priorize ações mensuráveis e prazos realistas.
3. Vincule este plano a não conformidades identificadas (ex.: Relatório de Óbito n° XYZ).
4. Atualize o status semanalmente em reuniões de qualidade.

ANEXO 13 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE

I TÍTULO

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE.

II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1º É um órgão vinculado ao Comitê da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, por meio da Gestão Assistencial, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Instituição, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:
I Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para a Direção Executiva para aprovação;
II Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
III Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
IV Desenvolver juntamente com Direção Executiva a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;

V Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

VI Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

VIII Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

IX Auxiliar os diversos setores da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

X Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde (PGRSS);

XI Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XII Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe e demais normas da Instituição;

XIII Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) será formada por servidores voluntários da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, e terá a seguinte composição:

- Um representante da Direção Executiva;
- Um representante da Farmácia;
- Um representante da Enfermagem;
- Um representante do SESMT;
- Um representante da Agência Transfusional;

• Um representante do Laboratório;
• Um representante do Serviço de Hotelaria;
• Um representante do Serviço de Nutrição e Dietética;
• Um representante do Almoxarifado.

§ 1º Os representantes indicados serão nomeados pela Direção Executiva.

§ 2º A presidência da CGRSS será exercida por um integrante da comissão eleito por esta e nomeado pela Direção Executiva da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, serão nomeados mediante portaria da Direção Executiva e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 3º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (05) cinco alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 4º A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um memorando e encaminhada ao Presidente da Comissão.

§ 5º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 6ºA comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º Compreendem a Estrutura da CGRSS:

I Presidente;

II Vice-Presidente;

III Secretário;

IV Integrantes.

Art. 5º Compete ao Presidente da CGRSS:

I Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

III. Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;

IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;

V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;

VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º Compete ao Secretário:

I Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II Preparar as atas das reuniões,

III submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

IV Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

V Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

VI Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VII. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VIII Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

IX Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

§ 1º Na ausência do Presidente o Vice-Presidente assumirá a Presidência.

§ 2º No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá.

§ 3º Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º Compete aos Integrantes da CGRSS:

I Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

III Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;

IV Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e às demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

V Justificar ausência com antecedência;

VI Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VII Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;

VIII Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 9. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente a cada 03 (três) meses e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do “quórum” mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quórum” em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º O “quórum” será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

SEÇÃO I DA ATA

Art. 12. Da Ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III O expediente;

IV O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;

V Todas as propostas por extenso.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Direção Executiva.

Art. 14. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação.

Art. 15. Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pela Direção da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe.

III REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 10004:1987 – Resíduos sólidos: classificação. Rio de Janeiro: ABNT, 1987. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=12345\>. Acesso em: 19 jun. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 12807:1993 – Resíduos de serviços de saúde: terminologia. Rio de Janeiro: ABNT, 1993. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=67890\>. Acesso em: 19 jun. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 12808:1993 – Resíduos de serviços de saúde: classificação. Rio de Janeiro: ABNT, 1993. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=67891\>. Acesso em: 19 jun. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 12809:1993 – Manuseio de resíduos de serviços de saúde: procedimento. Rio de Janeiro: ABNT, 1993. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=67892\>. Acesso em: 19 jun. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 12810:1993 – Coleta de resíduos de serviços de saúde: procedimento. Rio de Janeiro: ABNT, 1993. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=67893\>. Acesso em: 19 jun. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 9191:1993 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo. Rio de Janeiro: ABNT, 1993. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=67894\>.

Acesso em: 19 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018: dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf\> gov.br+3overseas.mofa.go.kr+3gov.br+3. Acesso em: 19 jun. 2025.

SILVA, Lorena E. S. S.; OLIVEIRA, J. S. B.; EVANGELISTA, T. J. et al. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: atenção básica e hospitalar. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 318–337, maio 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3730/3406\> researchgate.net. Acesso em: 19 jun. 2025.

Neópolis (SE), 17 de julho de 2025.

Assinaturas da Diretoria e Membros da Comissão

ANEXO 14 - MINUTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H - NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO

A Comissão de Revisão de Prontuários faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui não só para assegurar a correta assistência ao paciente, mas também para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente.

III FINALIDADE:

Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da

Instituição.

IV COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de um membro médico, um membro do Setor de Faturamento e um enfermeiro. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Geral da UPA 24h Neópolis com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e acordado com a comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

V. MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser oficializado em Publicação Oficial a cada um ano, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Superintendência da UPA 24h Neópolis. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

VI SEDE:

A sede da comissão será a sala de faturamento UPA 2h Neópolis, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VII. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou

ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Superintendente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal, atendendo orientação do Termo de Compromisso de Gestão firmado junto à Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe.

I – Cronograma de Reuniões:

Ano 2025

Agosto	**Setembro**	**Outubro**	**Novembro**	**Dezembro**
06/08	**10/09**	**08/10**	**05/11**	**03/12**

Ano 2026

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
07/01	04/02	04/03	01/04	06/05	03/06	01/07

VIII ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

d) Tipo de Alta.

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

III - Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade **com**

a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência. São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho

realizado.

IX DISPOSIÇOES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O regimento entrará em vigor após ser homologado pela Diretoria e designação dos membros em Publicação Oficial.

X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação: Por Tonello IMS, Nunes RMS, Panaro AP

Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos: Por Marin HF, Massad E, Azevedo Neto RS

Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica: Por Mezzomo AA

Resolução CFM nº 1.821/2007: Determina que o prontuário médico deve ser mantido na instituição por, no mínimo, 20 anos. Por CFM, Temporalidade da guarda.

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DA COMISSÃO

ANEXO 15 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Minuta do Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

I. TÍTULO

Minuta do Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe.

II. DAS FINALIDADES

Art. 1º - O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas para reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares, elevando a qualidade da assistência prestada.

III. DA ESTRUTURA

Art. 2º - A CCIH será constituída como órgão de assessoria à Direção, composta por profissionais de saúde de nível superior, formalmente designados.

Art. 3º - A CCIH será composta por:

- Membros Consultores: representantes dos serviços médico, enfermagem, farmácia, microbiologia e administração;
- Membros Executores: responsáveis diretos pelas ações do controle de infecção hospitalar.

§ 1º - Poderão ser incluídos representantes de outros serviços correlatos.
§ 2º - O Presidente ou Coordenador da CCIH será indicado pela Direção.

IV. DAS COMPETÊNCIAS

(Conteúdo completo reorganizado por artigos e atribuído conforme função: Direção, Presidente, representantes dos serviços.)

V. DO SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

(Organizado por formas escritas e orais: agendas, súmulas, relatórios, comunicados, reuniões gerenciais e técnicas, entre outras.)

VI. DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

(Definição, métodos, indicadores recomendados e responsabilidades da CCIH quanto à vigilância e notificações.)

VII. DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO

(Participação da CCIH na educação continuada e treinamentos voltados ao controle de infecção hospitalar.)

VIII. DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO, JULGAMENTO E RESULTADOS

(Instrumentos de monitoramento, avaliação dos indicadores, comparativos com metas, aplicação de questionários e relatórios.)

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997.
2. Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998.

Neópolis (SE), 18 de julho de 2025.

Assinaturas

Direção da Unidade e Membros da CCIH.

Anexo 16 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Neópolis, Sergipe

I TÍTULO:

COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Neópolis, Sergipe

II OBJETIVO:

O objetivo da CIPA é a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador conforme a Norma Regulamentadora - 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de julho de 1978.

III APLICAÇÃO:

Aplica-se em todos os setores da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, que desenvolve atividades e gere riscos à saúde segurança dos colaboradores.

IV DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS:

- SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.
- CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.
- CSI – Centro de Saúde Infantil
- NR – Norma Regulamentadora
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho

V RESPONSABILIDADES:

- Do SESMT: elaborar, revisar, controlar esse regimento;
- Diretoria Administrativa: aprovar este documento;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente: a padronização e o controle do documento;
- Todos os setores: Seguir as determinações deste regimento.

VI DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO:

A CIPA tem por competência regulamentar a organização e o funcionamento, bem como agregar as principais regras que deverão disciplinar o desenvolvimento dos trabalhos da comissão interna de prevenção de acidentes CIPA da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe.

VII A CIPA TERÁ POR ATRIBUIÇÃO:

- Acompanhar o processo de identificação de perigos e avaliação de riscos bem como a adoção de medidas de prevenção implementadas pela organização;
- Registrar a percepção dos riscos dos trabalhadores, em conformidade com o subitem 1.5.3.3 da NR-1, por meio do mapa de risco ou outra técnica ou ferramenta apropriada à sua escolha, sem ordem de preferência, com assessoria do Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, onde houver;
- Verificar os ambientes e as condições de trabalho visando identificar situações que possam trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Elaborar e acompanhar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva em segurança e saúde no trabalho;
- Participar no desenvolvimento e implementação de programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Acompanhar a análise dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, nos termos da NR-1 e propor, quando for o caso, medidas para a solução dos problemas identificados;
- Requisitar à organização as informações sobre questões relacionadas à segurança e

saúde dos trabalhadores, incluindo as Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT emitidas pela organização, resguardados o sigilo médico e as informações pessoais;

- Propor ao SESMT, quando houver, ou à organização, a análise das condições ou situações de trabalho nas quais considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores e, se for o caso, a interrupção das atividades até a adoção das medidas corretivas e de controle; e
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT, conforme programação definida pela CIPA.

VIII RESPONSABILIDADES DOS INTEGRANTES DA CIPA:

Cabe ao Presidente

a) convocar os membros para as reuniões;

b) coordenar as reuniões, encaminhando à organização e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão.

Cabe ao Vice Presidente

- Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;
- O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições;
- • Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- Para cada reunião ordinária ou extraordinária, os membros da CIPA designarão o secretário responsável por redigir a ata.

IX DISPOSIÇÕES GERAIS:

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas na organização, preferencialmente de forma presencial, podendo a participação ocorrer de forma remota.

Como a Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe funciona (24h) vinte e quatro horas, o turno das reuniões será decidido, por meio de votação, entre os membros da comissão (indicados e eleitos) que estiverem presentes na data da posse.

Para cada reunião ordinária ou extraordinária, os membros da CIPA designarão o secretário responsável por redigir a ata.

As decisões da CIPA serão, preferencialmente, por consenso. Não havendo consenso, a CIPA deve regular o procedimento de votação e o pedido de reconsideração da decisão.

As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes, as atas das reuniões devem ser disponibilizadas a todos os integrantes da CIPA, podendo ser por meio eletrônico.

As atas devem ficar na Instituição à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- Houver solicitação de uma das representações.

X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Norma Regulamentadora 5 (NR – 5).

Neópolis (SE), 17 de julho de 2025.

Assinaturas da Diretoria e Membros da Comissão

ANEXO 17 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE

I TÍTULO:

COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Neópolis, Sergipe

II FINALIDADE:

Estabelecer as normas de organização, funcionamento e atribuições do Serviço de Enfermagem (COREN/SE), garantindo:

- Assistência segura, humanizada e baseada em evidências;
- Integração multiprofissional e alinhamento às políticas institucionais;
- Cumprimento das diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e legislação vigente.

III COMPOSIÇÃO E CATEGORIAS PROFISSIONAIS:

Será composto por:

CATEGORIA	ATRIBUIÇÕES
Enfermeiros	Responsáveis pela gestão da assistência, supervisão e elaboração de protocolos.
Técnicos em Enfermagem	Executam cuidados diretos sob supervisão do enfermeiro.
Auxiliares de Enfermagem	Apoiam atividades básicas, conforme competências legais.
Equipe de Apoio	Secretários, auxiliares administrativos e outros profissionais vinculados a Intituição.

Observação: Todos os profissionais devem ter registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SE).

IV DAS ELEIÇÕES:

a) Os Membros da Comissão de Ética da Enfermagem serão eleitos dentre os integrantes do Corpo assistencial da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os profissionais da Enfermagem que ocupam os cargos de Diretores, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética da Enfermagem;

b) Os Membros da Comissão de Ética da Enfermagem que posteriormente tornarem-se Diretores, Administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato;

c) A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito;

d) As eleições para as Comissões de Ética da Enfermagem serão realizadas anualmente;

e) A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

f) O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

g) A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

h) Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Sergipe para os devidos assentamentos;

i) Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral,

em Segunda instância a Comissão de Ética da Enfermagem e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe);

j) Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral;

l) As Comissões de Ética da Enfermagem eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição;

m) Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão;

V MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser oficializado em Publicação Oficial a cada um ano, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Direção da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

VI SEDE:

A sede da comissão será a sala de reunião multidisciplinar da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VII FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

VIII DIREITOS E DEVERES:

a) Direitos

Participar de capacitações e programas de educação continuada;

Acesso a recursos materiais e condições de trabalho adequadas;

Voz em reuniões técnicas e comissões de qualidade;

Proteção contra assédio moral ou discriminação.

b) Deveres

Cumprir rotinas assistenciais e protocolos clínicos (ex.: higienização, prevenção de infecções);

Registrar prontuários com precisão e sigilo;

Notificar eventos adversos e não conformidades;

Manter conduta ética conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

IX ESTRUTURA ORGANIZACIONAL:

a) Núcleo de Gestão

Chefe do Serviço de Enfermagem: Liderança estratégica e articulação com a Diretoria Clínica.

Supervisores de Unidade: Responsáveis por setores específicos (ex.: Pronto Socorro, Pediatria, Centro Cirúrgico, Internamento e etc).

Enfermeiros de Referência: atuam como multiplicadores de conhecimento em suas áreas.

Mandato: 2 anos, com possibilidade de recondução.

b) Comissões Vinculadas

Comissão de Segurança do Paciente: Implementa ações para reduzir riscos.

Comissão de Educação Permanente: Planeja treinamentos e simulados.

X PROCESSO DE ADMISSÃO E DESLIGAMENTO:

a) Credenciamento

Exigências:

- Diploma/registro profissional válido;
- Currículo comprovado;
- Entrevista e avaliação técnica.

b) Desligamento

Voluntário: Solicitação formal com aviso prévio de 30 dias.

Administrativo: Descumprimento de normas ou desempenho insatisfatório.

Ético-Disciplinar: Infração grave (ex.: negligência, falsificação de registros).

Processo: Direito a ampla defesa perante a Comissão de Ética.

XI NORMAS DE ATUAÇÃO:

Plantões: Escalas definidas com antecedência, respeitando carga horária legal.

Emergências: Priorização de casos conforme classificação de risco.

Documentação:

- Preenchimento eletrônico ou manual em até 24h após o cuidado;
- Sigilo absoluto conforme LGPD.

XII AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO:

Critérios:

- Qualidade assistencial (auditorias internas);
- Participação em projetos de melhoria;
- Feedback de pacientes e equipe.

Periodicidade: Anual, com plano de desenvolvimento individual (PDI).

XIII DISPOSIÇÕES FINAIS

Revisões: Anuais ou conforme atualizações legais.

Sanções: Infrações leves (advertência) a graves (desligamento).

Dúvidas: Encaminhadas ao Núcleo de Gestão da Instituição.

IX APROVAÇÃO

Homologado pela Diretoria Executiva e Conselho de Enfermagem após consulta à equipe.

X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARONE, E. M. O COREN promove encontros para debater Comissões de Ética de Enfermagem. *Boletim Informativo do COREN*, [Sergipe], ano 17, p. 6, jun. 1993.

CHAMMA, R. Coordenação faz balanço das Comissões de Ética. *Jornal do COREN-SP*, São Paulo, nov./dez. 1997, v. 20, n. 13, p. 14–15.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973: cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE. Atos normativos: resoluções. Sergipe, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE. Regimento para a criação, formação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem. Sergipe, 1996.

GOMES, J. C. M. O ensino de ética dos profissionais de saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 53–64, 1996.

MENDES, H. W. B.; CALDAS, A. L. Jr. Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 5–13, dez. 1999.

Neópolis (SE), 26 de junho de 2025.

Assinaturas Diretoria e Membros da Comissão

ANEXO 18 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Neópolis, Sergipe

I TÍTULO
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Neópolis, Sergipe

II DAS DEFINIÇÕES:

Artigo 1º - A Comissão de Ética Médica é o Órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do estado de Sergipe, junto a Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução nº 2.152/2026 do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe. Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Artigo 2º - A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, médicos, eleitos dentre o corpo clínico Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

a) Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

b) Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

III DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:

a) Eleger o Presidente e Secretário;

b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste regimento;

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º - A Comissão de Ética Médica reunir-se-à uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

a) A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;

b) As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos.

IV DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Artigo 5º - São suas atribuições:

a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe;

b) Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

c) Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

d) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

e) Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

f) Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

V DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Artigo 6º - As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

a) Reclamação por escrito e devidamente identificada;

b) Comunicação escrita do Diretor Clínico;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;

e) Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe.

Parágrafo 1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológicas.

Parágrafo 2º - Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

Artigo 7º - Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 8º - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

a) O acesso a estes documentos serão facultados somente às partes e a Comissão de Ética Médica;

b) Toda e qualquer peça compilada a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 10º - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica podará solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Artigo 11º - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe, pôr se tratar do único Órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 13º - Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe.

VI DAS ELEIÇÕES

Artigo 14º - Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e direto de seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de Diretores Clínicos, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único - Os Membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tornarem-se Diretores Clínicos, Administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º - A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º- As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no Dia do Médico, isto é no dia 18 de outubro, nos anos pares.

a) A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

b) O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

c) A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

d) Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe para os devidos assentamentos.

Artigo 17º- Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética Médica e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 18º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 21º- Das atribuições:

a) O integrantes eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe;

b) A Comissão de Ética Médica manterá sob caráter confidencial as informações recebidas;

c) O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;

d) O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica;

e) Aprovada a Resolução nº 2.152/2016 do Conselho Federal de Medicina, que foi utilizada na redação deste presente Regimento.

VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

COLTRI, M. V.; DANTAS, E. V. S.; FRANÇA, G. V. Comentários ao Código de Ética Médica. [S.l.]: [s.n.], [s.d.].

SOARES, F. J. P.; SHIMIZU, H. E.; GARRAFA, V. Código de ética médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. [S.l.]: [s.n.], [s.d.].

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL (CRM-DF). Manual das comissões de ética médica. Brasília: CRM-DF, [s.d.].

Neópolis (SE), 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIA E MEMBROS DA COMISSÃO

ANEXO 19 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE

I TÍTULO:

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Neópolis, Sergipe.

II FINALIDADE:

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos.

III COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é composta pelos seguintes membros:
Representantes da administração da UPA;
Representantes da Farmácia Hospitalar Representantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
Representante da área de Enfermagem;
Representante da área de Medicina Intensiva;
Representante da área de Urgência e Emergência e
Representante da área de Infectologia.

IV MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria;
A relação dos membros deverá ser publicada em Imprensa Oficial a cada 12 (doze) meses, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento;

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Direção da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe;

Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão e

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados aos órgãos competentes.

V SEDE

A sede da comissão será a sala da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, com infraestrutura básica necessária para o seu funcionamento.

VI FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica e Diretoria Geral.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

VII ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

a) Elaborar a padronização de medicamentos;
b) Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para a padronização de medicamentos;
c) Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
d) Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua farmacoeconomia como mais um critério para a sua padronização;
e) Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;
f) Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados;
g) Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira;
h) Revisar periodicamente as normas de prescrição;
i) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
j) Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
k) Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de

farmacovigilância;

l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
m) Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da UPA em assuntos de sua competência;
n) Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
o) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Continuada e Permanente;
p) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe;
q) Orientar e promover o controle de medicamentos de uso restrito.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões;
b) Representar a comissão junto à Diretoria da UPA, ou indicar seu representante;
c) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
d) Fazer cumprir o regimento. Nas decisões da comissão o presidente possui voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

São atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência. São atribuições e competências da Secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;
b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

VIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com o diretor técnico da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe.

Esse regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O presente regimento entra em vigor com aprovação de alterações realizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica em reunião realizada.

IX REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia de Saúde e Desenvolvimento. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Farmacêutica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COMISSÃO DE FARMACOLOGIA DA DIRETORIA CLÍNICA E DIVISÃO DE FARMÁCIA – INSTITUTO CENTRAL HCFMUSP. *Guia farmacoterapêutico HC 2008-2010*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. p. 25–40.

GREEN, Terry; BEITH, Alix; CHALKER, John. Rational Pharmaceutical Management Plus Program, Center for Pharmaceutical Management, Management Sciences for Health. *Revista Farmacoterapêutica do CEBRIM*, Brasília, ano VIII, n. 4, [s.d.].

MARIN, N. *et al.* Assistência farmacêutica. In: _____. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. Cap. 3, p. 115–132.

MOYNIHAN, R. Drug spending in North America rose by 11% in 2003. *BMJ*, London, v. 328, p. 727, 2004.

Neópolis (SE), 17 de julho de 2025.

ANEXO 20 - MINUTA REGIMENTO COMISSÃO VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE

I TÍTULO

COMISSÃO DE REVISÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Neópolis, Sergipe

I FINALIDADE

Art. 1º Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação do Art. 7.º, inc. VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007 que torna obrigatória a criação da Comissão de Análise de Óbitos nas instituições de saúde.

Art. 2º A Comissão de Análises de Óbitos é um organismo de natureza multidisciplinar que visa à padronização de critérios para otimizar o funcionamento da comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Art. 3º A atuação da Comissão de Análise de Óbitos é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 4º As deliberações da Comissão de Análise de Óbitos, visando à correção ou reparação de distorções e irregularidades verificadas nas análises dos óbitos e no preenchimento das Declarações de Óbitos (DO's), devem ser encaminhadas à Direção Técnica para as providências subsequentes.

Art. 5º As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo presidente.

São finalidades da Comissão de Análise de Óbitos:

d) Atender as determinações do Art. 7.º, inc. VIII, alínea "g" da Resolução Interministerial n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007;
e) Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos;
f) Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

II COMPOSIÇÃO

Art. 6º A Comissão de Análises de Óbitos será nomeada e composta por membros do quadro de funcional da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, médico, enfermeiro e outro profissional da área da saúde, em Ato administrativo, validado e torná-lo público em Publicação Oficial.

Poderão fazer parte, como membros convidados, outros profissionais quando solicitados para tratar de assuntos pertinentes à Comissão.

III MANDATO

Art. 7º O mandato dos membros da Comissão de Análise de Óbitos deverá ser de 12 (doze) meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Direção da UPA para alteração do Ato administrativo.

IV REUNIÕES

Art. 8º Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas,

sem justificativa, ou ainda em seis reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou do seu vice presidente, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

V FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Art. 9º As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 10º As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta próprio contendo data, horário da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 11º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, sendo convocadas pelo Presidente e, na sua ausência, pelo Vice Presidente.

Art. 12º Após cada reunião, deverá ser elaborado um relatório para envio à Direção Técnica Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe.

Art. 13º Os óbitos analisados pela Comissão de Óbitos que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado à comissão de ética da UPA.

VI ATRIBUIÇÕES:

Art. 14º São atribuições dos membros da Comissão de Óbitos:

1) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

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

3) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

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

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

6) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

7) Propor melhorias dos processos internos a partir da análise das não conformidades dos prontuários;

8) Zelar pelo sigilo ético das informações;

9) Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pela comissão de ética médica ou outro serviço interessado;

10) Assessorar a direção da instituição em assuntos de sua competência;

11) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

12) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

Art. 15º São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice Presidente, na ausência do presidente:

1) Convocar e presidir as reuniões;
2) Indicar seu substituto;
3) Representar a comissão junto à diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
4) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;
5) Fazer cumprir o regimento;
6) Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 16º São atribuições da secretaria da Comissão:
1) Organizar a ordem do dia;
2) Receber e protocolar os processos e expedientes;
3) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
4) Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias; 5) Organizar e manter o arquivo da comissão;
6) Preparar a correspondência;
7) Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
8) Solicitar ao SAME (serviço de arquivo médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VII DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Direção Técnica.

Art. 18º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 19º O regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Técnica.
O regimento entrará em vigor após ser homologado pela Diretoria e designação dos membros em Publicação Oficial.

VIII HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	ALTERAÇÕES
000	Emissão Inicial

IX REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades Hospitalares e de Pronto-atendimento (24h), e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. p. 70.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Diário Oficial da União, 9 ago. 2002.

Neópolis (SE), 17 de julho de 2025.

Assinaturas da Diretoria e Membros da Comissão

ANEXO 21 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE NEAR MISS, MOTARLIDADE MATERNA, FETAL E NEONATAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

I TÍTULO:

COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE NEAR MISS, MORTALIDADE MATERNA, FETAL E NEONATAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLIS

II DEFINIÇÃO:

A Comissão de Prevenção de Near Miss, Mortalidade Materna, Fetal e Neonatal tem como objetivo principal analisar e discutir casos de óbitos e near misses (quase acidentes) maternos, fetais e neonatais, com o intuito de identificar falhas na assistência à saúde e propor medidas para prevenir ocorrências futuras. Os casos omissos no regimento da comissão serão resolvidos pela própria comissão, garantindo que todas as situações sejam devidamente avaliadas e tratadas

III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

CAPÍTULO I DA COMPOSIÇÃO:

Art 1º. A Superintendência da UPA 24h Neópolis institui a Comissão de Prevenção de Near Miss, mortalidade materna, fetal e neonatal.

Art 2º. A Comissão tem natureza institucional, multiprofissional e confidencial que visa identificar todos os óbitos maternos, fetais e neonatais, recomendando medidas de intervenção para a sua prevenção dentro da sua área de abrangência.

Art 3º. A atuação da Comissão será técnica, científica, sigilosa, não coerciva e educativa.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS:

Art 4º. São Objetivos da Comissão de Prevenção de Near Miss, mortalidade materna, fetal e neonatal:

I Conscientizar as equipes de saúde envolvidas na assistência à gestante/puérpera e recémnascido sobre a gravidade da morte materna, fetal e neonatal, seus efeitos sociais e de saúde e as formas de evitá-la;

II Aumentar a quantidade e a qualidade do conhecimento disponível sobre os níveis da morte materna, fetal e neonatal, suas causas e os fatores de risco associados;

III Avaliar o efeito das intervenções sobre a morbidade, mortalidade e a qualidade da assistência à saúde da mulher e do concepto durante o pré-natal, o parto e o pós-parto;

IV Recomendar ações adequadas de prevenção às mortes maternas, fetais e neonatais a todas as unidades de saúde da instituição que assistem à gestante, puérpera e recém-nascido.

CAPÍTULO III DOS CONCEITOS

Art 5º. Serão adotados os seguintes conceitos para os termos utilizados pela Comissão de Prevenção de Near Miss, mortalidade materna, fetal e neonatal:

I Morte materna: morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

II Morte fetal: morte de um produto de concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo materno. Esta comissão irá analisar apenas mortes de fetos com mais de 20 semanas de gestação ou peso acima de 500g, quando a idade gestacional for desconhecida.

III Morte neonatal: morte de uma criança antes de completar 28 dias de vida.

IV Near miss materno: casos de mulheres que sobrevivem a complicações graves relacionadas à gravidez, parto e pós-parto. Sendo descrito também como uma situação de quase morte, mas em que a mulher sobreviveu no período da gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação.

IV Near miss neonatal: evento mórbido que quase resultou na morte de uma criança nos primeiros 28 dias de vida. Podem ser considerados fatores relacionados ao near miss neonatal: peso ao nascer inferior a 1.500 gramas, escore de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida, idade gestacional menor que 32 semanas, utilização de ventilação mecânica, presença de malformação congênita.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES:

Art. 6º. São atribuições da Comissão:

I Investigar os óbitos maternos, fetais e neonatais ocorridos dentro da UPA 24h Neópolis, verificando a natureza do óbito, as circunstâncias em que ocorreu e a análise dos aspectos de prevenção da morte e na identificação dos fatores associados ao evento;

II Investigar os casos de near miss maternos e neonatais, ambos sob demanda das unidades assistenciais, ocorridos dentro da UPA 24h Neópolis, verificando a natureza do evento, as circunstâncias em que ocorreu e a análise dos aspectos de prevenção do evento;

III Divulgar relatórios periódicos para a Superintendência com objetivo de planejar estratégias para redução das mortes maternas, fetais e neonatais;

IV Elaborar propostas de medidas de intervenção para a redução de óbito materno, fetal e neonatal a partir dos estudos dos casos avaliados.

CAPÍTULO V DA COMPOSIÇÃO:

Art. 7º. A comissão será formada por, no mínimo, 06 (seis) membros indicados pela Superintendência e em parceria com a SMS Neópolis, sendo assim distribuídos:

I Representante médico obstetra da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher;

II Representante médico neonatologista da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi Intensivos Neonatais;

III Representante enfermeiro da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher;

IV Representante enfermeiro da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi Intensivos Neonatais;

V Representante da Unidade de Vigilância em Saúde;

VI Representante da Unidade de Anatomia Patológica.

Art. 8º. O mandato dos membros na Comissão será de 02 (dois) anos, podendo ser prorrogado;

Art. 9º. Poderá ocorrer substituição de algum membro somente após emissão de portaria pela Superintendência.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO:

Art. 10º. A Comissão reunir-se-á, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1º **O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado** pela **Comissão até o mês de agosto/2025**;

§ 2º – A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o quorum mínimo de 3 membros em cada sessão;

§ 3º – As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência;

§ 4º – É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão tomada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza;

§ 5º - As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes.

Art. 11º. Os membros realizarão as atividades por meio de reuniões presenciais, com carga horária mensal de oito horas;

Art. 12º. A rotina das reuniões da Comissão será a seguinte:

I Abertura dos trabalhos pelo presidente e, em caso de sua ausência, será realizada a escolha de outro membro pelo grupo para presidir a reunião;

II Verificação de presença e existência de quorum;

III Aprovação da ata da reunião anterior;

IV Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;

V Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;

VI Organização da pauta da próxima reunião;

VII Encerramento da reunião.

§ 1º – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria simples, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

CAPÍTULO VII DA COMPOSIÇÃO:

Art. 13º. São atribuições do Presidente da Comissão:

I Convocar e presidir as reuniões;

II Indicar seu substituto, se necessário;

III Representar a comissão junto à alta governança da Instituição ou outros órgãos municipais ou estaduais;

IV Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros;

V Fazer cumprir o regimento;

VI Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 14º. São atribuições dos membros da Comissão:

I Analisar e emitir parecer sobre casos que tenham ocorrido a partir da data de início da comissão;

II Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos e casos de near miss;

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

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

V Zelar pelo sigilo ético das informações;

VI Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço da instituição;

VII Elaborar relatório trimestral de atividades desenvolvidas pela Comissão.

CAPÍTULO VIII DA EXCLUSÃO:

Art. 15º. Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

Art. 16º. Os casos omissos desse regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

IV REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ayres JR de CM, Franca Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R,

organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. pp. 49-72

Bittencourt SD de A, Dias MAB, Wakimoto MD. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: EaD/ENSP; 2013. 268 pp.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990, setembro de 20; 182 (seção I):18055-59.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56 pp.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS nº 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2004a Jun 17; Seção I:56.

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIAS E MEMBROS DA COMISSÃO

ANEXO 22 - REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA Neópolis– UPA NEÓPOLIS

INTRODUÇÃO

A Comissão de Segurança do Paciente (CSP) constitui um espaço institucional de diálogo e construção coletiva, dedicado à análise das práticas e realidades dos serviços hospitalares, com foco na promoção de uma cultura de segurança e na melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde. Trata-se de instância transversal, composta por profissionais de diferentes áreas, cuja atuação integrada é essencial para o fortalecimento das ações de vigilância e prevenção de incidentes assistenciais.

CAPÍTULO I – DO CONCEITO

Art. 1º A Comissão de Segurança do Paciente (CSP) é uma instância colegiada, com composição multidisciplinar, constituída nos termos da Portaria GM/MS nº 529/2013 e da Resolução RDC nº 36/2013 da ANVISA, com competências definidas neste Regimento Interno e vinculada à Direção Geral da UPA Neópolis.

CAPÍTULO II – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à Comissão de Segurança do Paciente:

I – Assessorar a Direção da Unidade em temas relacionados à segurança do paciente;

II – Elaborar o Plano Bianual de Segurança do Paciente de forma participativa;

III – Promover estudos, diagnósticos situacionais, planos de ação e pesquisas voltadas à prevenção de incidentes;

IV – Estimular a cultura de segurança por meio de campanhas, formações e ações educativas;

V – Manter articulação com comissões correlatas internas e externas à Unidade;

VI – Monitorar a implementação e eficácia das medidas previstas no Plano de Segurança do Paciente;

VII – Aprovar o Plano Bianual em reunião com quórum mínimo de dois terços de seus membros;

VIII – Receber, analisar e deliberar sobre demandas de colaboradores, usuários e órgãos parceiros;

IX – Participar de eventos, campanhas e atividades voltadas à promoção da segurança do paciente;

X – Divulgar os resultados, pareceres e ações da CSP por meios apropriados, internos e externos.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A CSP será composta, no mínimo, pelos seguintes membros:

I – Um representante da Gerência de Atenção à Saúde;

II – Um enfermeiro da Divisão de Enfermagem;

III – Um médico da Divisão Médica;

IV – Um farmacêutico da Farmácia da UPA Neópolis, Sergipe;

V – Outros profissionais poderão ser convidados, conforme necessidade.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 4º Aos membros da CSP competem as seguintes atribuições:

I – Coordenador da CSP

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Aprovar e assinar atas, após discussão em plenário;

c) Designar relatores para pareceres e estudos específicos;

d) Autorizar a participação de convidados externos;

e) Publicizar as deliberações da Comissão;

f) Desempatar votações, quando necessário;

g) Zelar pela observância deste Regimento;

h) Propor alterações regimentais, quando necessário;

i) Resolver os casos omissos, ad referendum da Comissão.

II – Coordenador Substituto

a) Auxiliar nos trabalhos da CSP e substituir o Coordenador em suas ausências;

b) Comparecer às reuniões e justificar ausências, quando houver;

c) Participar da organização do planejamento bianual.

III – Demais Membros

a) Cumprir as designações e atribuições que lhes forem conferidas;

b) Participar assiduamente das reuniões, justificando ausências com antecedência.

Parágrafo único: O membro que acumular 3 (três) faltas consecutivas não justificadas será substituído, mediante indicação da área correspondente, com nova nomeação em até 30 (trinta) dias.

CAPÍTULO V – DAS REUNIÕES E COMUNICAÇÕES

Art. 5º As reuniões da CSP serão:

I – Ordinárias: realizadas mensalmente, com data fixada pelo Coordenador;

II – Extraordinárias: convocadas conforme necessidade ou urgência.

§1º A convocação deve ocorrer com, no mínimo, 5 (cinco) dias de antecedência, preferencialmente por meio eletrônico.

§2º As reuniões poderão ser realizadas de forma presencial ou virtual.

§3º As comunicações e materiais da CSP poderão ser tramitados por canais eletrônicos oficiais.

Art. 6º As reuniões ordinárias devem conter, preferencialmente, a seguinte pauta:

I – Informes gerais;

II – Leitura e aprovação da ata anterior;

III – Apresentação de expedientes e deliberações;

IV – Ordem do dia;

V – Avaliação de resultados e encaminhamentos.

Art. 7º Reuniões conjuntas com outras comissões da UPA poderão ser realizadas mediante solicitação da Direção Geral, seguindo o regimento da comissão convocante.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º As decisões da CSP serão tomadas por maioria simples dos membros presentes, mediante voto aberto.

Art. 9º Este Regimento poderá ser alterado por proposta do Coordenador ou de qualquer membro, mediante aprovação da maioria simples da Comissão.

Art. 10 Este Regimento entra em vigor após aprovação em reunião da Comissão e homologação pela Direção Geral da UPA Neópolis, revogando-se disposições anteriores em contrário.

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIAS E MEMBROS DA COMISSÃO

ANEXO 23 - REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – UPA NEÓPOLIS

CAPÍTULO I – DA FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) da Unidade de Pronto Atendimento UPA Neópolis tem como finalidade planejar, coordenar, executar e monitorar ações de vigilância epidemiológica relativas às Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (DNC), bem como outras situações de interesse à saúde pública.

Art. 2º Compete ao NVEH realizar a coleta, análise e interpretação sistemática de dados sobre o estado de saúde de pacientes e colaboradores da Unidade, visando subsidiar a tomada de decisões, a adoção de medidas de prevenção e controle e a melhoria da qualidade assistencial.

Art. 3º O Núcleo integra a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), observando a legislação federal pertinente, incluindo a Portaria GM/MS nº 2.254, de 5 de agosto de 2010.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O NVEH será composto, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

I – Enfermeiro(a);

II – Médico(a);

Art. 5º A equipe poderá ser ampliada conforme a complexidade da Unidade, considerando critérios técnicos e a necessidade do serviço. Todos os membros devem possuir formação superior, preferencialmente com experiência ou qualificação em Vigilância Epidemiológica.

CAPÍTULO III – DAS REUNIÕES

Art. 6º As reuniões do NVEH ocorrerão:

I – Ordinariamente, uma vez por mês;

II – Extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação da coordenação ou demanda institucional.

§1º Poderão ser convidados, a critério do Núcleo, representantes de setores estratégicos ou instituições externas, quando necessário ao desenvolvimento das atividades.

§2º Todas as reuniões deverão ser registradas em atas, contendo a pauta, deliberações, lista de presença e outras informações pertinentes.

§3º É facultado aos membros solicitar o reexame de deliberações anteriores, desde que apresentem justificativa técnica ou legal fundamentada.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º Compete aos membros do Núcleo:

I – Realizar busca ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos de notificação compulsória, em todos os setores da Unidade;

II – Notificar e investigar, em tempo oportuno, os casos registrados, utilizando os sistemas oficiais (e-SUS VE, SIVEP-Gripe, entre outros), conforme a Lista Nacional de DNC (Portaria nº 115-R, de 04 de agosto de 2022);

III – Comunicar às autoridades sanitárias (SMS e SES), no prazo máximo de 24 horas, os eventos de Notificação Compulsória Imediata (NCI);

IV – Atuar no controle de surtos e interrupção de cadeias de transmissão, em articulação com os órgãos competentes;

V – Participar, quando designado, de comissões e grupos técnicos estratégicos da Unidade;

VI – Definir e acompanhar indicadores operacionais e de desempenho da vigilância epidemiológica hospitalar;

VII – Estabelecer fluxo com laboratórios internos e externos para envio de amostras e recepção de resultados relacionados às DNC;

VIII – Promover ações de capacitação e sensibilização contínua das equipes assistenciais quanto à importância da notificação;

IX – Realizar estudos, relatórios e divulgações do perfil de morbimortalidade hospitalar, com vistas ao planejamento da assistência;

X – Elaborar e divulgar informes epidemiológicos conforme orientações das autoridades sanitárias (MS, SES, SMS);

XI – Orientar e monitorar medidas de precaução e isolamento em casos notificados de DNC.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º Este Regimento poderá ser modificado por proposta da maioria dos membros do NVEH, mediante aprovação em reunião formal e posterior validação pela Direção Geral da Unidade.

Art. 9º O funcionamento do Núcleo seguirá, além das diretrizes aqui dispostas, a legislação federal, estadual e municipal vigente, bem como os protocolos internos definidos por Instruções Técnicas (ITs) próprias.

Art. 10 Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, revogando-se quaisquer disposições anteriores em contrário.

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIAS E MEMBROS DA COMISSÃO

ANEXO 24 - REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO– UPA NEÓPOLIS

TÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º

O presente Regimento Interno estabelece a estrutura, a finalidade, as atribuições e o funcionamento do Núcleo Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho da Unidade de Pronto Atendimento UPA Neópolis(UPA Neópolis), observadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a legislação vigente em segurança e saúde do trabalhador.

TÍTULO II – DA FINALIDADE

Art. 2º

O Núcleo será composto por profissionais das seguintes áreas:

I – Engenharia de Segurança do Trabalho;

II – Medicina do Trabalho;

III – Enfermagem do Trabalho;

IV – Técnicos em Segurança do Trabalho;

V – Representantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

VI – Outros profissionais de saúde e áreas correlatas, conforme demanda e critério da Direção da Unidade.

IV – Assessorar os diversos setores da unidade no cumprimento das Normas Regulamentadoras (NRs) e protocolos institucionais de segurança laboral.

TÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º

O Núcleo será composto por profissionais das seguintes áreas:

I – Engenharia de Segurança do Trabalho;

II – Medicina do Trabalho;

III – Enfermagem do Trabalho;

IV – Técnicos em Segurança do Trabalho;

V – Representantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

VI – Outros profissionais de saúde e áreas correlatas, conforme demanda e critério da Direção da Unidade.

Art. 4º

A coordenação do Núcleo será exercida por um(a) Coordenador(a) designado(a) pela Direção Geral da UPA, para mandato de 2 (dois) anos, permitida uma recondução consecutiva.

TÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º

Compete ao Núcleo:

I – Formular e supervisionar a execução das políticas internas de Saúde e Segurança do Trabalho (SST);

II – Realizar inspeções técnicas regulares nos diversos setores da unidade, elaborando relatórios técnicos e recomendações de mitigação de riscos;

III – Promover campanhas de conscientização, treinamentos específicos e simulações de emergência;

IV – Emitir laudos técnicos, pareceres especializados e acompanhar os indicadores de desempenho em SST;

V – Colaborar na gestão de riscos ocupacionais e na promoção da segurança tanto do paciente quanto do trabalhador da saúde.

TÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º

O Núcleo reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado por seu Coordenador ou por deliberação da Direção Geral da UPA.

Art. 7º

As deliberações serão tomadas por maioria simples dos membros presentes.

Art. 8º

Todas as reuniões e atividades deverão ser devidamente registradas em atas, arquivadas fisicamente e/ou em meio digital, e disponibilizadas para auditoria, controle institucional e prestação de contas junto à Direção Geral.

TÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção Geral da UPA, em conjunto com a Coordenação do Núcleo, observando-se as normas legais e institucionais pertinentes.

Art. 10

Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, revogando-se as disposições anteriores em contrário.

Neópolis(SE), 17 de julho de 2025.

ASSINATURAS DIRETORIAS E MEMBROS DA COMISSÃO

ANEXO 25 - REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA NEÓPOLIS

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente Regimento Interno estabelece as normas de funcionamento, organização e competências do Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidade de Pronto Atendimento UPA Neópolis, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da gestão hospitalar.

Art. 2º O NIR configura-se como instância técnico-administrativa vinculada à Direção Geral e à Gerência Assistencial, com a finalidade de coordenar, de forma sistêmica e eficiente, o acesso aos leitos e demais recursos assistenciais da unidade, promovendo equidade, integralidade e resolubilidade no cuidado.

Art. 3º As ações do NIR devem alinhar-se aos protocolos institucionais e às normativas vigentes dos sistemas de regulação municipais, estaduais e federais.

CAPÍTULO II – DOS OBJETIVOS

Art. 4º São objetivos do Núcleo Interno de Regulação:

I – Gerenciar a oferta e ocupação de leitos destinados à internação, observação e outros procedimentos assistenciais;

II – Monitorar, em tempo real, a taxa de ocupação e a liberação de vagas na Unidade;

III – Otimizar o fluxo de pacientes entre os diversos setores da UPA;

IV – Garantir o uso racional e eficiente dos recursos humanos, físicos e tecnológicos disponíveis;

V – Favorecer a articulação entre os setores assistenciais e administrativos, promovendo fluidez e continuidade no atendimento.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A composição do NIR será definida pela Direção Geral da UPA, podendo incluir os seguintes profissionais, conforme a complexidade e estrutura da unidade:

I – Coordenador do NIR (preferencialmente médico);

II – Profissionais de enfermagem;

III – Assistente social;

IV – Profissionais administrativos e técnicos;

V – Outros profissionais indicados pela Direção, conforme necessidade institucional.

CAPÍTULO IV – DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Compete ao Núcleo Interno de Regulação:

I – Monitorar continuamente os leitos disponíveis, ocupados e bloqueados, mantendo sistema de controle atualizado;

II – Validar e autorizar internações, observando critérios clínicos, prioridades assistenciais e disponibilidade de recursos;

III – Apoiar o processo de alta segura e a adequada transição de cuidados entre setores e unidades;

IV – Interagir com a Central de Regulação de Leitos Estadual, quando for o caso, garantindo a fluidez do sistema;

V – Elaborar relatórios gerenciais periódicos contendo indicadores de desempenho assistencial e ocupação de leitos;

VI – Atuar com responsabilidade ética, transparência e isenção técnica nas decisões regulatórias, zelando pela equidade no acesso.

CAPÍTULO V – DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 7º O NIR funcionará em regime definido pela Direção da Unidade, podendo ser em escala administrativa, plantonista ou 24 horas, conforme a necessidade operacional da UPA.

Art. 8º As decisões do NIR deverão estar baseadas em protocolos assistenciais, critérios clínicos de prioridade e nas diretrizes institucionais, sempre com vistas à efetividade do cuidado.

Art. 9º Reuniões periódicas deverão ser realizadas para avaliação dos fluxos, discussão de casos complexos e análise de indicadores, com o intuito de promover melhorias contínuas nos processos regulatórios.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 Os casos omissos ou situações excepcionais não previstas neste Regimento serão analisados pela Direção Geral, em conjunto com a Coordenação do NIR, observando-se a legislação vigente.

Art. 11 Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Geral da Unidade de Pronto Atendimento UPA Neópolis, revogando-se quaisquer disposições anteriores em contrário.

ANEXO 26 - REGIMENTO DA COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (CMTN)

REGIMENTO DA COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (CMTN)

Capítulo I – Finalidade e Princípios

Art. 1º – A Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional tem como missão promover a avaliação, o planejamento, o monitoramento e a implementação de estratégias terapêuticas nutricionais, baseadas em evidências científicas, com foco na segurança do paciente, na efetividade das intervenções e na integralidade do cuidado multiprofissional.

Art. 2º – A atuação da CMTN será norteada por princípios de interdisciplinaridade, ética profissional, equidade no acesso às terapias nutricionais e respeito às particularidades clínicas e culturais dos pacientes assistidos.

Capítulo II – Composição e Designação

Art. 3º – A comissão será composta por, no mínimo, quatro categorias profissionais, com atuação direta nos processos de terapia nutricional: nutricionista, médico, enfermeiro e farmacêutico. A inclusão de outros profissionais, como fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas ou assistentes sociais, poderá ser realizada conforme a complexidade dos casos clínicos e as demandas institucionais.

Art. 4º – A coordenação da comissão será exercida por um de seus membros, preferencialmente o nutricionista, designado formalmente pela direção da unidade de saúde, mediante critérios técnicos e administrativos previamente definidos. A coordenação será renovável a cada doze meses ou conforme deliberação interna.

Capítulo III – Atribuições e Competências

Art. 5º – Compete à CMTN, entre outras responsabilidades:

I – Avaliar rotineiramente os pacientes internados com risco nutricional, utilizando protocolos validados de triagem e diagnóstico nutricional;

II – Elaborar, revisar e implementar diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e rotinas operacionais relacionadas à terapia nutricional, incluindo alimentação enteral e parenteral;

III – Indicar, quando necessário, a prescrição de suplementos nutricionais, dietas modificadas, via de acesso alimentar e estratégias terapêuticas específicas, conforme o quadro clínico de cada paciente;

IV – Realizar reuniões periódicas para discussão de casos complexos, análise de condutas, atualização técnica e integração das ações entre os membros da equipe;

V – Acompanhar e avaliar a efetividade das intervenções nutricionais, com base em indicadores de qualidade, como melhora do estado nutricional, tempo de recuperação e redução de eventos adversos;

VI – Garantir a conformidade dos processos com as normas sanitárias, éticas e legais, promovendo um ambiente institucional que assegure a segurança alimentar e nutricional dos pacientes;

VII – Promover ações de educação permanente para a equipe de saúde, voltadas à capacitação técnica em terapia nutricional e à disseminação de boas práticas clínicas.

Capítulo IV – Funcionamento Operacional

Art. 6º – As reuniões ordinárias da CMTN deverão ocorrer com periodicidade mínima semanal, podendo ser convocadas reuniões extraordinárias em situações emergenciais ou diante de casos que demandem avaliação conjunta e imediata.

Art. 7º – Cada reunião será registrada em ata própria, contendo as deliberações, os casos discutidos, as condutas adotadas e os responsáveis pelas ações pactuadas. As atas devem ser arquivadas de forma segura e acessível, a fim de subsidiar auditorias, avaliações internas e acompanhamento institucional.

Art. 8º – A comunicação entre os membros da comissão e demais setores da unidade será mantida de forma constante, utilizando sistemas informatizados, prontuário eletrônico e formulários padronizados, sempre que possível.

Capítulo V – Critérios de Intervenção Clínica

Art. 9º – A intervenção da CMTN será obrigatória nos seguintes casos:

I – Pacientes com risco nutricional identificado por instrumentos padronizados (ex. Subjective Global Assessment – SGA, MUST ou NRS-2002);

II – Necessidade de terapia nutricional enteral ou parenteral, especialmente em casos de internação prolongada, UTI, enfermarias cirúrgicas e oncológicas;

III – Situações clínicas com comprometimento grave do estado nutricional (desnutrição, caquexia, perda ponderal acelerada, distúrbios gastrointestinais graves);

IV – Pacientes com contraindicações à alimentação oral ou com restrição de ingestão por mais de cinco dias consecutivos;

V – Identificação de deficiências nutricionais específicas que comprometam o tratamento clínico ou cirúrgico.

Capítulo VI – Avaliação, Indicadores e Qualidade

Art. 10º – A CMTN deverá instituir um sistema de monitoramento da qualidade da assistência nutricional, com base em indicadores quantitativos e qualitativos. Entre os indicadores recomendados estão:

- Taxa de prescrição adequada de nutrição enteral e parenteral;
- Frequência de complicações associadas à terapia nutricional (ex. infecções, obstruções, diarreias, hiperglicemia);
- Percentual de pacientes com melhora no estado nutricional durante a internação;
- Nível de adesão da equipe multidisciplinar aos protocolos instituídos;
- Grau de satisfação dos pacientes e familiares em relação à alimentação hospitalar.

Capítulo VII – Formação e Capacitação

Art. 11º – A comissão deve promover ações regulares de capacitação e atualização científica dos seus membros e da equipe multiprofissional da unidade. Essas atividades poderão incluir cursos, oficinas, simpósios internos, apresentação de estudos de caso e discussões clínicas.

Art. 12º – Os novos membros da comissão deverão passar por processo de acolhimento institucional e formação inicial, visando à compreensão das rotinas da CMTN, dos marcos legais e das diretrizes clínicas adotadas.

Capítulo VIII – Disposições Finais

Art. 13º – Este regimento poderá ser revisto periodicamente pela própria comissão, mediante consenso dos membros e aprovação pela direção geral da instituição, considerando novas evidências científicas, inovações tecnológicas ou alterações na legislação sanitária vigente.

Art. 14º – A vigência deste regimento inicia-se a partir de sua aprovação em reunião plenária da comissão, sendo obrigatória sua ampla divulgação no âmbito institucional.

AÇÕES	Responsável	Meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nomeação dos Membros da Comissão	Presidente da Comissão												
Reunião Mensal da Comissão	Membros da Comissão												
Realização de Oficinas de capacitação dos membros da Comissão	Membros da Comissão												
Realizar de Orientaçõese educação continuada	Membros da Comissão												
Implantação de Indicadores	Membros da Comissão												

A estruturação das ações da Comissão Técnico Vigilância ao longo dos doze meses, conforme o cronograma apresentado, visa assegurar o acompanhamento contínuo e sistemático das atividades de fiscalização, controle de estoque e monitoramento de indicadores. A distribuição das tarefas por períodos específicos permite uma gestão eficiente dos recursos e a consolidação de uma cultura institucional voltada à qualidade e à segurança dos processos. O envolvimento ativo dos membros da comissão em cada etapa fortalece o compromisso com a transparência, a rastreabilidade das ações e a melhoria constante dos serviços prestados, garantindo o cumprimento das diretrizes normativas e a excelência nas práticas de vigilância técnica.

ANEXO 27 - BOLETIM DE INVESTIGAÇÃO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO (CIO)

BOLETIM DE INVESTIGAÇÃO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO (CIO)

1. Identificação do Paciente

- **Nome completo:** _____
- **Data de nascimento: //**_____
- **Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Pediatria
- **Data de admissão hospitalar: //**_____

2. Fontes de Informação Utilizadas

( ) Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

( ) Relatório de alta médica

( ) Declaração de óbito

( ) Anotações médicas

( ) Anotações de enfermagem

3. Variáveis Clínico-Assistenciais Analisadas

- Idade no momento do óbito: _____ anos
- Sexo: ( ) M ( ) F
- Data e hora do óbito: //_____ _____h
- Diagnóstico de admissão: _____
- Diagnóstico final / causa mortis: _____
- Tipo de evolução:
  ( ) Óbito antes do início do tratamento
  ( ) Óbito antes de 48 horas

4. Avaliação Qualitativa da Assistência Prestada

- Confirmação diagnóstica:
  ( ) Clínico ( ) Clínico-laboratorial ( ) Não confirmado
- Anamnese adequada:
  ( ) Sim ( ) Não

- Exame físico completo:
  ( ) Sim ( ) Não
- Evolução diária registrada:
  ( ) Sim ( ) Não
- Exames complementares compatíveis com diagnóstico:
  ( ) Sim ( ) Não
- Conduta terapêutica apropriada:
  ( ) Sim ( ) Não
- Óbito desassistido:
  ( ) Sim ( ) Não

5. Dados Epidemiológicos do Evento

- Dia da semana com maior incidência: _____
- Faixa de horário predominante: _____

6. Setor de Ocorrência do Óbito

( ) Emergência

( ) Clínica Médica

( ) Pediatria

( ) Observação Adulto / Pediátrica

7. Identificação de Falhas Operacionais (assinalar as identificadas)

( ) Exame solicitado não realizado

( ) Procedimento indicado não executado

( ) Ausência de material médico-hospitalar

( ) Falta de hemoderivados

( ) Medicação prescrita não disponível

( ) Erro na administração de medicação

( ) Defeito em equipamento assistencial

( ) Resultado de exame inconsistente

( ) Impressos não preenchidos adequadamente

( ) Letra ilegível nos registros

( ) Ausência de assinatura ou carimbo profissional

( ) Indisponibilidade de vaga em setor crítico

( ) Queda do leito

( ) Formação de escaras por pressão

( ) Perda de acesso venoso central

( ) Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomia

( ) Deslocamento de sondas (gástrica, enteral ou vesical)

( ) Obstrução de vias aéreas por secreção

( ) Extravio de material biológico para exames

8. Diagnóstico Associado ao Óbito

( ) Infarto Agudo do Miocárdio

( ) Acidente Vascular Cerebral

( ) Sepse

( ) Edema Agudo de Pulmão

( ) Outros: _____

9. Classificação do Óbito (selecionar uma opção)

( ) Não evitável — quando a condição clínica era incompatível com a sobrevida

( ) Evitável — relacionado à falha assistencial, investigativa ou operacional

( ) Inconclusivo — quando os dados não permitem estabelecer categoria definida

Em caso de classificação como **Inconclusivo**, deve-se indicar a justificativa técnica adotada pela equipe avaliadora e anexar relatório complementar, se necessário.

Conclusão e Encaminhamentos da Comissão de Investigação de Óbito (CIO):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

( ) Encaminhar parecer à Comissão de Ética Médica

( ) Encaminhar relatório à Direção Técnica

( ) Sugerir medida corretiva / plano de ação

ANEXO 28 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS – CIO

CAPÍTULO I – Da Natureza e Finalidade

Art. 1º A Comissão de Investigação de Óbitos (CIO), vinculada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), constitui-se como órgão colegiado, de caráter consultivo, educativo, técnico-científico e deliberativo, com autonomia funcional e atuação diretamente subordinada à Direção Técnica da Instituição. Sua principal finalidade é analisar, sistematizar e monitorar os eventos de óbito ocorridos na unidade, com vistas à melhoria contínua da assistência à saúde.

CAPÍTULO II – Dos Objetivos e Competências

Art. 2º A CIO tem como propósito cumprir as diretrizes estabelecidas pela Resolução CFM nº 04/2013, atuando na avaliação da qualidade assistencial mediante análise sistematizada dos óbitos, identificação de falhas assistenciais ou operacionais, emissão de pareceres e proposição de melhorias nos processos clínico-administrativos.

Art. 3º São finalidades específicas da CIO:

I. Analisar os prontuários dos pacientes que evoluíram para óbito, avaliando a integralidade, a oportunidade e a adequação das condutas assistenciais adotadas;

II. Monitorar a qualidade das informações contidas nos registros clínicos e nos atestados de óbito;

III. Detectar possíveis eventos adversos (EA) que tenham influenciado negativamente o desfecho clínico;

IV. Propor intervenções corretivas com foco na segurança do paciente e na qualidade da assistência;

V. Acompanhar indicadores de mortalidade e propor ações preventivas e educativas com base nos achados investigativos;

VI. Subsidiar ações de educação permanente, auditoria interna e pesquisa institucional.

Art. 4º A CIO realizará a análise técnica dos óbitos com base em variáveis padronizadas, agrupadas em:

I – Variáveis autoexplicativas:

a) Idade e sexo do paciente;

b) Data e hora do atendimento e do óbito;

c) Diagnóstico de admissão e causa mortis;

d) Tempo decorrido até o óbito (antes do início do tratamento ou até 24 horas);

e) Existência de intercorrências operacionais.

II – Variáveis categorizadas:

a) Confirmação diagnóstica (clínica, laboratorial ou não confirmada);

b) Qualidade da anamnese, exame físico e evolução;

c) Pertinência dos exames solicitados;

d) Adequação do tratamento instituído;

e) Presença de óbito desassistido;

f) Padrões de dias e horários de maior incidência.

Parágrafo único – Os elementos analisados serão classificados como adequados, inadequados ou inexistentes, conforme critérios previamente definidos pela própria comissão.

CAPÍTULO III – Da Composição

Art. 5º A CIO será composta por:

I. Três (3) profissionais médicos de diferentes áreas da assistência;

II. Dois (2) profissionais da enfermagem.

Art. 6º Os membros serão designados pela Direção Geral da Instituição mediante portaria específica, com publicação visível e acesso público.

CAPÍTULO IV – Do Mandato e Nomeações

Art. 7º O mandato da comissão será de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovado por igual período, a critério da Direção Geral, com anuência das Direções Técnica e Clínica.

Art. 8º Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário serão indicados formalmente, sendo obrigatoriamente médicos os ocupantes da presidência e vice-presidência.

Art. 9º Em caso de vacância ou necessidade de substituição, os novos integrantes deverão ser nomeados conforme as diretrizes institucionais e comunicados ao setor responsável pelas Comissões Hospitalares.

CAPÍTULO V – Do Funcionamento

Art. 10 As reuniões ordinárias ocorrerão uma vez por mês, com data pré-estabelecida na primeira reunião anual.

I. O quórum mínimo será de maioria simples dos membros ativos;

II. O presidente terá voto de qualidade (desempate);

III. As decisões ad referendum deverão ser ratificadas na reunião subsequente;

IV. As deliberações serão encaminhadas à Direção Técnica e Clínica por meio de ofícios oficiais.

Parágrafo único – Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas, sempre que necessário, pelo presidente, vice-presidente ou Direções Técnica e Clínica.

Art. 11 A ausência injustificada em duas reuniões consecutivas ou três alternadas no período de doze meses implicará a exclusão automática do membro.

Art. 12 Na ausência do presidente, o vice-presidente assumirá a condução dos trabalhos. Em sua ausência, caberá ao secretário presidir a reunião.

Art. 13 Todas as reuniões deverão ser registradas em ata formal, contendo data, horário, participantes, pauta, deliberações e assinaturas.

Art. 14 A CIO poderá convidar especialistas externos para colaborar com pareceres técnicos sobre temas específicos, mediante aprovação prévia em plenária.

CAPÍTULO VI – Das Atribuições

Art. 15 Compete à CIO:

I. Investigar detalhadamente os fatores que contribuíram para cada óbito ocorrido na instituição;

II. Identificar falhas e vulnerabilidades nos processos assistenciais;

III. Sugerir medidas corretivas e preventivas para melhoria da assistência;

IV. Preservar o sigilo ético e institucional de todas as informações analisadas;

V. Emitir pareceres técnicos e relatórios solicitados pela Direção ou Comissão de Ética Médica;

VI. Elaborar e revisar rotinas internas relacionadas aos óbitos e à gestão de risco.

Art. 16 Compete ao presidente da comissão:

I. Convocar, coordenar e presidir as reuniões;

II. Representar a CIO perante a Direção e outras instâncias institucionais;

III. Assinar os documentos oficiais e garantir o cumprimento deste regimento.

Art. 17 Ao vice-presidente caberá substituir o presidente em suas ausências e colaborar na condução das atividades da comissão.

Art. 18 À Secretaria da CIO compete:

I. Organizar as pautas e convocar os membros;

II. Lavrar e arquivar as atas;

III. Receber e distribuir os expedientes;

IV. Solicitar, ao SAME, os prontuários a serem analisados e garantir sua devolução em até 24 horas após a conclusão da avaliação;

V. Manter o arquivo da comissão devidamente atualizado.

CAPÍTULO VII – Disposições Finais

Art. 19 A CIO deverá manter interlocução permanente com a Comissão de Ética Médica da Instituição, com vistas à integração das ações de controle de qualidade e segurança assistencial.

Art. 20 Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos em conjunto pelos membros da comissão e pelas Diretorias Técnica e Clínica.

Art. 21 O regimento poderá ser atualizado conforme mudanças na legislação ou orientações superiores da autoridade sanitária.

Art. 22 Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação oficial, revogando-se quaisquer normas anteriores em contrário.

ROTINAS OPERACIONAIS	
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	
Data reunião:	Responsável:

- Confirmar a presença do(a) Presidente e, na impossibilidade de sua participação, iniciar os trabalhos com membro previamente designado como substituto.
- Verificar a presença dos integrantes e a existência de quórum para deliberação.
- Proceder à leitura, apreciação e assinatura da ata da reunião anterior.
- Apresentar e despachar os expedientes recebidos para apreciação da Comissão.
- Realizar a leitura, análise e deliberação das matérias constantes na ordem do dia.
- Definir os pontos a serem tratados na pauta da reunião seguinte.
- Permitir comunicações breves e informes de interesse dos membros.
- Apresentar proposta com data e temas da próxima reunião.
- Garantir que a pauta da reunião seja comunicada a todos os integrantes com, no mínimo, sete dias de antecedência para reuniões ordinárias e com 48 horas para reuniões extraordinárias.
- Facultar ao membro que se sentir inseguro quanto à matéria em análise o direito de solicitar vistas, sugerir diligências ou requerer o adiamento da discussão e votação.
- Estabelecer que o prazo de vistas se encerrará na reunião ordinária subsequente.
- Determinar que, uma vez incluída na pauta, a matéria deverá ser apreciada e votada em até uma reunião.
- Submeter as matérias discutidas à votação imediatamente após o encerramento dos debates.

▪ Divulgar os encaminhamentos e decisões da Comissão por meio de boletins informativos, em formato digital ou impresso. ▪ Registrar formalmente todas as deliberações em livro específico da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: __ /__ /__ Março: __ /__ /__ Maio: __ /__ /__ Julho: __ /__ /__ Setembro: __ /__ /__ Novembro: __ /__ /__

Documento revisado em: __ /__ /__	Aprovado por: _____
Assinatura Responsável Técnico:	

Proposta para Educação Permanente	
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	
Data reunião:	Responsável:
Temas Propostos para Ações de Educação Permanente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários ▪ Contextualização histórica e fundamentos legais do prontuário médico como instrumento assistencial e jurídico. ▪ Diretrizes para a estruturação, preenchimento adequado e arquivamento dos prontuários clínicos. ▪ Métodos e critérios para a análise crítica da documentação registrada nos prontuários. ▪ Introdução aos sistemas informatizados de registro clínico e suas implicações na prática assistencial. ▪ Análise comparativa entre o prontuário em suporte físico e digital: limitações, benefícios e desafios de transição. ▪ Etapas necessárias para a implementação, consolidação e monitoramento do prontuário eletrônico do paciente. ▪ Delimitação das atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários no contexto da melhoria da qualidade assistencial. ▪ Compreensão da estrutura, finalidade e rotinas operacionais do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). ▪ Papel estratégico do SAME na gestão da informação clínica e na garantia da continuidade do cuidado.	
Documento revisado em: __ /__ /__	Aprovado por: _____
Assinatura Responsável Técnico:	

ANEXO 29 - PLANO DE ACOMPANHAMENTO ANUAL – COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS.

PLANO DE ACOMPANHAMENTO ANUAL – COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

(Cronograma de Atividades com Indicadores de Execução)

1. Identificação da Comissão

Nome da Instituição:	
Gestor Responsável:	
Período de Vigência:	

2. Cronograma de Ações

(Preencher com "✓" para atividades concluídas ou "▲" para em andamento)

Ações Prioritárias	Responsável	Meses do Ano (Jan a Dez)	Indicador
1. Nomeação dos Membros da Comissão	Direção Clínica	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	100% dos cargos preenchidos
2. Reunião Mensal de Análise de Óbitos	Coordenador da Comissão	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	12 reuniões realizadas
3. Oficina de Capacitação para Membros	Educação Continuada	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	90% de participação
4. Treinamento em Preenchimento de DO	Serviço de Arquivo Médico	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Redução de 30% em erros
5. Implantação de Indicadores de Qualidade	Núcleo de Qualidade	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	5 indicadores ativos

6. Reunião com Comissão de Ética Médica	Coordenação Clínica	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	4 encontros anuais
7. Integração com Comissão de Prontuários	Gestão Documental	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	100% dos casos revisados

3. Legenda e Instruções

Símbolo	Significado
✓	Ação concluída no mês
▲	Ação em andamento
✕	Ação não realizada (justificar no campo "Observações")

Como Utilizar:

1. Atualizar mensalmente na reunião de avaliação.
2. Registrar evidências (atas, listas de presença) no verso.
3. Cor vermelha para atrasos superiores a 30 dias.

4. Acompanhamento Trimestral

Trimestre	Ações Concluídas	Desvios Identificados	Plano de Correção
1º Trimestre	[ ]	[ ]	[ ]
2º Trimestre	[ ]	[ ]	[ ]
3º Trimestre	[ ]	[ ]	[ ]
4º Trimestre	[ ]	[ ]	[ ]

5. Assinaturas

Elaborado por:	_____	Data:
Validado por:	_____	Data:

ANEXO 30 - GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS

1. Introdução

O **Gerenciamento Eletrônico de Prontuários (GEP)** é uma tecnologia indispensável para a organização e eficiência dos atendimentos em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), especialmente em contextos com alta rotatividade de pacientes, como é o caso da UPA Neópolis. O GEP possibilita o registro digital dos dados clínicos de forma segura, ágil e integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo mais precisão no atendimento, transparência na gestão e proteção das informações sensíveis dos usuários, conforme as diretrizes da **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)**.

2. Componentes do Gerenciamento Eletrônico de Prontuários

2.1. Funcionalidades Básicas

- **Registro Eletrônico de Saúde (RES):** Histórico clínico completo, incluindo evolução, sinais vitais, prescrições, exames e condutas médicas.
- **Interoperabilidade:** Comunicação fluida com o SIA/SUS, SIH/SUS (em caso de encaminhamentos), e-SUS APS e sistemas de regulação regional.
- **Segurança e Privacidade:** Controle de acessos por perfil, criptografia, rastreamento de ações e conformidade com LGPD.
- **Acesso Multiplataforma:** Disponível em estações de trabalho, tablets e dispositivos móveis para plantonistas e equipes multiprofissionais.

2.2. Benefícios para a UPA

- Diminuição do tempo de atendimento e maior agilidade na triagem.
- Redução de falhas no preenchimento e melhora da legibilidade.
- Suporte à auditoria clínica e administrativa.
- Produção automática de relatórios e consolidados para envio ao SUS.

3. Integração com os Sistemas de Informação do SUS

3.1. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

- **Função:** Registrar os atendimentos da urgência e emergência, incluindo consultas, exames, suturas e procedimentos.
- **Integração com o GEP:**
    - Geração automática de Boletins de Produção Ambulatorial (BPA).
    - Vinculação dos registros de atendimento ao CPF/CNS do paciente.
    - Emissão de relatórios gerenciais para prestação de contas.

3.2. Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

Embora a UPA não seja uma unidade hospitalar, o SIH/SUS pode ser utilizado nos seguintes casos:

- Encaminhamentos regulados para hospitais de referência.
- Registros de leitos de observação de curta permanência.
- Alimentação de dados que subsidiam a gestão da rede de urgência e emergência.

3.3. Vantagens da Integração

- Eliminação de retrabalho com registros duplicados.
- Melhoria nos repasses financeiros do SUS com base em produção validada.
- Maior transparência e rastreabilidade das ações em saúde.
- Aprimoramento da vigilância sanitária e epidemiológica.

4. Certificação SBIS e Conformidade com Padrões de Segurança

4.1. O Papel da SBIS

A **Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)**, em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), é responsável pela certificação dos sistemas de prontuário eletrônico no Brasil, avaliando critérios como:

- Segurança da informação.
- Interoperabilidade e auditabilidade.
- Conformidade ética e legal.

4.2. Benefícios da Certificação

- Reconhecimento oficial de que o sistema é seguro e confiável.
- Base jurídica para eliminação de registros em papel.
- Validação de registros clínicos em processos judiciais e administrativos.

- Alinhamento com as diretrizes da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil.

5. Assinatura Digital e Validação de Documentos Eletrônicos

5.1. Importância da Assinatura Digital

A assinatura digital com certificado ICP-Brasil garante:

- **Autenticidade:** Confirma a identidade de quem assina.
- **Integridade:** Garante que o conteúdo não foi alterado.
- **Valor Legal:** Atende à Medida Provisória nº 2.200-2/2001 e à Lei nº 14.063/2020, que regulamenta assinaturas eletrônicas em saúde.

5.2. Aplicações no Ambiente da UPA

- Evoluções e prescrições médicas.
- Autorizações de exames e encaminhamentos.
- Registros de alta médica e observações clínicas.
- Relatórios de auditoria e comunicação com a Secretaria de Saúde.

6. Conclusão

A implantação do Gerenciamento Eletrônico de Prontuários na UPA Neópolis é uma ação estratégica que fortalece o cuidado em saúde com base na modernização, transparência e legalidade. Por meio da integração com o SUS, da certificação SBIS e da utilização de assinatura digital, a unidade garantirá:

- Melhoria da qualidade assistencial.
- Agilidade e precisão nos registros clínicos.
- Conformidade com a legislação vigente.
- Fortalecimento da gestão em saúde pública no município de Neópolis.

ANEXO 31 - GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TECNOLOGIA

1. DEFINIÇÃO DE ALCANCE

1.1 Objetivo Geral

Implementar um Sistema de Gerenciamento Eletrônico de Prontuários (GEP) na Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, integrado aos sistemas SIH/SUS e SIA/SUS, com certificação da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) e suporte à assinatura digital. O projeto visa aumentar a resolutividade dos atendimentos, garantir a segurança da informação conforme a LGPD e fomentar a humanização do cuidado nas urgências e emergências.

1.2 Justificativa Técnica

A crescente complexidade e demanda das unidades de pronto atendimento exige soluções tecnológicas capazes de otimizar fluxos, evitar retrabalho e assegurar a rastreabilidade dos dados clínico-administrativos. O GEP permite:

- Redução de erros de prescrição e diagnósticos.
- Agilidade no acesso às informações de pacientes.
- Eficiência no faturamento junto ao SUS.
- Conformidade com exigências legais e sanitárias.

Com a adoção do prontuário eletrônico, a UPA Neópolis alinhar-se-á às diretrizes do e-Saúde, à Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e à Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 (MS, 2020).

1.3 Escopo do Projeto

a) **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)**

- Registro unificado dos dados clínicos, acessível por múltiplos profissionais e protegido por autenticação segura.
- Visualização de exames, prescrições, sinais vitais, encaminhamentos e condutas em tempo real.

b) **Integração com SIH/SUS e SIA/SUS**

- Automatização do envio de dados para registros de internação e ambulatoriais.
- Geração de relatórios e guias de faturamento conforme as normas do Ministério da Saúde.

c) **Certificação SBIS (Nível NGS2 ou superior)**

- Atende critérios de segurança, confidencialidade, interoperabilidade e conformidade legal com a RDC nº 302/2005 (ANVISA) e a LGPD (Lei nº 13.709/2018).

d) **Assinatura Digital com ICP-Brasil**

- Validação jurídica de documentos eletrônicos.
- Redução do uso de papel e aumento da integridade documental.

e) **Programas de Humanização no Pronto Atendimento**

- **Prontuário Afetivo**: espaço para informações sensíveis sobre o paciente (medos, preferências, modos de abordagem).
- **Acolhimento para Crianças Atípicas**: rotinas sensoriais e protocolos adaptados.
- **Sala de Espera Humanizada**: com recursos lúdicos, informativos e educativos.

1.4 Público-Alvo

- Profissionais de saúde da UPA (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos).
- Gestores do SUS municipal e estadual.
- Pacientes e acompanhantes.

- Equipes de auditoria e controle social.
- Órgãos fiscalizadores (MS, ANVISA, MP).

2. METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO

2.1. Etapas e Fases do Projeto

Fase	Atividades Detalhadas	Responsáveis
1. Planejamento Estratégico	- Levantamento dos processos atuais da UPA- Mapeamento de fluxos de atendimento, prescrição, regulação e faturamento- Elaboração de termo de referência técnico	Direção da UPA, Equipe de TI, Coordenação Geral da Secretaria de Saúde
2. Licitação e Seleção da Solução	- Publicação do edital- Análise de soluções homologadas pela SBIS- Critérios de interoperabilidade e segurança	Comissão de Licitação, Setor Jurídico
3. Pré-Implantação e Capacitação Inicial	- Treinamento de equipe multiprofissional em fases (presencial e remoto)- Testes de infraestrutura, conectividade e segurança- Instalação e customização do sistema	TI municipal, Fornecedor, Coordenação da UPA
4. Implantação Piloto	- Ativação em um setor de maior volume (sugestão: urgência clínica)- Monitoramento em tempo real- Coleta de feedback diário dos usuários	TI, Equipe Assistencial, Supervisão Técnica

5. Expansão Gradual e Integração SUS	- Ativação por etapas nos demais setores- Testes de integração com SIH/SUS e SIA/SUS- Verificação da transmissão e retorno de dados	Fornecedor + Coordenação SUS Municipal e Estadual
6. Certificação SBIS e LGPD	- Preparação de relatórios de conformidade- Avaliação externa e ajustes documentais- Adoção plena de requisitos legais e de segurança da informação	Jurídico, TI, Consultoria em Saúde Digital
7. Manutenção e Melhoria Contínua	- Atualizações programadas- Avaliação de indicadores mensais- Treinamentos recorrentes e onboarding de novos servidores	Núcleo Interno de Qualidade, Equipe de TI, RH

2.2. Gestão de Riscos (Ampliação e Detalhamento)

Risco	Probabilidade	Impacto	Plano de Mitigação
Resistência à adoção por parte dos profissionais	Média	Alto	Oficinas presenciais com simulação de uso e suporte em tempo real nos primeiros meses
Incompatibilidade com sistemas do SUS (SIH/SIA)	Baixa	Alto	Escolha de sistema homologado e realização de testes prévios de integração
Falhas de infraestrutura de rede	Média	Médio	Diagnóstico técnico prévio e upgrade de banda/servidores, se necessário

Vazamento ou uso indevido de dados sensíveis	Baixa	Crítico	Criptografia, gestão de perfis de acesso e auditoria de logs periódica (LGPD)
Inviabilidade de obtenção da certificação SBIS no prazo	Baixa	Médio	Acompanhamento de checklists da SBIS desde a primeira fase e consultoria especializada

3. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Etapa	**Duração Estimada**	**Período Previsto**
Planejamento Estratégico e Licitação	2 meses	Ago – Set/2025
Pré-Implantação e Treinamentos	3 meses	Out – Dez/2025
Implantação Piloto	2 meses	Jan – Fev/2026
Expansão Total e Integração SUS	4 meses	Mar – Jun/2026
Certificação SBIS	2 meses	Jul – Ago/2026
Avaliação e Manutenção Contínua	Permanente	A partir de Set/2026

4. ORÇAMENTO PREVISTO

Item	**Justificativa Técnica**	**Valor Estimado (R$)**
Aquisição do Software GEP com suporte anual	Solução homologada, interoperável e adaptável às rotinas da UPA	500.000,00
Infraestrutura (servidores, rede, backup em nuvem)	Garantia de alta disponibilidade, escalabilidade e segurança	300.000,00
Treinamento de Equipe (presencial e remoto)	Capacitação prática de todos os turnos e áreas	150.000,00

Consultoria para Certificação SBIS e LGPD	Assessoria jurídica e técnica para conformidade plena	80.000,00
Assinaturas Digitais com ICP-Brasil	Emissão de certificados digitais para profissionais	50.000,00
Programa de Humanização (ambientação, acolhimento, prontuário afetivo)	Cuidado centrado no usuário e abordagem sensível à diversidade	200.000,00
TOTAL		**1.280.000,00**

5. INDICADORES DE SUCESSO

Indicador	Meta	Ferramenta de Avaliação
Redução de erros no registro clínico	30%	Auditorias internas trimestrais
Acesso instantâneo ao histórico do paciente	100%	Monitoramento de tempo médio de prontuário aberto
Integração com SIH/SUS e SIA/SUS validada	100%	Relatórios de envio automatizado
Certificação SBIS obtida no prazo	Até ago./2026	Documento oficial de certificação
Satisfação da equipe e dos pacientes	≥ 85%	Pesquisas aplicadas a cada 6 meses
Conformidade com a LGPD	100%	Relatórios de segurança e auditoria jurídica

6. CONCLUSÃO

A implementação do Sistema de Prontuário Eletrônico na UPA Neópolis representa um marco no fortalecimento da saúde digital emUPA Neópolis. Trata-se de um investimento estratégico que responde às diretrizes do SUS, promove a segurança clínica e valoriza o cuidado com o cidadão.

Ao aliar tecnologia e humanização, o projeto não apenas otimiza a rotina de trabalho dos profissionais da saúde, mas garante aos usuários um atendimento mais rápido, seguro e empático. Sua execução bem-sucedida dependerá do engajamento multiprofissional, do suporte institucional e da adesão da comunidade.

ANEXO 32 - MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS

1. OBJETIVO

Busca-se, com a padronização dos processos de gestão de materiais e do patrimônio hospitalar, estabelecer uma política institucional sólida que assegure a eficiência logística, a segurança sanitária e a conformidade legal. Essa padronização visa garantir o controle rigoroso dos estoques, prevenindo perdas, rupturas e desperdícios, além de assegurar a rastreabilidade completa de todos os insumos médicos e não médicos, desde o recebimento até a distribuição final. Também se contempla a implementação de rotinas sistemáticas de manutenção preventiva dos bens patrimoniais, especialmente dos equipamentos médico-hospitalares, promovendo sua conservação e funcionalidade ao longo do tempo. Ademais, todas essas ações são pautadas pelo estrito cumprimento das normas legais vigentes, notadamente a Lei nº 8.666/1993, que rege as licitações e contratos na administração pública, e a Resolução RDC nº 307/2005 da ANVISA, que disciplina a gestão de resíduos e os critérios sanitários em unidades de saúde.

2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A estrutura organizacional responsável pela gestão de materiais e patrimônio na Unidade de Pronto Atendimento foi delineada de forma a assegurar clareza nas responsabilidades, fluidez nos processos e alinhamento com os princípios da administração pública. Para tanto, foram definidos cargos específicos com atribuições operacionais e gerenciais bem delimitadas, permitindo o acompanhamento rigoroso das atividades logísticas, a rastreabilidade dos bens e a eficiência na tomada de decisões.

2.1 Equipe Responsável

Cargo	Atribuições
Encarregado de Almoxarifado	Supervisão diária, pedidos de compra
Auxiliar de Estoque	Recebimento, armazenagem e distribuição
Técnico de Patrimônio	Cadastro e manutenção de bens

2.2 Hierarquia de Aprovações

- Reposição de estoque: Encarregado do Almoxarifado
- Alienação de patrimônio: Comissão de Patrimônio (Portaria Interna nº 012/2025)

Além da definição da equipe técnica, estabelece-se uma cadeia hierárquica de aprovações que garante controle institucional e segurança administrativa nas operações críticas. A reposição de estoques, por sua natureza recorrente e operacional, é de competência do Encarregado de Almoxarifado, que atua com base em indicadores mínimos e no ponto de pedido. Já as decisões relativas à alienação de patrimônio, por envolverem bens públicos e exigirem critérios legais e éticos rigorosos, são submetidas à apreciação da Comissão de Patrimônio, conforme previsto na Portaria Interna nº 012/2025, resguardando os princípios da legalidade, economicidade e transparência.

3. FLUXOS OPERACIONAIS

A eficiência da gestão hospitalar depende diretamente da organização dos fluxos operacionais, que compreendem desde o controle de insumos até a preservação do patrimônio público. Esses fluxos foram estruturados com base em boas práticas de governança, buscando garantir a disponibilidade contínua de materiais, a integridade dos ativos e a conformidade com normas legais e sanitárias. A adoção de rotinas padronizadas para cada etapa operacional possibilita maior previsibilidade, agilidade na resposta às demandas assistenciais e maior controle sobre o uso dos recursos públicos.

No âmbito específico da gestão de estoques, essas rotinas asseguram não apenas o abastecimento regular da unidade, mas também a redução de perdas e a otimização de recursos. O monitoramento contínuo das entradas, saídas, validades e níveis de estoque permite à equipe atuar de forma preventiva, com base em parâmetros como o ponto de reposição e a rotação adequada dos produtos. Esse modelo contribui para a sustentabilidade do serviço, evita o desabastecimento de itens essenciais e reforça o compromisso da unidade com a qualidade do atendimento e a responsabilidade na aplicação dos recursos públicos.

3.1 Gestão de Estoques

A gestão de estoques na Unidade de Pronto Atendimento segue um fluxo sistematizado que visa garantir a rastreabilidade, segurança e eficiência no suprimento de insumos. O processo tem início com o recebimento dos materiais, momento em que são conferidos os itens entregues em relação à nota fiscal e ao pedido de compra previamente autorizado. Após a validação documental e física, procede-se ao cadastro das entradas no sistema informatizado de controle de estoques, assegurando a integridade dos dados e a rastreabilidade dos lotes.

Em seguida, os produtos são encaminhados à armazenagem, respeitando critérios técnicos de segregação, ventilação, temperatura e segurança sanitária, conforme as exigências específicas de cada item, sobretudo no caso de medicamentos e insumos hospitalares. A distribuição interna é realizada mediante requisições formais, observando critérios de prioridade assistencial e registro eletrônico das saídas.

Um aspecto fundamental da gestão de estoques é o controle de validades, especialmente para medicamentos e materiais perecíveis. Adota-se, como princípio operacional, o sistema FIFO (First In, First Out), garantindo que os produtos mais antigos sejam utilizados primeiro, minimizando perdas por vencimento. Além disso, há a aplicação da regra do Ponto de Pedido, que determina o acionamento automático do setor de compras sempre que o nível de estoque atingir 20% abaixo

do mínimo operacional estabelecido, evitando desabastecimentos e promovendo o uso racional dos recursos.

3.2 Gestão Patrimonial

A gestão patrimonial compreende o controle sistemático de todos os bens móveis permanentes da unidade, assegurando sua identificação, localização, manutenção e baixa adequada. O processo inicia-se com a realização do inventário físico, procedimento periódico que visa mapear a totalidade dos bens existentes, seguido do cadastro patrimonial, no qual cada item é etiquetado com código de barras individualizado, contendo o número de patrimônio e a respectiva localização física.

O monitoramento dos bens patrimoniais é realizado de forma contínua, por meio de vistorias, atualizações no sistema e cruzamento de informações com setores responsáveis, assegurando conformidade entre o uso e a finalidade dos equipamentos e mobiliários. Os bens inservíveis, obsoletos ou com vida útil esgotada são submetidos ao processo de baixa patrimonial, mediante avaliação técnica e documentação adequada.

Cabe ressaltar que, para fins contábeis e de planejamento, aplica-se uma taxa de depreciação anual de 20% sobre os equipamentos médicos, de acordo com as normas vigentes, permitindo uma estimativa precisa da depreciação acumulada e da reposição necessária dos ativos.

4. SISTEMAS E FERRAMENTAS

Recurso	Finalidade	Acesso
Módulo de Almoxarifado (TASY)	Controle de entradas/saídas	Almoxarifado/Compras
Sistema de Patrimônio	Registro de bens e depreciação	Administração

Planilha de Validades	Alertas para insumos críticos	Enfermagem/Almoxarifado

5. NORMAS ESPECÍFICAS

5.1 Zonas de Armazenamento

Área	Temperatura	Itens
Zona A (Frios)	2°C a 8°C	Vacinas, hemoderivados
Zona B (Secos)	15°C a 25°C	Materiais de curativo, medicamentos
Zona C (Químicos)	Ventilada	Produtos de limpeza, inflamáveis

5.2 Inventários

- Rotativo: Mensal para itens críticos (classe A)
- Geral: Anual com certificação pela Diretoria

5.3 Descarte

- Resíduos de Saúde: Seguir PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos)
- Bens Inservíveis: Processo de baixa via Comissão de Patrimônio

6. INDICADORES DE DESEMPENHO

Indicador	Meta	Frequência
Nível de Serviço (Disponibilidade)	≥ 98%	Semanal
Perdas por Validade Vencida	≤ 1% do estoque	Mensal
Tempo Médio de Reposição	≤ 48h (urgentes)	Quinzenal

7. ANEXOS

1. **Modelos de Formulários**:
   - ✓ Requisição de materiais
   - ✓ Ficha de inventário físico

2. **Fluxogramas**:
    - ✓ Processo de emergências (falta de insumos)
    - ✓ Baixa patrimonial

8. RESPONSABILIDADES

- Elaboração: Encarregado de Almoxarifado e Técnico de Patrimônio
- Aprovação: Diretor Administrativo
- Validação: Comissão de Gestão de Materiais (revisão semestral)

Assinatura:

_____

Responsável pelo Almoxarifado

Unidade de Pronto Atendimento Neópolis

ANEXO 33 - MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

Unidade de Pronto Atendimento Neópolis

1. Objetivo

Padronizar os processos de faturamento de procedimentos hospitalares, garantindo **conformidade com as normas do SUS**, eficiência na cobrança e rastreabilidade dos recursos financeiros, em alinhamento com o sistema de gestão integrada proposto no projeto.

2. Fluxograma do Processo de Faturamento

Etapas do Processo de Faturamento – Explicadas de Forma Didática

- **Registro do Procedimento**
  Os atendimentos e procedimentos realizados são registrados no sistema eletrônico (PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente ou SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS).
- **Conferência pelos Auditores**
  Os dados lançados são conferidos por auditores, que verificam se os registros estão corretos, completos e de acordo com as normas do SUS.
- **Geração das Guias (AIH/APAC)**
  Após a conferência, são geradas as guias de faturamento:
  - **AIH** (Autorização de Internação Hospitalar), para internações.
  - **APAC** (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade), para atendimentos especializados.
- **Envio ao SIA-SUS**
  As informações e guias são enviadas ao **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)**, responsável por processar os dados e autorizar os pagamentos.

- **Monitoramento de Pagamentos**
  A instituição acompanha o repasse dos valores pelo Ministério da Saúde, garantindo que os recursos correspondentes sejam efetivamente recebidos.
- **Análise de Glosas**
  Caso haja rejeição de alguma guia ou corte de valores (glosas), é feita uma análise para identificar os motivos e realizar as correções ou justificativas necessárias.
- **Controle Financeiro**
  Por fim, os dados de faturamento e recebimentos são integrados ao setor financeiro, que faz o controle das entradas e planejamento orçamentário da unidade.

3. Responsabilidades por Etapa

Etapa	Responsável	Ações Principais
Registro	Equipe Assistencial	- Preencher corretamente o PEP com CID-10, procedimentos realizados e materiais utilizados.
Conferência	Auditoria Interna	- Validar dados clínicos e financeiros (códigos TUSS/SIGTAP). - Verificar duplicidades.
Geração de Guias	Faturamento SUS	- Emitir AIH (internações) ou APAC (procedimentos especializados) via SIH/SUS. - Vincular documentos comprobatórios (laudos, folhas de evolução).
Envio ao SIA-SUS	TI/Setor Faturamento	- Transmitir arquivos eletrônicos via sistema integrado (TASY/MV). - Gerar comprovante de envio.
Monitoramento	Financeiro	- Acompanhar status no sistema (pagamentos, pendências).

		- Atualizar planilha de recebimentos.
Análise de Glosas	Comissão de Glosas	- Identificar causas (erros de preenchimento, inconsistências). - Reenviar com correções em até 30 dias.
Controle Financeiro	Contabilidade	- Conciliar valores recebidos com contas hospitalares. - Reportar discrepâncias ao Comitê Gestor.

4. Normas e Referências

- **Legislação**: Portaria GM/MS nº 3.474/2022 (faturamento SUS), Tabela SIGTAP, Manual de Orientações do SIA/SIH-SUS.
- **Protocolos Internos**:
  - ✓ **Prazo Máximo para Registro**: 24 horas após o procedimento.
  - ✓ **Taxa de Erros Aceitável**: ≤ 5% (meta mensal).
  - ✓ **Treinamentos Obrigatórios**: Curso de Codificação SUS para equipe assistencial (semestral).

5. Ferramentas Utilizadas

- **Sistemas**:
  - TASY (gestão hospitalar) e SIH/SIA-SUS (faturamento).
  - Módulo de Auditoria Interna (relatórios de inconsistências).
- **Planilhas de Apoio**:
  - Controle diário de guias emitidas.
  - Histórico de glosas e recuperação de valores.

6. Procedimentos para Casos Especiais

6.1. Procedimentos de Alta Complexidade (Ex.: Oncologia Pediátrica)

- **Documentação Adicional**: Laudo do médico especialista, autorização prévia do gestor SUS.

- **Fluxo Prioritário**: Envio em até 48 horas para agilizar pagamento.

6.2. Retirada de Materiais do Almoxarifado

- **Registro Obrigatório**: Código do material no PEP vinculado ao procedimento.
- **Validação**: Enfermeiro chefe confere lista antes do faturamento.

7. Indicadores de Desempenho

Indicador	Meta	Frequência de Análise
Tempo médio de emissão de guias	≤ 48 horas	Semanal
Taxa de glosas	≤ 5% do total faturado	Mensal
Recuperação de glosas	≥ 80% dos valores contestados	Trimestral

8. Anexos

1. **Modelo de AIH/APAC** preenchido.
2. **Checklist de Auditoria Pré-Faturamento**.
3. **Fluxograma Detalhado** (com responsáveis e prazos).

9. Responsáveis pela Elaboração e Revisão

- **Elaboração**: Setor de Faturamento e Auditoria Interna.
- **Validação**: Comitê de Qualidade e Direção Administrativa.
- **Revisão**: Anual ou conforme atualizações do SUS.

Assinatura:

_____

Responsável pelo Faturamento

Unidade de Pronto Atendimento Neópolis

ANEXO 34 - MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
Unidade de Pronto Atendimento Neópolis

1. OBJETIVO

Estabelecer padrões para gestão financeira hospitalar, integrando controle orçamentário, fluxo de caixa e prestação de contas, em conformidade com:

- Legislação do SUS (Portaria GM/MS nº 3.474/2022)
- Normas de contabilidade pública (Lei nº 4.320/1964)
- Políticas internas de governança

2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

2.1 Núcleos Envolvidos

Núcleo	Responsabilidades
Contabilidade	Conciliação bancária, balanços mensais
Faturamento	Emissão de contas SUS/convênios
Compras e Licitações	Gestão de processos de aquisição
Auditoria Interna	Verificação de conformidade

2.2 Hierarquia de Aprovações

- Até R$ 10.000,00: Gerente Financeiro
- R10.001,00aR10.001,00aR 50.000,00: Diretor Administrativo
- Acima de R$ 50.000,00: Comitê Gestor Central

3. FLUXOS PRINCIPAIS

3.1 Receitas

[Entrada de Recursos] → [Classificação por Fonte (SUS/Convênios/Privados)] → [Registro no Sistema TASY] → [Conciliação Bancária] → [Lançamento Contábil]

- Prazos:
  - ✓ Depósito de valores SUS: 48h após crédito em conta

- ✓ Faturamento particular: 24h após alta do paciente

3.2 – Etapas do Processo de Despesas

1. **Solicitação de Pagamento**

   O setor responsável solicita o pagamento de uma despesa, com base em nota fiscal, contrato ou outro documento comprobatório.

2. **Conferência de Documentos**

   Todos os documentos são analisados para garantir que o pagamento esteja respaldado legal e tecnicamente. Verifica-se a compatibilidade entre a nota fiscal, o contrato firmado e a efetiva entrega do bem ou serviço.

3. **Aprovação Hierárquica**

   A solicitação e a conferência são encaminhadas à chefia imediata ou gestor responsável para aprovação formal do pagamento.

4. **Emissão da Ordem de Pagamento**

   Com a aprovação, a ordem de pagamento é gerada, autorizando oficialmente a quitação da despesa no sistema financeiro da unidade.

5. **Quitação no Sistema**

   A despesa é registrada como quitada, com o lançamento do pagamento no sistema de gestão orçamentária e financeira.

Controles Adotados

- Tripla Conferência:

Antes do pagamento, três elementos são obrigatoriamente verificados:

- Nota Fiscal
  - Contrato ou empenho correspondente
  - Confirmação da entrega do produto ou serviço
  - Prazo de Processamento:
  - O processo de pagamento deve ser concluído em até 72 horas após a aprovação hierárquica.

4. INSTRUMENTOS DE GESTÃO

4.1 Ferramentas

Sistema	Função	Acesso
TASY (Módulo Financeiro)	Controle orçamentário e conciliação	Contabilidade/Finanças
SIA-SUS	Faturamento eletrônico	Faturamento
BI Hospitalar	Dashboards de indicadores	Diretoria

4.2 Relatórios Obrigatórios

- Diário: Fluxo de caixa
- Semanal: Projeção de recebimentos SUS
- Mensal:
  - ✓ DRE (Demonstração de Resultados)
  - ✓ Análise de desvios orçamentários

5. NORMAS ESPECÍFICAS

5.1 Gestão de Contratos

- Renovação: Análise 60 dias antes do vencimento
- Aditivos: Aprovados pelo Comitê Gestor

5.2 Pagamento de Pessoal

- Folha Principal: 5º dia útil
- Plantonistas: 48h após fechamento da escala

5.3 Compras Emergenciais

- Registro: Justificativa técnica + 3 cotações (exceto abaixo de R$ 5.000,00)
- Prazo Máximo: 24h para liberação de recursos

6. INDICADORES-CHAVE

Indicador	Meta	Frequência
Liquidez Corrente	≥ 1,5	Mensal
Tempo Médio de Recebimento SUS	≤ 45 dias	Trimestral
Cumprimento do Orçamento	± 5% de variação	Bimestral

7. ANEXOS

1. Modelos de Documentos:
   - Planilha de conciliação bancária
   - Formulário de solicitação de pagamento
2. Fluxogramas Detalhados:
   - Processo de compras
   - Fechamento contábil mensal

8. RESPONSABILIDADES

- Elaboração: Gerência Financeira
- Aprovação: Diretoria Executiva
- Revisão: Anual ou conforme mudanças legais

Assinatura:

_____

Diretor Financeiro

Unidade de Pronto Atendimento Neópolis

ANEXO 35 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS

TÍTULO I – DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I – DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O presente Regimento Interno estabelece a estrutura organizacional, o funcionamento e as competências da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, unidade pública integrante da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada ao atendimento clínico de média complexidade em caráter contínuo.

Art. 2º A UPA tem como missão:

I. Prestar atendimento de urgência e emergência com qualidade, resolutividade e acolhimento;

II. Garantir a segurança do paciente segundo os protocolos clínicos, epidemiológicos e sanitários vigentes;

III. Promover educação permanente e a qualificação dos profissionais de saúde;

IV. Atuar de forma articulada com o SAMU 192 e a regulação estadual, visando à integralidade da assistência.

Art. 3º A UPA reger-se-á pelos seguintes princípios:

I. Universalidade, equidade e integralidade da atenção;

II. Cuidado centrado no usuário, com enfoque multiprofissional;

III. Transparência na gestão e compromisso ético;

IV. Sustentabilidade e uso racional de recursos públicos.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 4º A gestão da UPA será estruturada em:

I. Coordenação Geral: Representação institucional, planejamento estratégico e articulação intersetorial;

II. Coordenação Médica: Supervisão técnica das equipes médicas e cumprimento dos protocolos assistenciais;

III. Coordenação de Enfermagem: Gestão das rotinas de cuidado e dos profissionais da enfermagem;

IV. Coordenação Administrativa: Administração de recursos humanos, financeiros, patrimoniais e logísticos;

V. Comissões Internas obrigatórias:

a) Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS);

b) Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS);

c) Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);

d) Comissão de Ética em Saúde.

Art. 5º A governança será colegiada, com reuniões mensais do Comitê Gestor, composto por:

I. Coordenador Geral;

II. Coordenadores Médico e de Enfermagem;

III. Representante das Comissões Internas;

IV. Representante do Conselho de Estado da Saúde.

Parágrafo único: As deliberações serão tomadas por maioria simples e registradas em ata.

TÍTULO II – REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I – DA CONSTITUIÇÃO E VÍNCULOS

Art. 6º O Corpo Clínico da UPA é composto por:

I. Efetivos: Profissionais concursados ou contratados conforme legislação vigente;

II. Temporários: Contratados emergencialmente para suprir carências;

III. Residentes: Profissionais em formação supervisionada (quando houver convênio);
IV. Colaboradores: Voluntários ou convidados com atuação autorizada.

Art. 7º A admissão ao Corpo Clínico será condicionada a:
I. Comprovação de habilitação legal e registro no conselho de classe;
II. Análise técnica do currículo;
III. Capacitação inicial nos protocolos da unidade.

CAPÍTULO II – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

Art. 8º São obrigações dos profissionais do Corpo Clínico:
I. Atender conforme as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e protocolos do Ministério da Saúde;
II. Registrar adequadamente os atendimentos no prontuário eletrônico;
III. Participar das atividades de educação permanente e reuniões clínicas;
IV. Notificar incidentes de segurança e agravos compulsórios.

Art. 9º São direitos do Corpo Clínico:
I. Condições adequadas de trabalho e apoio técnico;
II. Participação nas decisões institucionais por meio dos colegiados;
III. Capacitação continuada com incentivo da gestão.

Art. 10º A atuação ética será orientada:
I. Pelo Código de Ética da respectiva categoria profissional;
II. Pelas normas da unidade e do SUS;
III. Pela vedação expressa de condutas antiéticas e de conflito de interesses.

TÍTULO III – REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I – DA ESTRUTURA E HIERARQUIA

Art. 11º O Serviço de Enfermagem da UPA será composto por:

I. Coordenação de Enfermagem: Planejamento e supervisão geral dos processos de cuidado;

II. Enfermeiros Assistenciais: Responsáveis técnicos pela assistência direta e prescrições de enfermagem;

III. Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: Execução dos cuidados sob supervisão.

CAPÍTULO II – DAS COMPETÊNCIAS E ROTINAS

Art. 12º Compete ao Serviço de Enfermagem:

I. Executar o Processo de Enfermagem com registro digital;

II. Participar ativamente das transferências reguladas e acolhimento com classificação de risco (ACCR);

III. Monitorar indicadores como tempo de espera, taxa de retorno e controle de IRAS;

IV. Integrar as ações de educação em saúde, campanhas e treinamentos internos.

Art. 13º As escalas de trabalho serão organizadas conforme legislação trabalhista e carga horária definida em edital ou contrato, respeitando intervalos de descanso, plantões e folgas legais.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14º O descumprimento deste Regimento implicará em sanções administrativas conforme regulamento interno, regimentos específicos das categorias e legislação vigente.

Art. 15º Este Regimento entrará em vigor após homologação pela Secretaria de Estado da Saúde e publicação em meio oficial.

Anexos:

- Fluxograma de atendimento da UPA;
- Modelos de documentos assistenciais (ex: prontuário eletrônico padrão);
- Código de Conduta da Unidade;
- Plano de Educação Permanente.

ANEXO 36 - REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS

1. INTRODUÇÃO

O presente regimento estabelece as normas e diretrizes para a organização, funcionamento e atribuições da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, com os seguintes objetivos:

- Garantir a excelência assistencial e a segurança do paciente;
- Promover a integração multidisciplinar e a harmonização das relações entre profissionais de saúde e gestão da UPA;
- Assegurar o cumprimento das normas legais e éticas vigentes.

2. COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

O Corpo Clínico é constituído por profissionais de saúde credenciados para atuação na Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, classificados em:

Categoria	Descrição
Efetivos	Profissionais com vínculo permanente, exclusivo ou parcial.
Temporários	Profissionais contratados por prazo determinado (ex.: substituições).
Convidados	Especialistas externos para procedimentos ou consultorias eventuais.
Residentes	Médicos em formação, supervisionados pela equipe docente.
Preceptores	Profissionais responsáveis pela orientação de residentes e estagiários.

Observação: O credenciamento está condicionado à aprovação documental e técnica.

3. DIREITOS E DEVERES DOS MEMBROS

3.1 Direitos

- Autonomia profissional, respeitados os protocolos institucionais;
- Participação em comitês clínicos, educação continuada e eventos científicos promovidos pela UPA;
- Acesso a recursos tecnológicos, suporte administrativo e infraestrutura adequada;
- Voz e voto em assembleias do Corpo Clínico (exceto convidados e residentes).

3.2 Deveres

- Cumprir as normas da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, incluindo:
  - Protocolos assistenciais (ex.: ONA Nível 1, Lean Healthcare);
  - Prazos para registro de prontuários e laudos;
- Manter conduta ética alinhada ao Código de Ética Médica e regulamentos internos;
- Participar de auditorias, reuniões técnicas e programas de qualidade;
- Notificar eventos adversos e contribuir para planos de melhoria.

4. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

4.1 Diretoria Clínica

- Diretor Clínico: Responsável pela gestão estratégica e representação institucional.
- Vice-Diretor: Suporte ao diretor e substituição em ausências.
- Coordenadores de Especialidades: Lideram áreas técnicas (ex.: Pediatria, Cirurgia).

Mandato: 2 anos, com possibilidade de uma reeleição consecutiva.

4.2 Comissões Técnicas

- Comissão de Ética: Analisa conflitos e infrações disciplinares.
- Comissão de Acreditação: Garante conformidade com padrões ONA.

- Comissão de Educação: Organiza capacitações e treinamentos.

5. CREDENCIAMENTO E DESCREDENCIAMENTO

5.1 Requisitos para Credenciamento

- Documentação:
  - Diploma/CRM atualizado;
  - Certificado de Residência Médica (se aplicável);
  - Currículo Lattes ou equivalente.
- Análise por Comissão de Credenciamento.

5.2 Causas para Descredenciamento

- Voluntário: Solicitação formal do profissional.
- Administrativo: Descumprimento de normas (ex.: faltas não justificadas).
- Ético-Técnico:
  - Infração grave (ex.: negligência, má prática);
  - Sanção por Conselho Regional de Medicina (CRM).

Processo: O profissional terá direito à defesa perante a Comissão de Ética.

6. REGRAS DE ATUAÇÃO E CONDUTA

- Padrões Assistenciais:
  - Alinhamento às diretrizes da Organização Nacional de Acreditação (ONA);
  - Uso de ferramentas Lean Healthcare para otimização de processos.
- Relações Interpessoais:
  - Respeito à hierarquia e cultura organizacional;
  - Proibição de conflitos de interesse (ex.: indicação de serviços com benefício próprio).

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

- Revisões Anuais: O regimento será reavaliado anualmente ou conforme mudanças legais.
- Obrigatoriedade: Todos os membros devem assinatura de ciência ao ingressar.
- Dúvidas: Casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Clínica em conjunto com a Direção Geral.

APROVAÇÃO

Este regimento entra em vigor após aprovação pela Diretoria Executiva e Assembleia do Corpo Clínico.

Data de Vigência:

ANEXO 37 - REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS

1. FINALIDADE

Estabelecer as normas de organização, funcionamento e atribuições do Serviço de Enfermagem (SE), garantindo:

- Assistência segura, humanizada e baseada em evidências;
- Integração multiprofissional e alinhamento às políticas institucionais;
- Cumprimento das diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e legislação vigente.

2. COMPOSIÇÃO E CATEGORIAS PROFISSIONAIS

O SE é composto por:

Categoria	Atribuições
Enfermeiros	Responsáveis pela gestão da assistência, supervisão e elaboração de protocolos.
Técnicos de Enfermagem	Executam cuidados diretos sob supervisão do enfermeiro.
Auxiliares de Enfermagem	Apoiam atividades básicas, conforme competências legais.
Equipe de Apoio	Secretários, auxiliares administrativos e outros profissionais vinculados ao SE.

Observação: Todos os profissionais devem ter registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

3. DIREITOS E DEVERES

3.1 Direitos

- Participar de capacitações e programas de educação continuada;

- Acesso a recursos materiais e condições de trabalho adequadas;
- Voz em reuniões técnicas e comissões de qualidade;
- Proteção contra assédio moral ou discriminação.

3.2 Deveres

- Cumprir rotinas assistenciais e protocolos clínicos (ex.: higienização, prevenção de infecções);
- Registrar prontuários com precisão e sigilo;
- Notificar eventos adversos e não conformidades;
- Manter conduta ética conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

4. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

4.1 Núcleo de Gestão do SE

- Chefe do Serviço de Enfermagem: Liderança estratégica e articulação com a Diretoria Clínica.
- Supervisores de Unidade: Responsáveis por setores específicos (ex.: UTI, Pediatria).
- Enfermeiros de Referência: Atuam como multiplicadores de conhecimento em suas áreas.

Mandato: 2 anos, com possibilidade de recondução.

4.2 Comissões Vinculadas

- Comissão de Segurança do Paciente: Implementa ações para reduzir riscos.
- Comissão de Educação Permanente: Planeja treinamentos e simulados.

5. PROCESSO DE ADMISSÃO E DESLIGAMENTO

5.1 Credenciamento

- Exigências:

- Diploma/registro profissional válido;
- Currículo comprovado;
- Entrevista e avaliação técnica.

5.2 Desligamento

- Voluntário: Solicitação formal com aviso prévio de 30 dias.
- Administrativo: Descumprimento de normas ou desempenho insatisfatório.
- Ético-Disciplinar: Infração grave (ex.: negligência, falsificação de registros).

Processo: Direito a ampla defesa perante a Comissão de Ética.

6. NORMAS DE ATUAÇÃO

- Plantões: Escalas definidas com antecedência, respeitando carga horária legal.
- Emergências: Priorização de casos conforme classificação de risco.
- Documentação:
  - Preenchimento eletrônico ou manual em até 24h após o cuidado;
  - Sigilo absoluto conforme LGPD.

7. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

- Critérios:
  - Qualidade assistencial (auditorias internas);
  - Participação em projetos de melhoria;
  - Feedback de pacientes e equipe.
- Periodicidade: Anual, com plano de desenvolvimento individual (PDI).

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

- Revisões: Anuais ou conforme atualizações legais.
- Sanções: Infrações leves (advertência) a graves (desligamento).
- Dúvidas: Encaminhadas ao Núcleo de Gestão do SE.

APROVAÇÃO

Homologado pela Diretoria Executiva e Conselho de Enfermagem após consulta à equipe.

Data de Vigência:

ANEXO 38 - IMPLANTAÇÃO DE REGISTRO ELETRÔNICO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

1. INTRODUÇÃO

A informatização dos registros assistenciais é uma estratégia fundamental para melhoria da qualidade, segurança do paciente e eficiência operacional. Esta proposta visa a implantação de um Sistema Eletrônico de Registro de Atividades Assistenciais (SERAA), integrado ao prontuário eletrônico, para padronizar e agilizar a documentação clínica, reduzindo erros e otimizando processos.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Implementar um sistema eletrônico para registro das atividades assistenciais, garantindo confiabilidade, rastreabilidade e conformidade com as normas sanitárias e de acreditação (ONA, CFM, COFEN).

2.2 Específicos

- Reduzir o uso de papel e a duplicidade de registros;
- Facilitar o acesso a informações em tempo real;
- Automatizar alertas clínicos (ex.: alergias, interações medicamentosas);
- Garantir auditoria e monitoramento contínuo dos processos.

3. METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO

3.1 Etapas do Projeto

Fase	Ações	Prazo
Diagnóstico	Análise dos fluxos atuais e definição de requisitos do sistema.	30 dias
Seleção	Escolha do software (critérios: usabilidade, integração, custo-benefício).	60 dias

Customização	Adaptação do sistema às necessidades da unidade (protocolos, *templates*).	90 dias
Testes	Validação em um setor-piloto (ex.: Pediatria).	45 dias
Treinamento	Capacitação da equipe (módulos básico e avançado).	60 dias
Go-Live	Implantação escalonada em todas as unidades.	120 dias

3.2 Critérios para Escolha do Sistema

- Interoperabilidade: Integração com prontuário eletrônico e sistemas existentes;
- Segurança: Certificação de proteção de dados (LGPD, HIPAA se aplicável);
- Mobilidade: Acesso via tablets e dispositivos móveis;
- Suporte técnico: Garantia de suporte 24/7.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

4.1 Infraestrutura

- Servidores dedicados ou *cloud computing*;
- Dispositivos móveis (tablets, computadores em leitos);
- Rede Wi-Fi de alta disponibilidade.

4.2 Humanos

- Equipe de TI: Suporte técnico e gerenciamento do sistema;
- Enfermeiros e médicos-líderes: Supervisão da implantação;
- Instrutores: Treinamento da equipe assistencial.

4.3 Orçamento Estimado

Item	**Custo (R$)**
Licenças de software	150.000 (anual)
Hardware	80.000
Treinamentos	30.000
Suporte técnico	50.000 (anual)

Total	**310.000 (1º ano)**

5. IMPACTOS ESPERADOS

5.1 Benefícios

- Redução de 40% no tempo de documentação;
- Diminuição de erros em prescrições e registros;
- Melhoria na acreditação (ONA Nível 2 ou superior);
- Rastreabilidade completa das ações assistenciais.

5.2 Riscos e Mitigação

Risco	**Ação Preventiva**
Resistência da equipe	Treinamentos práticos e envolvimento de líderes.
Falhas na integração	Testes exaustivos antes do go-live.
Vazamento de dados	Criptografia e políticas de acesso restrito.

6. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Taxa de adesão: % de profissionais utilizando o sistema corretamente;
- Tempo médio de registro: Comparação antes/depois;
- Número de incidentes relacionados a falhas de documentação.

7. CRONOGRAMA

Atividade	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**
Diagnóstico	x	x										
Seleção do sistema		x	x									
Customização			x	x	x							
Testes piloto					x	x						
Treinamentos						x	x	x				
Implantação total								x	x	x	x	x

8. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A implantação do SERAA é um projeto estratégico para modernizar a gestão assistencial, com ganhos em qualidade, segurança e eficiência. Recomenda-se:

- Formar um comitê gestor para acompanhar o projeto;
- Realizar pesquisas de satisfação pós-implantação;
- Revisar anualmente os indicadores para ajustes contínuos.

Aprovação:

Submeter à Diretoria Executiva e Comissão de Informatização em Saúde até [data].

Elaborado por:

Data:

ANEXOS

1. Modelo de formulário de avaliação de usuários;
2. *Checklist* de requisitos do sistema;
3. Fluxograma de processos do SERAA.

Anexo 39 - MODELO DE FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS
Sistema Eletrônico de Registro de Atividades Assistenciais (SERAA)
UPA Neópolis

Objetivo: Coletar feedback dos profissionais sobre usabilidade, dificuldades e satisfação com o sistema, visando melhorias contínuas.

DADOS DO AVALIADOR

- **Nome (opcional):** _____
- **Cargo:**
  ( ) Enfermeiro
  ( ) Médico
  ( ) Técnico/Auxiliar de Enfermagem
  ( ) Outro: _____
- **Setor:** _____
- **Tempo de uso do SERAA:**
  ( ) Menos de 1 mês
  ( ) 1 a 3 meses
  ( ) Mais de 3 meses

AVALIAÇÃO DO SISTEMA

(Escala: 1 = Discordo Totalmente / 5 = Concordo Totalmente)

Critério	1	2	3	4	5
1. Facilidade de uso (intuitivo)					
2. Velocidade do sistema					
3. Organização das informações					
4. Integração com outros sistemas					
5. Redução de tempo nos registros					

QUESTÕES ABERTAS

1. **Quais as maiores vantagens do SERAA no seu dia a dia?**

2. **Quais dificuldades você enfrenta ao usar o sistema?**

3. **Sugestões de melhorias:**

TREINAMENTO E SUPORTE

- **O treinamento foi suficiente para usar o sistema?**
  ( ) Sim
  ( ) Não
  ( ) Parcialmente → **O que faltou?** _____
- **Com que frequência você precisa de suporte técnico?**
  ( ) Nunca
  ( ) Raramente
  ( ) Ocasionalmente
  ( ) Frequentemente

SATISFAÇÃO GERAL

- **Você recomendaria o SERAA para outros profissionais?**
  ( ) Sim
  ( ) Não
  ( ) Com ressalvas → **Quais?** _____
- **Nota geral (0 a 10):**

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Data: //_____

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO

- Periodicidade: Aplicar após 1 mês de uso e semestralmente.

- Formato: Pode ser preenchido online (via formulário eletrônico) ou impresso.
- Confidencialidade: Respostas anônimas serão analisadas apenas em conjunto.

Responsável pela análise: Comitê Gestor do SERAA.

Diferenciais deste formulário:

- Avaliação quantitativa e qualitativa (escala *Likert* + perguntas abertas).
- Foco em usabilidade e eficiência.
- Identificação de gaps no treinamento.
- Versátil (aplicável a diferentes categorias profissionais).

É pertinente considerar a aplicação complementar de entrevistas focais para aprofundar críticas específicas.

CHECKLIST DE REQUISITOS DO SISTEMA

Critérios Técnicos e Funcionais para Seleção do SERAA

A. REQUISITOS TÉCNICOS

Item	Especificação	Atende? (✓/✗)	Observações
1. Infraestrutura	Compatível com Windows/Linux e dispositivos móveis		
2. Segurança	Criptografia de dados (LGPD/HIPAA)		
3. Integração	Conectividade com prontuário eletrônico e APIs		
4. Backup	Automático e diário (local + nuvem)		

5. Disponibilidade	Uptime mínimo de 99,5%		

B. REQUISITOS FUNCIONAIS

Item	Descrição	Prioridade (Alta/Média/Baixa)
1. Cadastro de Pacientes	Inclusão de dados demográficos e histórico clínico	Alta
2. Registro de Atividades	Templates para anotações de enfermagem e evoluções	Alta
3. Alertas Clínicos	Notificações para alergias e interações medicamentosas	Alta
4. Relatórios	Exportação em PDF/Excel por período ou paciente	Média
5. Acesso Móvel	Funcionalidade offline para áreas sem conexão	Baixa

C. REQUISITOS DE USUÁRIO

- Interface intuitiva (máximo 3 cliques para ações frequentes);
- Suporte a laudos com assinatura digital;
- Treinamento inclusivo (vídeos tutoriais e manual em PDF).

Legenda:

✓ = Atende plenamente | ✕ = Não atende | ▲ = Atende parcialmente

D) FLUXOGRAMA DE PROCESSOS DO SERAA

Passo a Passo para Registro Eletrônico

```
graph TD
  A[Login no Sistema] --> B{Selecionar Paciente}
  B -->|Novo Cadastro| C[Inserir Dados Demográficos]
  B -->|Paciente Existente| D[Buscar por Nome/Prontuário]
```

```
D --> E[Registro de Atividades]
E --> F{Selecionar Tipo}
F -->|Evolução| G[Preencher Template Padrão]
F -->|Medicação| H[Verificar Alertas de Interação]
F -->|Procedimento| I[Registrar Código TUSS]
G & H & I --> J[Salvar e Assinar Digitalmente]
J --> K[Notificação para Equipe]
K --> L{Conclusão}
L -->|Sim| M[Encerrar Registro]
L -->|Não| E
```

Etapas Explicadas:

1. Autenticação: Acesso com login único (integrado ao AD da UPA Neópolis).
2. Seleção do Paciente: Cadastro novo ou busca rápida por filtros.
3. Registro:
    - Evoluções: *Templates* pré-formatados com campos obrigatórios.
    - Medicação: Sistema bloqueia prescrições com incompatibilidades.
    - Procedimentos: Vinculação automática a códigos de cobrança (TUSS).
4. Validação: Assinatura digital com certificado válido.
5. Comunicação: Alertas em tempo real para a equipe multidisciplinar.

ANEXOS SUGERIDOS

1. Exemplo de *Template* de Evolução: Campos obrigatórios (data, horário, descrição, responsável).
2. Mapa de Integração: Diagrama de conexão com outros sistemas (ex.: laboratorial, farmácia).

Diferenciais:

- *Checklist* detalhado: Combina critérios técnicos, funcionais e de experiência do usuário.
- Fluxograma visual: Usa linguagem simples para facilitar a adoção pela equipe.
- Alinhamento com normas: LGPD, ONA e boas práticas de TI em saúde.

Ambos os documentos devem ser revisados pelo Comitê de Informatização antes da fase de seleção do sistema.

ANEXO 40 - MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS

TÍTULO I – DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I – DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O presente Regimento Interno estabelece a estrutura organizacional, o funcionamento e as competências da Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, unidade pública integrante da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada ao atendimento clínico de média complexidade em caráter contínuo.

Art. 2º A UPA tem como missão:

I. Prestar atendimento de urgência e emergência com qualidade, resolutividade e acolhimento;

II. Garantir a segurança do paciente segundo os protocolos clínicos, epidemiológicos e sanitários vigentes;

III. Promover educação permanente e a qualificação dos profissionais de saúde;

IV. Atuar de forma articulada com o SAMU 192 e a regulação estadual, visando à integralidade da assistência.

Art. 3º A UPA reger-se-á pelos seguintes princípios:

I. Universalidade, equidade e integralidade da atenção;

II. Cuidado centrado no usuário, com enfoque multiprofissional;

III. Transparência na gestão e compromisso ético;

IV. Sustentabilidade e uso racional de recursos públicos.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 4º A gestão da UPA será estruturada em:

I. Coordenação Geral: Representação institucional, planejamento estratégico e articulação intersetorial;

II. Coordenação Médica: Supervisão técnica das equipes médicas e cumprimento dos protocolos assistenciais;

III. Coordenação de Enfermagem: Gestão das rotinas de cuidado e dos profissionais da enfermagem;

IV. Coordenação Administrativa: Administração de recursos humanos, financeiros, patrimoniais e logísticos;

V. Comissões Internas obrigatórias:

a) Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS);

b) Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS);

c) Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);

d) Comissão de Ética em Saúde.

Art. 5º A governança será colegiada, com reuniões mensais do Comitê Gestor, composto por:

I. Coordenador Geral;

II. Coordenadores Médico e de Enfermagem;

III. Representante das Comissões Internas;

IV. Representante do Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo único: As deliberações serão tomadas por maioria simples e registradas em ata.

TÍTULO II – REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I – DA CONSTITUIÇÃO E VÍNCULOS

Art. 6º O Corpo Clínico da UPA é composto por:

I. Efetivos: Profissionais concursados ou contratados conforme legislação vigente;

II. Temporários: Contratados emergencialmente para suprir carências;

III. Residentes: Profissionais em formação supervisionada (quando houver convênio);
IV. Colaboradores: Voluntários ou convidados com atuação autorizada.

Art. 7º A admissão ao Corpo Clínico será condicionada a:
I. Comprovação de habilitação legal e registro no conselho de classe;
II. Análise técnica do currículo;
III. Capacitação inicial nos protocolos da unidade.

CAPÍTULO II – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

Art. 8º São obrigações dos profissionais do Corpo Clínico:
I. Atender conforme as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e protocolos do Ministério da Saúde;
II. Registrar adequadamente os atendimentos no prontuário eletrônico;
III. Participar das atividades de educação permanente e reuniões clínicas;
IV. Notificar incidentes de segurança e agravos compulsórios.

Art. 9º São direitos do Corpo Clínico:
I. Condições adequadas de trabalho e apoio técnico;
II. Participação nas decisões institucionais por meio dos colegiados;
III. Capacitação continuada com incentivo da gestão.

Art. 10º A atuação ética será orientada:
I. Pelo Código de Ética da respectiva categoria profissional;
II. Pelas normas da unidade e do SUS;
III. Pela vedação expressa de condutas antiéticas e de conflito de interesses.

TÍTULO III – REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I – DA ESTRUTURA E HIERARQUIA

Art. 11º O Serviço de Enfermagem da UPA será composto por:

I. Coordenação de Enfermagem: Planejamento e supervisão geral dos processos de cuidado;

II. Enfermeiros Assistenciais: Responsáveis técnicos pela assistência direta e prescrições de enfermagem;

III. Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: Execução dos cuidados sob supervisão.

CAPÍTULO II – DAS COMPETÊNCIAS E ROTINAS

Art. 12º Compete ao Serviço de Enfermagem:

I. Executar o Processo de Enfermagem com registro digital;

II. Participar ativamente das transferências reguladas e acolhimento com classificação de risco (ACCR);

III. Monitorar indicadores como tempo de espera, taxa de retorno e controle de IRAS;

IV. Integrar as ações de educação em saúde, campanhas e treinamentos internos.

Art. 13º As escalas de trabalho serão organizadas conforme legislação trabalhista e carga horária definida em edital ou contrato, respeitando intervalos de descanso, plantões e folgas legais.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14º O descumprimento deste Regimento implicará em sanções administrativas conforme regulamento interno, regimentos específicos das categorias e legislação vigente.

Art. 15º Este Regimento entrará em vigor após homologação pela Direção Municipal de Saúde e publicação em meio oficial.

Anexos:

- Fluxograma de atendimento da UPA;
- Modelos de documentos assistenciais (ex: prontuário eletrônico padrão);
- Código de Conduta da Unidade;
- Plano de Educação Permanente.

ANEXO 41 - PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS INICIATIVAS DE HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE

1. Introdução

A humanização do cuidado em saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma diretriz estruturante que ultrapassa a dimensão ética do acolhimento e se consolida como política pública transversal, sustentada por princípios como a integralidade, o respeito às singularidades dos sujeitos e a corresponsabilização dos diversos atores envolvidos no processo de atenção. Instituída oficialmente pela Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização articula práticas técnico-assistenciais e organizacionais voltadas à valorização da escuta qualificada, do vínculo entre profissionais e usuários e da participação ativa na construção do cuidado.

Nas unidades de pronto atendimento, como a UPA Neópolis, o desafio da humanização ganha contornos ainda mais complexos, dada a natureza da assistência prestada: marcada pela urgência, pela rotatividade intensa e, muitas vezes, pelo sofrimento agudo. Nesse cenário, torna-se fundamental implantar estratégias que promovam a qualidade do cuidado, associando protocolos clínicos baseados em evidências com intervenções que respeitem a subjetividade dos usuários, a dignidade dos profissionais e as especificidades do território.

A humanização e a qualidade não devem ser tratadas como dimensões separadas, mas como elementos indissociáveis da mesma lógica de cuidado: a lógica do SUS como sistema público, universal e comprometido com a vida em todas as suas formas. Nessa perspectiva, ações como a escuta ativa por meio da ouvidoria, a qualificação das ambiências, o cuidado com os trabalhadores da saúde e a valorização de práticas sensíveis — como o prontuário afetivo ou os espaços lúdicos — são mais do que adereços institucionais: são ferramentas de gestão e instrumentos de justiça sanitária.

Este plano, portanto, estrutura-se como uma resposta técnico-política à necessidade de fortalecer a humanização na UPA, articulando eixos temáticos

coerentes com as normativas do Ministério da Saúde, com as recomendações da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, com os parâmetros da Qualidade e Segurança do Paciente (Portarias MS nº 529/2013 e nº 1.083/2012), e com os compromissos locais assumidos pelo município de Neópolis. Ao investir na escuta, no acolhimento e na valorização das relações humanas no cuidado, reafirma-se o princípio de que humanizar é qualificar, e qualificar é cuidar com compromisso, técnica e afeto.

2. Definição de Alcance

2.1. Finalidade da Proposta

Esta proposta visa à implantação de um **Programa Integrado de Humanização e Qualidade** na Unidade de Pronto Atendimento Neópolis, Sergipe, com foco na qualificação dos processos assistenciais e organizacionais por meio da valorização do cuidado centrado na pessoa, da escuta ativa dos usuários e da promoção do bem-estar biopsicossocial dos profissionais e pacientes.

A iniciativa está fundamentada nos princípios da **Política Nacional de Humanização (PNH),** da **Carta dos Direitos dos Usuários do SUS**, e nas diretrizes da **gestão participativa e da qualidade em saúde**, reconhecendo o papel das UPAs como unidades de porta aberta e alta demanda, nas quais os vínculos humanizados tornam-se estratégicos para a efetividade do cuidado e a segurança do paciente.

2.2. Objetivo Geral

Implementar um programa estruturado de humanização e qualificação dos serviços da UPA, contemplando ações voltadas a:

- Promoção de ambientes acolhedores e inclusivos, especialmente para o público pediátrico;
- Valorização dos profissionais por meio de práticas de cuidado com o cuidador;
- Fortalecimento dos canais institucionais de escuta e resposta às manifestações dos usuários;

- Integração de tecnologias sensíveis ao cuidado, como o Prontuário Afetivo;
- Estímulo à participação da comunidade por meio de ações lúdicas e projetos com enfoque social.

2.3. Abrangência e Público-Alvo

O programa terá abrangência institucional e será implementado em todos os setores da UPA 24H, com atenção especial às áreas de observação, acolhimento e atendimento pediátrico. Os principais públicos-alvo são:

- **Usuários em situação de urgência e emergência,** com ênfase nas crianças e seus acompanhantes;
- **Profissionais da saúde e equipe multiprofissional**, incluindo administrativos e técnicos;
- **Gestores locais e apoiadores institucionais;**
- **Organizações da sociedade civil, voluntários e parceiros institucionais**, envolvidos na rede de apoio à saúde municipal.

3. Metodologia de Implantação

A implementação do Programa Integrado de Humanização e Qualidade será conduzida de forma gradual, intersetorial e orientada por eixos estratégicos. A metodologia proposta parte do reconhecimento da complexidade dos serviços de pronto atendimento e da necessidade de intervenções coordenadas que contemplem tanto a dimensão estrutural quanto subjetiva do cuidado em saúde. Dessa forma, o plano se organiza por eixos temáticos integradores, que articulam ações de formação, infraestrutura, tecnologias sensíveis e participação social. Cada eixo apresenta metas específicas, responsabilidades definidas, recursos estimados e mecanismos de acompanhamento, garantindo a governança do processo e sua sustentabilidade ao longo do tempo.

3.1. Estruturação por Eixos

Eixo	Ações Estratégicas	Responsáveis	Recursos Estimados
1. Cuidado com os Cuidadores	Treinamento em comunicação humanizada e escuta qualificada;Criação de sala de descompressão para servidores em plantão.	Recursos Humanos, Psicologia, Coordenação Geral	R$ 80.000
2. Ambiência Acolhedora	Ambientação humanizada de áreas de espera;Espaço lúdico para crianças em observação ou regulação.	Administração, Pedagogia Hospitalar	R$ 100.000
3. Sistema de Ouvidoria	Implantação de canal digital e físico de escuta;Elaboração de relatórios de análise trimestral de feedbacks.	Núcleo da Qualidade, Setor de TI	R$ 50.000
4. Prontuário Afetivo	Inserção de campo sensível no PEP (preferências, medos, sensibilidades do paciente);Capacitação para equipe de acolhimento.	Enfermagem, TI, Psicologia	R$ 30.000
5. Projetos de Humanização Infantil	“Super Herói da Alegria”;Sala Sensorial adaptada;Parcerias com	Terapia Ocupacional, Voluntariado	R$ 150.000

	instituições filantrópicas e educacionais.		

3.2. Cronograma

Fase	Duração Estimada	Atividades Previstas
Fase 1 – Mobilização e Planejamento	2 meses	Formação do comitê gestor;Contratação de equipe técnica e aquisição de insumos.
Fase 2 – Implantação Inicial	2 meses	Testagem das ações em setor piloto (observação pediátrica);Operacionalização da ouvidoria.
Fase 3 – Expansão Progressiva	3 meses	Estímulo à adesão institucional;Aplicação em todos os turnos e setores.
Fase 4 – Monitoramento e Ajustes	Contínuo	Pesquisas semestrais de satisfação;Avaliação de indicadores e melhoria contínua.

4. Orçamento Detalhado

Item	Valor Estimado (R$)
Capacitação e acolhimento de profissionais	R$ 80.000
Adequação de espaços físicos e ambientação	R$ 100.000
Implantação do sistema de Ouvidoria	R$ 50.000
Adaptação do Prontuário Eletrônico (Prontuário Afetivo)	R$ 30.000
Ações lúdicas e sensoriais para crianças	R$ 150.000
Total Geral	**R$ 410.000**

5. Indicadores de Sucesso

- Redução de pelo menos **20% nos relatos de exaustão profissional**, aferidos por pesquisa interna semestral;
- Elevação de **30% no índice de satisfação dos usuários** e acompanhantes, mensurado por formulário próprio da ouvidoria;
- **100% das manifestações recebidas pela ouvidoria respondidas em até 7 dias úteis**;
- Participação de **ao menos 90% das crianças** atendidas em observação nos projetos lúdicos ou acolhimento especializado.

6. Gestão de Riscos

Risco Identificado	Medidas de Mitigação
Resistência da equipe às novas abordagens	Realização de oficinas práticas, escuta qualificada e valorização institucional.
Baixa adesão de pacientes e acompanhantes	Comunicação visual educativa e abordagem sensível no acolhimento.
Limitações financeiras para execução total	Estabelecimento de convênios com ONGs locais e captação via emendas parlamentares.
Dificuldade técnica de adaptação do sistema de PEP	Apoio especializado do fornecedor de TI e validação junto à SBIS.

7. Conclusão

A implantação de iniciativas estruturadas de humanização na Unidade de Pronto Atendimento Neópolis é um passo essencial para alinhar o cuidado em saúde às diretrizes do SUS e aos princípios da dignidade, escuta e respeito aos sujeitos. A proposta aqui apresentada visa integrar tecnologias assistenciais com práticas sensíveis e inovadoras, favorecendo não apenas os usuários, mas também os profissionais que garantem o funcionamento diário da unidade.

O êxito da proposta dependerá do engajamento multiprofissional, do comprometimento da gestão e do envolvimento da comunidade local. Assim,

consolida-se um ambiente acolhedor, seguro e eficaz, mesmo em contextos de alta demanda, como é característico do pronto atendimento.

Próximos Passos:

4. Aprovação formal do plano pela Secretaria Municipal de Saúde;
5. Formação e capacitação do comitê gestor interno;
6. Lançamento oficial do programa, com divulgação interna e externa.

Anexos:

- Modelo de questionário de satisfação do usuário;
- Layout sugerido para ambientação humanizada;
- Fluxograma de tramitação das manifestações via Ouvidoria.

ANEXO 42 - PROJETO DE COMPOSTAGEM PARA RESÍDUOS ORGÂNICOS

1. Introdução

Em um mundo onde cerca de 45% do lixo urbano é composto por resíduos orgânicos, a compostagem surge como uma solução inteligente e sustentável para transformar o que seria descarte em um recurso valioso. Mais do que uma simples técnica de reciclagem, a compostagem é um processo biológico que imita a natureza, acelerando a decomposição de materiais orgânicos por meio da ação de microrganismos, minhocas e condições controladas de umidade e aeração. O resultado é um adubo natural, rico em nutrientes, que pode revitalizar solos, reduzir a dependência de fertilizantes químicos e fechar o ciclo da matéria orgânica de forma ecologicamente equilibrada.

Este projeto não se limita à produção de composto, mas propõe uma mudança de paradigma no manejo de resíduos, substituindo a lógica do "jogar fora" – que sobrecarrega aterros sanitários e emite gases poluentes, como o metano – por uma abordagem circular e regenerativa. Seja em escala doméstica, comunitária ou institucional, a compostagem pode ser adaptada a diferentes realidades, promovendo conscientização ambiental, economia de recursos e fortalecimento de práticas sustentáveis.

Ao implementar sistemas acessíveis e eficientes, este projeto busca:

- Reduzir significativamente o volume de lixo orgânico destinado a aterros.
- Produzir fertilizante natural para agricultura urbana, jardins e hortas.
- Educar e engajar a comunidade em soluções ambientais práticas.

Com técnicas simples, mas cientificamente embasadas, a compostagem pode se tornar um hábito cotidiano, transformando restos de alimentos em um ativo valioso para o solo e para o futuro do planeta.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

mplementar um sistema de compostagem para reduzir a quantidade de resíduos orgânicos destinados a aterros sanitários e produzir composto de qualidade para uso agrícola ou jardinagem.

2.2. Objetivos Específicos

- Reduzir em até 50% o volume de resíduos orgânicos gerados.
- Produzir adubo natural para hortas, jardins ou agricultura urbana.
- Promover educação ambiental sobre gestão de resíduos.
- Diminuir emissões de gases de efeito estufa (metano) provenientes de aterros.

3. Metodologia

A implementação deste projeto de compostagem seguirá uma abordagem prática e cientificamente fundamentada, combinando técnicas consagradas de manejo de resíduos orgânicos com adaptações às condições locais. O processo foi estruturado em etapas claras – desde a seleção do sistema mais adequado até a maturação do composto –, priorizando acessibilidade, eficiência e baixo custo. Serão empregados métodos validados pela agricultura orgânica e pela biologia do solo, garantindo não apenas a transformação dos resíduos, mas também a qualidade do produto final. A metodologia proposta é flexível, podendo ser aplicada em diferentes escalas (doméstica, escolar ou comunitária), e incorpora monitoramento sistemático para otimizar os parâmetros de umidade, aeração e equilíbrio entre materiais ricos em carbono e nitrogênio.

3.1. Materiais Necessários

- Composteira (caixas plásticas, tambores, leira no solo ou compostagem em pilhas).
- Resíduos orgânicos (cascas de frutas, legumes, borra de café, folhas secas, grama).
- Material seco (carbono) (serragem, folhas secas, palha, papelão sem tinta).
- Ferramentas (pá, regador, termômetro para monitorar temperatura).
- Inoculante (opcional) (microorganismos aceleradores de compostagem).

3.2. Etapas de Implementação

a) Seleção do Local

- Área ventilada, sombreada e de fácil acesso.
- Pode ser em quintais, escolas, empresas ou espaços comunitários.

b) Montagem da Composteira

- Método 1: Compostagem em Caixas (Sistema de Minhocário)
  - 3 caixas plásticas empilhadas (2 para compostagem e 1 para coleta de chorume).
  - Furos para aeração e drenagem.
  - Minhocas californianas (opcional para acelerar o processo).
- **Método 2: Compostagem em Leiras ou Pilhas**
  - Empilhamento alternado de resíduos verdes (nitrogênio) e secos (carbono).
  - Revolvimento periódico para aeração.

c) Alimentação da Composteira

- O que pode ser compostado:
  - Restos de frutas e legumes.
  - Borra de café e saquinhos de chá.
  - Cascas de ovos (trituradas).
  - Folhas secas e grama cortada.
- O que evitar:
  - Carne, laticínios e óleos (atraem pragas).
  - Fezes de animais e papel higiênico.

d) Manutenção

- Revolver a mistura a cada 7-10 dias para oxigenação.
- Manter umidade equilibrada (como uma esponja úmida).
- Monitorar temperatura (ideal: 50-65°C para eliminar patógenos).

e) **Tempo de Maturação**

- 2 a 6 meses, dependendo do método e condições.
- O composto pronto é escuro, homogêneo e com cheiro de terra.

4. Benefícios Esperados

- Redução de resíduos (até 50% menos lixo orgânico).
- Adubo natural (rico em nutrientes para plantas).
- Menor impacto ambiental (redução de metano em aterros).
- Educação sustentável (conscientização sobre reciclagem orgânica).

5. Cronograma

Atividade	**Duração**
Planejamento e aquisição de materiais	1 semana
Montagem da composteira	1 dia
Coleta e compostagem dos resíduos	2-6 meses
Monitoramento e manutenção	Contínuo
Uso do composto em hortas/jardins	Após maturação

6. Orçamento (Exemplo Simplificado)

Item	**Custo Estimado (R$)**
Caixas plásticas ou tambor	50-150
Ferramentas (pá, regador)	30-80
Minhocas (opcional)	20-50
Insumos (serragem, folhas)	Gratuito (reaproveitamento)
Total	**100-280**

7. Conclusão

A implementação deste projeto de compostagem representa muito mais do que uma alternativa para o tratamento de resíduos orgânicos – é um passo concreto em

direção a um modelo de sociedade regenerativa. Ao transformar restos alimentares e materiais vegetais em adubo de alta qualidade, o sistema não apenas reduz a pressão sobre aterros sanitários e diminui emissões de gases de efeito estufa, mas também restaura a relação entre seres humanos e ciclos naturais, muitas vezes rompida pela lógica linear de produção e descarte.

Os benefícios se multiplicam em diferentes dimensões:

- Ambiental: Redução de até 50% do volume de lixo doméstico, diminuição da contaminação do solo por chorume em aterros e mitigação das mudanças climáticas (evitando a geração de metano).
- Econômica: Substituição de fertilizantes químicos por insumos orgânicos gratuitos, com potencial para gerar economia em gastos públicos com coleta de lixo e recuperação de áreas degradadas.
- Social: Empoderamento comunitário por meio de tecnologias sustentáveis de baixo custo, criação de hortas urbanas e oportunidades de educação ambiental prática em escolas e bairros.

A simplicidade da compostagem – passível de ser realizada com recursos mínimos – é sua maior virtude, tornando-a uma ferramenta democrática para a transição ecológica. No entanto, seu impacto real depende da adoção em larga escala, o que exige políticas públicas integradas, campanhas de conscientização e a quebra do mito de que "lixo orgânico é inevitável".

Este projeto, portanto, não se encerra com a produção do composto, mas se expande como um convite à ação coletiva. Cada composteira instalada em uma residência, escola ou empresa é um núcleo de transformação, demonstrando na prática que os resíduos não são um problema, mas matéria-prima para reconstruir ecossistemas. O desafio agora é escalonar essas iniciativas, integrando-as a programas municipais de gestão de resíduos e a projetos de agricultura urbana, para que a compostagem deixe de ser uma exceção e se torne parte fundamental da cultura sustentável do século XXI.

Próximos passos:

- Sistematizar dados de redução de resíduos e qualidade do composto para

embasar políticas públicas.

- Criar redes de compartilhamento de experiências entre composteiros urbanos.
- Vincular a prática a programas de segurança alimentar e agroecologia.

A compostagem, em sua essência, é a materialização do conceito "do berço ao berço" (*cradle to cradle*), onde tudo se transforma e nada se perde. Adotá-la é um ato simultaneamente prático e revolucionário – um retorno ao equilíbrio que a Terra sempre nos ensinou, mas que precisamos reaprender.

O projeto será articulado com escolas do município, fortalecendo a educação ambiental e a imagem da UPA como espaço de cidadania e compromisso com o território.

ANEXO 43 - MINUTA CONTRATUAL SIMPLIFICADA – AMBULÂNCIAS

Minuta Contratual Simplificada – Ambulâncias

CONTRATO Nº: /2025

CONTRATO DE LOCAÇÃO DE VEÍCULO - AMBULÂNCIA

CONTRATANTE: INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO - INASP, associação privada sem fins lucrativos do tipo organização da sociedade civil (OSC) com qualificação em Organização Social (OS), localizada no Largo 2 de Julho, nº. 171, município de Paripiranga, estado da Bahia, CEP: 48.430-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 29.099.982/0001-00, neste ato representada pela Vice-presidente, Sr(a) **Sonia Matos Lima**, brasileira, solteira, microempresária individual, portadora do RG n°. 1.203.387 SSP/SE e CPF n°. 896.487.905-82, e-mail: comunicacao@inasp.org.br, doravante denominado CONTRATANTE.

CONTRATADO(A): HANGAR CONSULTORIA LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 32.257.322/0001-20, com sede na Rua Maria das Dores Leal de Queiroz, nº 33, Jardim dos Calegaris, Paulínia/SP, CEP: 13140-101, e-mail: hangarmedicalservices@gmail.com, neste ato representada por seu Diretor Comercial, Sr. **Eddie Moreschi**, doravante denominada CONTRATADO(A).

As partes acima identificadas firmam o presente **CONTRATO DE LOCAÇÃO DE VEÍCULO,** que se regerá pelas normas do Código Civil estipuladas nos artigos 593 a 609, bem como pelas cláusulas abaixo e pelas condições de preço, forma e termo de pagamento a seguir descritas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente contrato tem por objeto a locação de 01 (uma) unidade móvel de ambulância, do tipo **Ambulância de Transporte Tipo A** (Simples Remoção) nas seguintes **condições:**

1.2 **Características**:

a) Isolamento térmico, revestimento interno (laterais e teto) e piso;
b) Maca retrátil;
c) Banco baú e banco do médico;
d) Armário superior;
e) Cilindro de oxigênio de 07 litros;
f) Sinalizador linear com sirene eletrônica;
g) Documentação carro emergencial homologado pelo Detran;

1.3 O veículo será entregue com as seguintes características técnicas e equipamentos conforme proposta comercial anexa, que integra este contrato como Anexo I.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR, CONDIÇÕES E PAGAMENTO

2.1 Pela locação de 01 (uma) unidade móvel de ambulância, do tipo **Ambulância de Transporte Tipo A** (Simples Remoção) a(o) **CONTRATANTE** obriga-se a pagar a(o) **CONTRATADA(O)**, o valor de **R$ 17.500,00** (dezessete mil e quinhentos reais) mensal.

2.2 O pagamento será feito mediante e exclusivamente através de depósito em conta de titularidade do(a) CONTRATADO(A). Conforme informação em anexo.

CLÁUSULA TERCEIRA – PRAZO/VIGÊNCIA

3.1 O presente instrumento vigerá pelo prazo de **06** (seis) meses, com início em **XX/XX/2025** e término em **XX/XX/2025**, prorrogável mediante celebração de **Termo Aditivo** se assim concordarem o(a) CONTRATANTE e o(a) CONTRATADO(a), nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único: Caso o prazo acima citado seja encerrado antes da vigência avençada em decorrência de **Rescisão** entre **o(a) CONTRATANTE e o(a) CONTRATADO(O)**, **será compulsoriamente** considerada como data final de encerramento deste contrato. Hipótese em que o pagamento deverá ser adequado ao período efetivo ao uso do objeto de locação, em decorrência do término prematuro do contrato.

CLAUSULA QUARTA - DAS MULTAS E PENALIDADES

4.1 Pela inexecução total ou parcial e descumprimento de quaisquer cláusulas, alíneas e itens deste contrato, o(a) CONTRATANTE poderá garantida a prévia defesa, aplicar ao CONTRATADO(A), multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor total pactuado no item 2.1.

CLÁUSULA QUINTA - EXTINÇÃO/ENCERRAMENTO/DISTRATO E ALTERAÇÃO

5.1 O presente Contrato de Locação de Veículo extinguir-se-á pela implementação do seu termo final cabendo ao CONTRATANTE;

5.2 O contrato de locação de veículo poderá ser EXTINTO diretamente, além dos previstos em lei, independente de aviso, notificação ou interpelação judicial quando:

a) Falência, concordata, dissolução ou liquidação de qualquer das partes;

b) Inadimplência, por uma das partes, de quaisquer obrigações previstas no contrato, salvo em decorrência de caso fortuito ou força maior;

c) Subcontratação ou cessão parcial ou total deste contrato a terceiros, sem autorização expressa da outra parte;

d) Descumprimento de qualquer das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento.

5.3 **Qualquer das partes poderá rescindir** o presente instrumento **mediante comunicação prévia, com 30 (trinta) dias de antecedência**.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DO (A) CONTRATANTE

6.1 Constituem obrigações do(a) CONTRATANTE:

a) Efetuar o pagamento previsto neste contrato;
b) Responsabilizar-se pela guarda e uso adequado do veículo;
c) Arcar com custos de **combustível**, **condutor, manutenção preventiva e corretiva e pedágios** quando necessário;
d) Efetuar a reposição dos medicamentos e insumos, caso necessário;
e) Manter o veículo em boas condições durante o período de locação;
f) Não realizar qualquer modificação estrutural sem prévia autorização do(a) CONTRATADA(O).
g) manutenção preventiva e corretiva do veículo é de responsabilidade do(a) **CONTRATANTE;**
h) O(a) **CONTRATANTE** será responsável por manter o veículo em condições adequadas de uso e conservação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DO(A) CONTRATADO(A)

7.1 Constituem obrigações da(o) CONTRATADA (O):

a) O(a) **CONTRATADA(O)** se compromete a entregar a **Ambulância de Transporte Tipo A** (Simples Remoção) em perfeito estado de funcionamento, com a documentação regular e os equipamentos descritos na proposta comercial;
b) Garantir que o veículo(ambulância) esteja em conformidade com as normas de trânsito e regulamentações sanitárias vigentes e normais legais para a utilização específica;
c) Prestar os esclarecimentos técnicos sempre que solicitados pelo CONTRATANTE;
d) Garantir a substituição do veículo, em caso de defeito de responsabilidade do(a) contratada(o), no prazo máximo de 72 horas.

CLÁUSULA OITAVA — DA CONFIDENCIALIDADE

8.1 Comprometem-se as partes a não divulgar a terceiros quaisquer informações obtidas durante a vigência do Contrato, toda e qualquer informação não disponível ao público, revelada, fornecida, comunicada ou obtida, seja verbalmente ou por escrito, bem como quaisquer outras informações disponibilizadas por uma das partes, na pessoa de seus representantes ou contratados.

CLÁUSULA NONA — DO USO DE IMAGEM

9.1 O(A) CONTRATADO(A) autoriza, sem ônus, o uso de imagem da ambulância, da marca e do serviço prestado, pelo(a) CONTRATANTE, em registros institucionais, redes sociais, relatórios de atividades e outros meios de comunicação ligados às ações desenvolvidas pelo(a) CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

10.1 Elegem, as partes, o **Foro da Comarca de Paripiranga/BA**, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro por mais privilegiado que seja.
10.2 E, por estarem justos e acordados, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, que também o assinam, para que produzam os seus jurídicos e legais efeitos.

Paripiranga/BA, 26 de junho de 2025.

_____	_____
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO CNPJ nº. 29.099.982/0001-00 CONTRATANTE	**HANGAR CONSULTORIA LTDA CNPJ nº. 32.257.322/0001-20 CONTRATADO(A)**

TESTEMUNHAS

1 . Nome: _____

CPF:_____

2. Nome: _____

CPF: _____

ANEXO 44 - SALA SENSORIAL PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NAUNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NEÓPOLIS, SERGIPE

INTRODUÇÃO

O atendimento em unidades de pronto atendimento (UPAs) impõe uma série de desafios clínicos e estruturais, especialmente quando envolve crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), cujas particularidades neurocomportamentais demandam condições diferenciadas de acolhimento. Crianças autistas frequentemente apresentam hipersensibilidade a estímulos sensoriais — como luzes intensas, ruídos ambientes e fluxos caóticos de pessoas —, os quais são comuns em ambientes hospitalares de urgência, podendo desencadear quadros de desorganização psicoemocional, crises de agressividade, pânico ou fuga, além de agravar o sofrimento da criança e de sua família.

A ausência de espaços adaptados para esse público representa não apenas um entrave clínico, mas uma violação ao princípio da equidade que rege o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, pessoas com TEA são consideradas pessoas com deficiência para todos os efeitos legais, sendo, portanto, sujeitas às garantias estabelecidas no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que prevê o direito à acessibilidade nos serviços de saúde, ao atendimento humanizado e à adaptação razoável dos ambientes para garantir igualdade de oportunidades.

Além disso, a Portaria MS nº 2.073/2004, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, reforça o dever das unidades de saúde de implementar estratégias que eliminem barreiras atitudinais, arquitetônicas, sensoriais e comunicacionais. A criação de uma Sala de Acolhimento Sensorial para Crianças com TEA na UPA de Neópolis alinha-se diretamente a essas normativas e se ancora também na diretriz de universalidade e integralidade da atenção, pilares do SUS, promovendo a inclusão de um grupo historicamente negligenciado

pelos serviços de saúde de urgência.

Sob a perspectiva técnico-clínica, o projeto responde à necessidade de oferecer um espaço com ambiente controlado, seguro e acolhedor, onde a criança possa ser estabilizada emocionalmente, reduzindo o impacto dos estímulos hostis do ambiente hospitalar e possibilitando um atendimento mais resolutivo, eficaz e respeitoso. Trata-se de uma medida que, além de melhorar os desfechos assistenciais e minimizar intervenções coercitivas, qualifica o cuidado, humaniza o atendimento e fortalece o vínculo com os familiares.

Em um contexto em que os direitos das pessoas com deficiência ganham cada vez mais centralidade nas políticas públicas, a implantação desta sala sensorial é uma resposta concreta, ética e técnica à necessidade de operacionalizar a equidade no cuidado à infância neurodivergentes, contribuindo para consolidar a UPA Neópolis como referência em acessibilidade, inclusão e humanização na atenção às urgências.

Objetivos

Objetivo Geral

Garantir um ambiente adequado, seguro e humanizado para o atendimento de crianças com TEA na UPA Neópolis, respeitando suas especificidades sensoriais, emocionais e comportamentais.

Objetivos Específicos

- Reduzir estímulos aversivos (visuais, sonoros, táteis) durante o acolhimento e espera.
- Oferecer conforto e segurança para crianças e acompanhantes.
- Qualificar o atendimento multiprofissional com base em protocolos inclusivos.
- Fortalecer o compromisso da UPA com a equidade, a acessibilidade e a cidadania.

Descrição do Ambiente

- Localização: próxima à recepção pediátrica e à sala de atendimento clínico infantil.
- Dimensões mínimas: 9 a 12 m² (adaptável à planta física da UPA).
- Infraestrutura sensorial:
  - Iluminação indireta (lâmpadas âmbar ou RGB com controle remoto);
  - Isolamento acústico parcial (paredes com material fonoabsorvente ou painéis acústicos);
  - Puffs ergonômicos, tapetes de EVA, tatames ou poltronas de baixa densidade;
  - Caixa sensorial com brinquedos táteis, objetos de manipulação e materiais visuais de baixo estímulo;
  - Painéis com texturas, livros de figuras, brinquedos educativos não eletrônicos.

A configuração física da sala foi planejada para garantir um ambiente sensorialmente regulado, acolhedor e funcional, capaz de responder às necessidades específicas de crianças com TEA durante situações de urgência. Cada item da infraestrutura descrita contribui para a criação de um espaço de conforto psicoemocional e redução de estímulos potencialmente aversivos, promovendo segurança, escuta sensível e respeito à neurodiversidade. A localização estratégica junto à recepção pediátrica, bem como a adaptação do espaço às normas de acessibilidade, reforça o compromisso da UPA Neópolis com a atenção integral, com ênfase nos direitos da infância e da pessoa com deficiência, nos termos das normativas do SUS. Trata-se de um ambiente que vai além da adequação física: é um dispositivo institucional de cuidado ético e inclusivo, pensado para qualificar o atendimento, reduzir desigualdades e assegurar que nenhum sujeito seja excluído do direito à saúde.

Equipamentos e Materiais Previstos

Item	Observação	Quant.

Luminária de cromoterapia (RGB)	Controlada por controle remoto	1
Poltronas ou puffs de acolhimento	Preferência por revestimento lavável	2-3
Painel sensorial de parede	Com texturas e objetos fixos de manipulação	1
Tapete de EVA ou tatame	Lavável, superfície confortável	1 (3x3m)
Brinquedos terapêuticos simples	Bola de borracha, brinquedos táteis, etc.	10-15
Material de apoio visual e cartazes	Cartazes com pictogramas e instruções visuais	5-6
Isolamento acústico	Painéis acústicos e borrachas de vedação	Parcial

Para garantir a efetividade da proposta, a sala contará com o acompanhamento de profissionais capacitados em neurodiversidade, acolhimento e comunicação alternativa. Enfermeiros(as) pediátricos(as), técnicos(as) de enfermagem, psicólogos(as) e assistentes sociais atuantes na UPA serão orientados por protocolos específicos para o manejo clínico e sensorial de crianças com TEA. Estão previstos treinamentos introdutórios e permanentes para a equipe, articulados ao Núcleo de Educação Permanente da unidade (NEPS), de modo a garantir que o cuidado prestado seja ético, qualificado e centrado na singularidade do sujeito. Essa articulação interprofissional possibilitará a construção de linhas de cuidado adaptadas à neurodiversidade, promovendo não apenas acessibilidade física, mas acessibilidade relacional, comunicacional e simbólica, nos moldes exigidos por uma atenção verdadeiramente integral.

Neópolis (SE), 17 de julho de 2025.

Assinaturas da Diretoria e Membros da Comissão

ANEXO 45 - COMPONENTES ADICIONAIS DE INOVAÇÃO E SUPORTE TECNOLÓGICO

1. Prontuário Eletrônico Integrado e Controle de Frota

A implantação e gestão da frota de transporte sanitário da UPA Neópolis estará integrada a um sistema informatizado de registro, acompanhamento e avaliação dos atendimentos realizados pelas ambulâncias. O projeto prevê a utilização de prontuário eletrônico interligado à base de dados da própria unidade, possibilitando o registro padronizado de informações clínicas, operacionais e logísticas desde o acionamento até a finalização do atendimento.

O sistema adotado contemplará campos específicos para registro de dados do paciente, motivo da transferência, condições clínicas no momento do transporte, profissionais envolvidos, tempo de resposta, destino regulado, intercorrências, além de anexação de documentos digitalizados e registros fotográficos quando necessário. Essa base permitirá tanto o acompanhamento em tempo real como a auditoria posterior das ocorrências.

Paralelamente, será implementado um módulo de controle de frota, responsável pelo gerenciamento das duas ambulâncias da unidade (uma de suporte básico e outra de suporte avançado), com monitoramento de uso, consumo de combustível, manutenção preventiva e corretiva, tempo de deslocamento e rotas utilizadas. O sistema deverá ser compatível com as plataformas de georreferenciamento utilizadas pela regulação estadual e permitirá rastreamento por GPS, contribuindo para a eficiência logística, segurança das equipes e dos pacientes.

Essa estrutura de registro e controle atende às recomendações da Portaria GM/MS nº 1.863/2023, que incentiva o uso de tecnologias da informação na Rede de Atenção às Urgências, e está em conformidade com os princípios da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Além de melhorar a qualidade da assistência, o uso do prontuário eletrônico fortalece a produção de dados estratégicos para a avaliação de desempenho da UPA e para o aprimoramento contínuo da rede de atenção.

2. Interconsultas por Telessaúde e Suporte Especializado à Distância

Como forma de ampliar a resolutividade clínica e qualificar a tomada de decisões em tempo oportuno, a UPA Neópolis contará com estrutura técnica para a realização de interconsultas e apoio diagnóstico por telessaúde, sobretudo em casos pediátricos, clínicos complexos e pacientes com condições raras ou múltiplas comorbidades. As interconsultas serão realizadas por meio de plataformas seguras, integradas ao sistema de prontuário eletrônico, permitindo o contato direto com médicos especialistas vinculados à rede estadual ou ao Núcleo Telessaúde Brasil Redes.

Essa estratégia segue as diretrizes da Portaria GM/MS nº 2.546/2011, que regulamenta o uso da telessaúde como ferramenta de apoio à atenção à saúde em regiões prioritárias e promove a equipe matricial virtual, ampliando a cobertura sem sobrecarga física do sistema. A proposta prevê protocolos de interconsulta regulada com especialidades como neurologia, infectologia, psiquiatria infantil, medicina intensiva e neonatologia, garantindo retaguarda técnico-científica imediata para os profissionais de plantão.

Além de apoiar a clínica, as interconsultas contribuem para a formação continuada das equipes, ao oferecer momentos de troca e análise de casos, fortalecendo a cultura de aprendizado permanente no serviço.

3. Conectividade Ampliada: Internet Fora do Padrão Convencional

Para assegurar o pleno funcionamento dos sistemas de regulação, prontuário eletrônico, telessaúde e comunicação assistencial entre setores internos e externos da unidade, a UPA Neópolis será equipada com sistema de conectividade ampliada com redundância de sinal, também conhecida como “internet fora do padrão convencional”. Trata-se de uma infraestrutura híbrida de internet dedicada com roteamento inteligente e backup via conexão 4G/5G, garantindo alta disponibilidade de sinal, estabilidade de banda e operação ininterrupta mesmo em casos de falha no provedor principal.

Essa medida busca resolver gargalos frequentemente enfrentados em UPAs, como queda de conexão durante transferências, lentidão em atualizações no prontuário eletrônico e falhas na comunicação entre ambulâncias, regulação estadual e unidades de retaguarda hospitalar. A internet de alta estabilidade é, portanto, infraestrutura estratégica para a segurança clínica, a rastreabilidade das ações e a qualidade assistencial.

Essa estrutura também permitirá, futuramente, a adoção de sistemas de monitoramento remoto de ambulâncias, prontuários móveis e gestão por BI (*Business Intelligence*), alinhando a unidade à transformação digital em saúde prevista na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028.

ANEXO 46 - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO – UPA NEÓPOLIS

Caro(a) responsável,

Sua opinião é muito importante para que possamos melhorar continuamente nossos serviços. Por favor, responda a este questionário com sinceridade. A pesquisa é anônima e leva apenas alguns minutos.

1. Identificação do atendimento

(Esses campos são opcionais, utilizados apenas para fins de organização interna)

- Data da alta: _____
- Unidade/setor de internação: _____
- Idade da pacientes: _____

2. Sobre o atendimento

2.1. Atendimento da equipe médica

☐ Excelente ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

2.2. Atendimento da equipe de enfermagem

☐ Excelente ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

2.3. Atendimento da equipe de apoio (limpeza, recepção, nutrição etc.)

☐ Excelente ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

3. Comunicação e informações

3.1. A equipe explicou de forma clara o diagnóstico e o tratamento da pacientes?

☐ Sim, completamente ☐ Parcialmente ☐ Não

3.2. Você se sentiu à vontade para fazer perguntas e tirar dúvidas?

☐ Sim ☐ Em parte ☐ Não

3.3. As orientações de alta foram compreensíveis e completas?

☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não ☐ Não recebi orientações

4. Estrutura e ambiente

4.1. Limpeza e higiene do ambiente

☐ Excelente ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim

4.2. Conforto do leito e do espaço destinado à pacientes e acompanhante

☐ Excelente ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

4.3. Refeições oferecidas durante a internação

☐ Satisfatórias ☐ Aceitáveis ☐ Insatisfatórias

5. Avaliação geral

5.1. De 1 a 5, qual a nota geral que você dá ao hospital?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5.2. Você recomendaria este hospital para outras famílias?

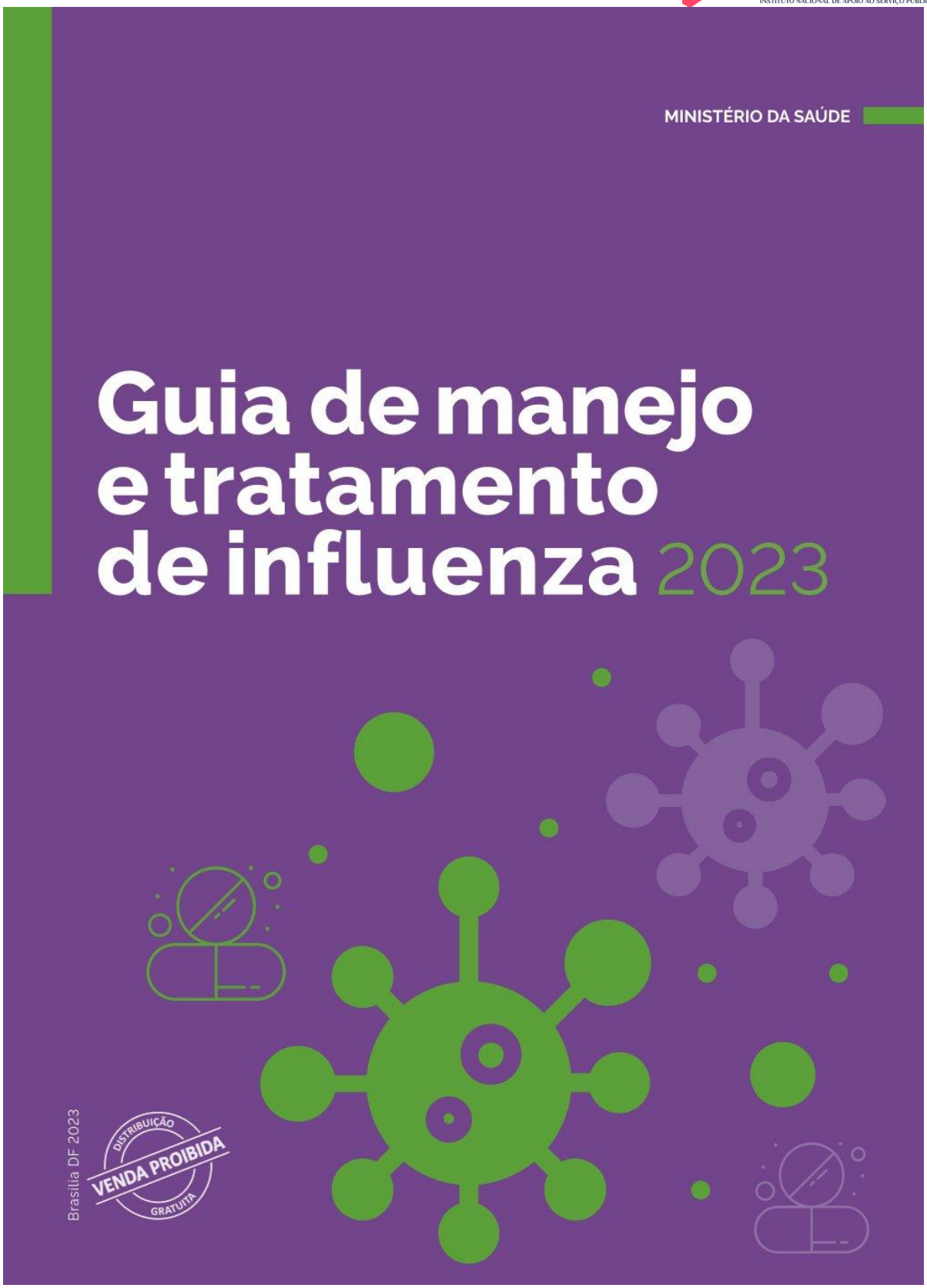
☐ Sim ☐ Talvez ☐ Não

6. Sugestões, elogios ou críticas

Espaço livre para comentários:

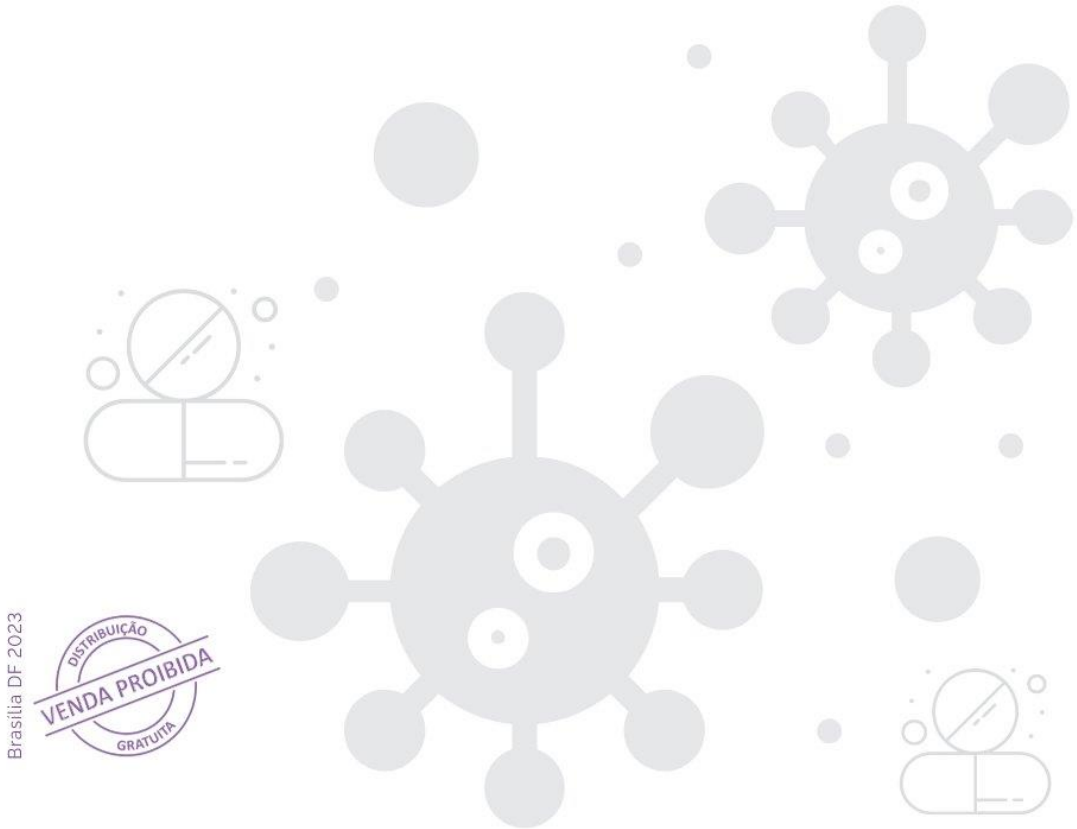
Esse sistema visa garantir a valorização da escuta ativa, reforçando o compromisso da UPA Neópolis com a transparência, a responsabilização e o aprimoramento da experiência do usuário.

ANEXO 47 - GUIA DE MANEJO E TRATAMENTO DE INFLUENZA 2023


MINISTÉRIO DA SAÚDE
Guia de manejo e tratamento de influenza 2023
Brasília DF 2023
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
e Doenças Imunopreviníveis

Guia de manejo e tratamento de influenza 2023



Brasília DF 2023

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

2023 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreviníveis
Coordenação-Geral de Vigilância das Síndromes Gripais
SRTVN Quadra 702, via W 5 Norte, lote D, Edifício PO 700
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
E-mail: gripe@saude.gov.br

Elaboração e organização:
Daiana Araujo da Silva – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Greice Madeleine Ikeda do Carmo – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Ho Yeh Li – Opas/Brasil
Jônatas Cunha Barbosa Lima – CGAFME/DAF/SECTICS/MS
Marcela Santos Corrêa da Costa – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Nancy Cristina Junqueira Bellei – Unifesp
Roger Dennis Rohloff – Grupo Perinatal/RJ
Samanta Teixeira Pouza Furtado – SES/GO
Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida – CGVDI/DPNI/SVSA/MS

Colaboração:
Ana Carolina Tardin Martins – SES/DF
Ana Pérola Drulla Brandão – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Bruna Gisele de Oliveira – Desco/SAPS/MS
Ediane de Assis Bastos – DAF/SECTICS/MS
Felipe Cotrim de Carvalho – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Jaime Henrique Castro Valencia
João Paulo Campos Fernandes – CGAFME/DAF/SECTICS/MS
Priscila Leite Leal – Opas/Brasil
Ricardo Luiz de Melo Martins – EBSERH
Sidney Richardson de Araújo Costa Roriz – CGAFME/DAF/SECTICS/MS
Sirlene de Fátima Pereira – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Tazio Vanni – Opas/Brasil

Instituições colaboradoras:
Associação de Medicina Intensiva Brasileira – Amib
Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo
Sociedade Brasileira de Infectologia – SBI
Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade – SBMFC
Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP
Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT

Diagramação:
Sabrina Lopes – Editorial Nucom/SVSA

Normalização:
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI
Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Revisão textual:
Fabio Alves Lopes – Editora MS/CGDI
Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreviníveis.
Guia de Manejo e Tratamento de influenza 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações e Doenças Imunopreviníveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.
58 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes//guia_manejo_tratamento_influenza_2023.pdf
ISBN 978-65-5993-460-7

1. Influenza humana – diagnóstico. 2. Influenza humana – prevenção & controle. 3. Influenza humana – epidemiologia. I. Título.

CDU 616.98

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0015

Título para indexação:
Guideline for the management and treatment of Influenza 2023

sumário

apresentação 5

influenza: características gerais 7

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS 7

ASPECTOS CLÍNICOS 9

SINAIS DE AGRAVAMENTO NA CRIANÇA 12

definições de caso 15

SÍNDROME GRIPAL – SG 15

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG 15

manejo clínico 17

SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES COM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES 17

CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES 18

SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES SEM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES 19

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG 19

INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI 20

GESTANTES E PUÉRPERAS 20

tratamento: uso de antivirais na infecção por influenza 23

TRATAMENTO 24

DOSE PARA TRATAMENTO EM RECÉM-NASCIDOS 25

DOSE PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL 25

TRATAMENTO ADJUNTO DE ANTIBIÓTICO COM O ANTIVIRAL 26

USO RACIONAL DO MEDICAMENTO FOSFATO DE OSELTAMIVIR 26

controle de infecção relacionada à assistência à saúde 29

AMBIENTE HOSPITALAR 29

MONITORAMENTO E MANEJO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM SÍNDROME GRIPAL 31

situações especiais 33
MANEJO DO RECÉM-NASCIDO – RN FILHO DE MÃE COM INFLUENZA OU SUSPEITA CLÍNICA 33
quimioprofilaxia: indicações para influenza 35
MEDIDAS PARA ENFRENTAMENTO DE SURTO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA – ILP 35
QUIMIOPROFILAXIA PARA CRIANÇAS DE ATÉ 1 ANO DE IDADE 36
ambiente extra-hospitalar 39
RECOMENDAÇÕES PARA ESCOLAS E CRECHES 39
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NÃO FARMACOLÓGICAS 39
RECOMENDAÇÕES PARA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE 40
vacinação 41
VACINAÇÃO ANUAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE 42
vigilância, notificação e registro 43
VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL – SG 43
VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG 44
referências 45
bibliografia 47
anexos 49
ANEXO A – ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE 50
ANEXO B – ADMINISTRAÇÃO DE ANTIVIRAIS NO TRATAMENTO DE INFLUENZA – ORIENTAÇÕES SOBRE PREPARO DE DILUIÇÕES 54
ANEXO C – SÍNDROME GRIPAL/SRAG CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE 56

apresentação

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreviníveis (CGVID) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), publica o *Guia de manejo e tratamento de Influenza, 2023*.

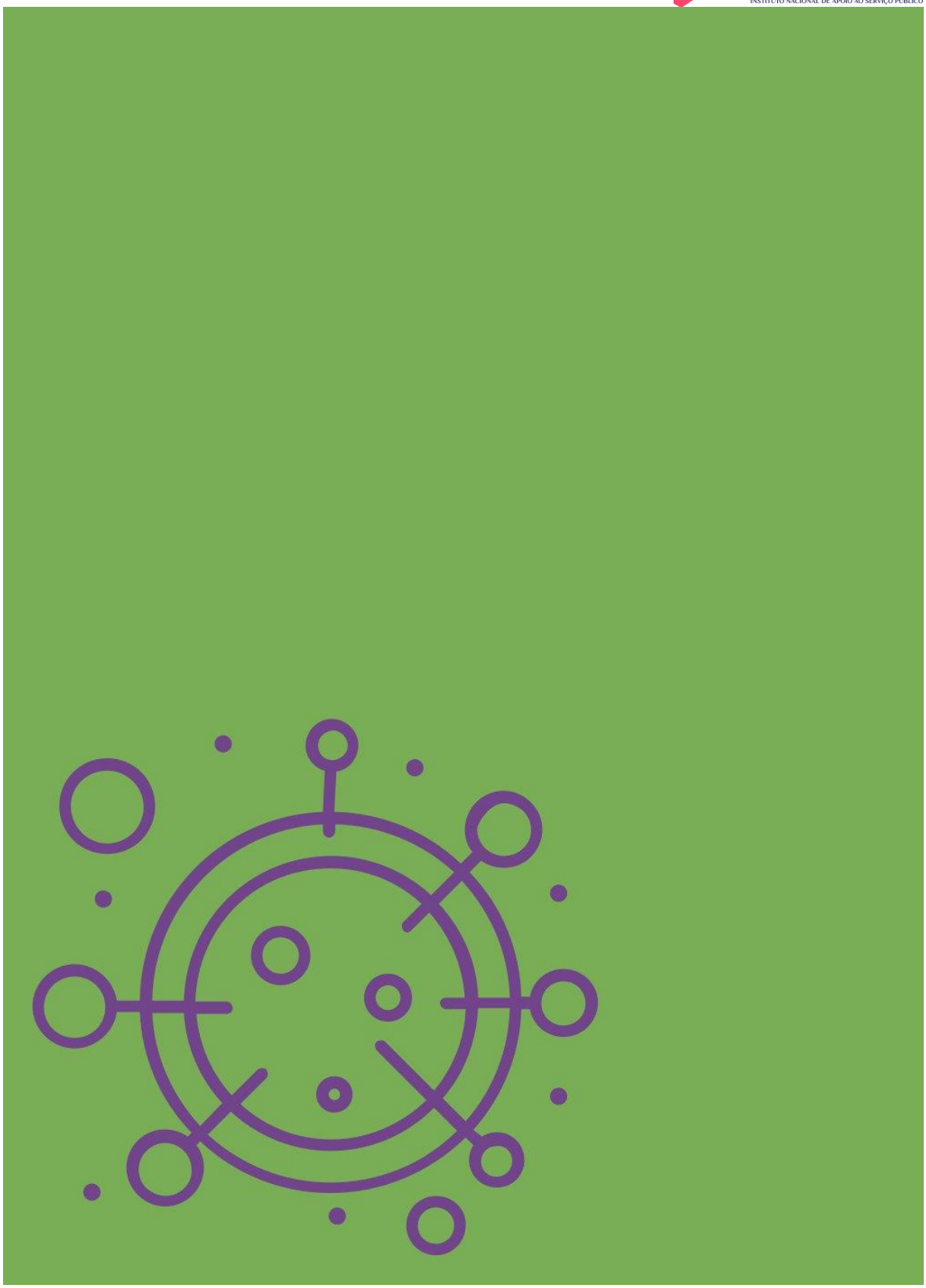
A gripe ou influenza é uma doença infectocontagiosa aguda do trato respiratório, de distribuição global, causada pelo vírus da influenza. Pessoas de todas as idades são susceptíveis a infecção por esse vírus, entretanto, idosos, crianças, gestantes e pessoas com algumas comorbidades (cardiopatas, pneumopatas, hipertensos, diabéticos, obesos mórbidos, entre outros) possuem risco maior de desenvolver complicações devido à infecção por influenza.

O MS, ao disponibilizar a versão atualizada deste Guia de manejo e tratamento, espera que essa iniciativa possa efetivamente auxiliar os profissionais de saúde no atendimento adequado dos pacientes com influenza e, com isso, evitar o agravamento dos casos, por meio do tratamento adequado em tempo oportuno (preferencialmente nas primeiras 48 horas após início dos sintomas).

Nesta versão, entre os principais pontos atualizados pode-se destacar:

Atualizações referentes às complicações pela doença e sinais de agravamento, diagnóstico diferencial com covid-19 e outros vírus respiratórios, o inibidor da neuraminidase zanamivir passou a não ser mais recomendado para tratamento da influenza, atualização dos grupos elegíveis para quimioprofilaxia e uso racional do fosfato de oseltamivir.

Este documento foi desenvolvido com a colaboração das seguintes sociedades médicas e secretariais: Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Além da participação das Sociedades médicas e secretarias deste MS, o documento também contou com a colaboração de médicos especialistas da área e representantes da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) e Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (SECTICS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).



influenza: características gerais

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A influenza ou gripe é uma infecção respiratória aguda, causada pelos vírus Influenza A, B, C ou D, sendo os vírus A e B responsáveis por epidemias sazonais. Os vírus influenza A encontram-se estreitamente associados a eventos pandêmicos, como ocorrido em 2009 com a pandemia de Influenza A (H1N1)pdm09 (CDC, 2022).

Os vírus influenza apresentam um comportamento sazonal, de ocorrência anual, mais observado nas estações climáticas mais frias e/ou chuvosas. A incidência de casos pode variar anualmente, observando-se anos com maior ou menor circulação do vírus, ou ainda a identificação de casos o ano todo, com ocorrências de surtos fora dos períodos sazonais.

No Brasil, o padrão de sazonalidade varia entre as regiões, sendo mais marcado naquelas com estações climáticas bem definidas, nas quais a maior frequência ocorre nos meses mais frios, em locais de clima temperado. Por isso, espera-se aumento de casos no outono e no inverno, podendo haver, porém, circulação em outras épocas do ano, devido às diferenças geográficas e climáticas.

Algumas pessoas, como idosos, crianças, gestantes, puérperas e aquelas com alguma comorbidade (neuropatas, pneumopatas, cardiopatas, imunocomprometidos, entre outros), possuem risco maior de desenvolver complicações devido à influenza. A melhor maneira de se prevenir contra a doença é vacinar-se anualmente.

A vacina é capaz de promover imunidade durante o período de maior circulação dos vírus influenza, reduzindo o agravamento da doença. A estratégia de vacinação na rede pública de saúde foi sendo ampliada e, atualmente, a vacinação é indicada para grupos específicos. Aliada às estratégias de vacinação, igualmente é de grande importância a adoção de medidas não farmacológicas de prevenção e controle para influenza, assim como o monitoramento dos dados de circulação dos vírus.

No Brasil, em 2022, até a Semana Epidemiológica (SE) 52 foram notificados 533.650 casos de síndrome respiratória aguda grave (Srag) hospitalizados. Entre esses, 2,0% (10.544) foram confirmados para influenza, 6,3% (33.670) para outros vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2, e 43,1% (230.305) para covid-19; 42,4% (226.474) foram encerrados como Srag não especificado, 0,7% (3.453) foram por Srag por outro agente etiológico e 5,5% (29.204) ainda estão em investigação.

Entre a totalidade dos casos de Srag hospitalizados (533.650), 44.214 (8,3%) tiveram amostras detectáveis para vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2. Entre os casos de Srag por influenza (10.544), 43,8% (4.620) foram influenza A não subtipado, 50,4% (5.317) influenza A(H3N2), 2,9% (309) influenza B e 2,8% (298) influenza A(H1N1)pdm09. A faixa etária mais frequente entre os casos de Srag por influenza no Brasil (10.544), no período analisado, foi a de 60 anos ou mais, representando 44,2% (4.661) dos casos, com destaque para Srag por influenza A (H3N2) 2.710 e influenza A não subtipado 1.777. Entre o total de casos de Srag por influenza, 52,9% (5.579) eram do sexo feminino e 47,1% (4.965) masculino.

ASPECTOS CLÍNICOS

Período de transmissibilidade

A excreção viral se inicia durante o período de incubação, com pico nos primeiros dois dias de sintomas, decrescendo progressivamente para níveis não identificáveis, em geral, após 24 horas do fim do período febril, embora entre crianças e imunossuprimidos possa haver excreção mais prolongada.

Sinais e sintomas

Infecção aguda das vias aéreas que cursa com quadro febril (temperatura ≥37,8°C), com a curva térmica usualmente declinando após dois ou três dias e normalizando em torno do sexto dia de evolução. A febre geralmente é mais elevada, persistente e prolongada em crianças.

O diagnóstico clínico é caracterizado por febre com sinais e sintomas de vias aéreas superiores, com pelo menos uma manifestação sistêmica. Os sinais e sintomas são habitualmente de aparecimento súbito, como:

- Comprometimento de via aérea superior: rinorreia, dor de garganta, rouquidão, disfonia, tosse, com comprometimento sistêmico.
- Calafrios.
- Mal-estar.
- Cefaleia.
- Mialgia.

As queixas respiratórias tornam-se mais evidentes com a progressão da doença e mantêm-se, em geral, por três a quatro dias após o desaparecimento da febre. A rouquidão e a linfadenopatia cervical são mais comuns em crianças. A tosse, a fadiga e o mal-estar frequentemente persistem pelo período de uma a duas semanas e raramente podem perdurar por mais de seis semanas.

Complicações

A evolução da gripe (influenza) geralmente tem resolução espontânea em sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas. Alguns casos podem evoluir com complicações (Quadro 1).

QUADRO 1 Manifestações clínicas e complicações associadas à influenza de acordo com a faixa etária

POPULAÇÃO	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA/COMPLICAÇÃO
Lactentes e pré-escolares	▪ Febre sem sintomas respiratórios (sepse-like) ▪ Otite média ▪ Parotidite ▪ Bronquiolite ▪ Crupe ▪ Broncoespasmo ▪ Pneumonia ▪ Miocardite, pericardite ▪ Rabdomiólise ▪ Convulsão febril ▪ Encefalopatia e encefalite ▪ Infecção bacteriana invasiva secundária ▪ Síndrome de Reye (se associado a uso de aspirina) ▪ Morte súbita ▪ Exacerbação de doença crônica preexistente
Crianças em idade escolar	▪ Otite média ▪ Parotidite ▪ Bronquite ▪ Sinusite ▪ Broncoespasmo ▪ Pneumonia ▪ Miocardite, pericardite ▪ Miosite (bilateral em músculo sóleo e gastrocnêmio) ▪ Rabdomiólise ▪ Encefalopatia e encefalite ▪ Infecção bacteriana invasiva secundária ▪ Síndrome de Reye (se associado a uso de aspirina) ▪ Síndrome do choque tóxico ▪ Morte súbita ▪ Exacerbação de doença crônica preexistente
Adultos	▪ Parotidite ▪ Bronquite ▪ Sinusite ▪ Broncoespasmo ▪ Pneumonia ▪ Miocardite, pericardite ▪ Miosite ▪ Rabdomiólise ▪ Infecção bacteriana invasiva secundária ▪ Infecção fúngica secundária (raro) ▪ Síndrome do choque tóxico por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus pyogenes*

continua

conclusão

POPULAÇÃO	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA/COMPLICAÇÃO
Adultos	▪ Precipitação de eventos cardiovasculares agudos (ex: insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral) ▪ Lesão renal aguda e insuficiência renal aguda (com rabdomiólise ou falência de múltiplos órgãos) ▪ Encefalopatia e encefalite ▪ Exacerbação de doença crônica preexistente
Idosos	▪ Pneumonia ▪ Infecção bacteriana invasiva secundária ▪ Miosite ▪ Exacerbação de doença crônica preexistente
Gestantes e puérperas	▪ Desidratação ▪ Pneumonia ▪ Doença cardiopulmonar ▪ Trabalho de parto prematuro ▪ Aborto ou natimorto
Indivíduos imunocomprometidos	▪ Complicações semelhantes a pacientes imunocompetentes, ▪ porém pneumonia grave e síndrome respiratória aguda grave podem ser mais comuns.
Todas as faixas etárias	▪ Insuficiência respiratória ▪ Falência de múltiplos órgãos ▪ Sepse ▪ Hepatite

Fonte: Uyeki *et al.*, 2019.

Sinais de agravamento – piora do estado clínico

- Aparecimento de dispneia ou taquipneia (frequência respiratória igual ou acima de 20 incursões por minuto) ou hipoxemia – (SpO_2 < ou = 94%).
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno após 48 horas de período afebril (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana).
- Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia).
- Hipotensão arterial (sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60 mmHg).
- Diurese abaixo de 400 ml em 24 horas.
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças.
- Desidratação.

- Exacerbação de doença preexistente (doença pulmonar obstrutiva crônica – Dpoc, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica).
- Miosite comprovada por aumento da creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes).
- Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL.

ALERTA: considerar necessidade de hospitalização quando ocorrerem sinais de agravamento em pacientes que apresentem condições e fatores de risco para complicação por influenza.

SINAIS DE AGRAVAMENTO NA CRIANÇA

- Persistência ou retorno da febre.
- Taquipneia com aumento do esforço respiratório (batimento de asas do nariz, tiragem intercostal, supra/subesternal, supraclavicular, subcostal, contração da musculatura acessória da respiração e movimento paradoxal do abdome).
- Bradipneia e ritmo respiratório irregular (colapso respiratório iminente).
- Gemidos expiratórios (colapso alveolar e de pequenas vias aéreas ocasionado pelo fechamento da glote na expiração na tentativa de aumento da capacidade residual funcional pulmonar).
- Estridor inspiratório (obstrução de vias aéreas superiores).
- Sibilos e aumento do tempo expiratório (obstrução de vias aéreas inferiores).
- Palidez cutânea e hipoxemia (SpO_2 < ou = 94%).
- Alteração do nível de consciência (irritabilidade ou apatia).

Os parâmetros de avaliação dos sinais vitais em crianças e adolescentes são diferentes dos adultos. As tabelas a seguir evidenciam os valores normais de frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR) em crianças e adolescentes de acordo com a faixa etária.

TABELA 1 Frequências Cardíacas normais* por faixa etária

IDADE	FREQUÊNCIA EM VIGÍLIA batimentos/min	FREQUÊNCIA EM SONO batimentos/min
Neonatos	100 a 205	90 a 160
Bebê	100 a 180	90 a 160
1 a 3 anos	98 a 140	80 a 120
Pré-escolar	80 a 120	65 a 100
Escolar	75 a 118	58 a 90
Adolescente	60 a 100	50 a 90

Fonte: American Heart Association, 2021.

*Sempre considerar o estado clínico normal do paciente. A FC geralmente aumenta com a febre ou em situações de estresse.

TABELA 2 Frequências Respiratórias normais* por faixa etária

IDADE	FREQUÊNCIA | respirações/min
Bebê	30 a 53
1ª infância	22 a 37
Pré-escolar	20 a 28
Escolar	18 a 25
Adolescente	12 a 20

Fonte: American Heart Association, 2021.

*Sempre considerar o estado clínico normal do paciente. A FR geralmente aumenta com a febre ou em situações de estresse. Em recém-nascidos considerar o valor normal de FR: 40 a 60irpm (SBP, 2021).

Em crianças com sinais de agravamento, outro parâmetro a ser avaliado é a pressão arterial. A tabela a seguir mostra os valores de hipotensão em crianças e adolescentes por faixa etária.

TABELA 3 Definição de hipotensão de acordo com a pressão arterial por faixa etária*

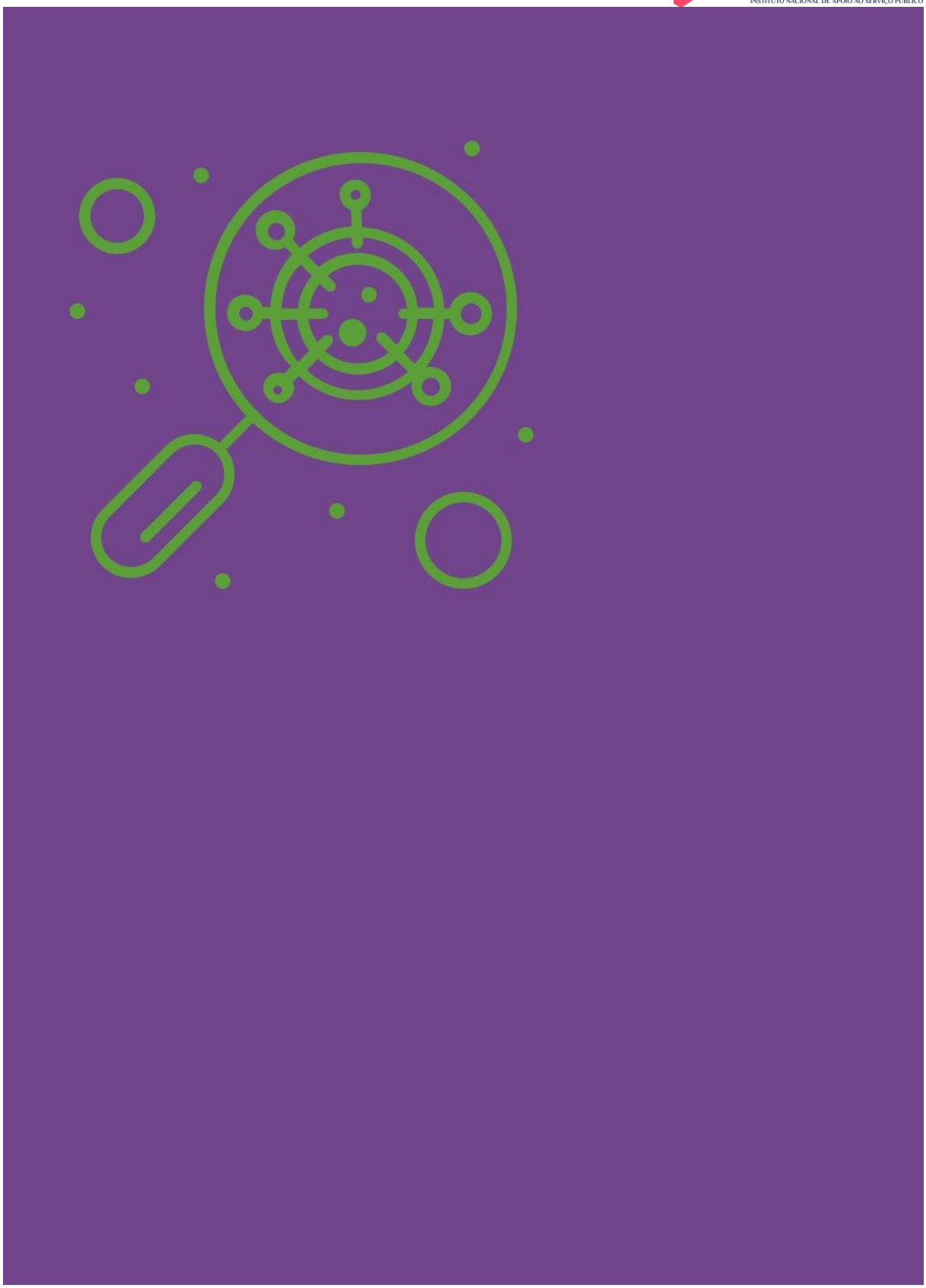
IDADE	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
Recém-nascido a termo (0-28 dias)	< 60
Lactentes (1-12 meses)	< 70
Crianças 1 -10 anos	< 70 + (2x idade em anos)
Crianças maiores que 10 anos	< 90

Fonte: American Heart Association, 2021.

*Manguito adequado: a parte interna de borracha (não a parte externa de tecido) deve cobrir pelo menos 2/3 do comprimento do braço e envolver 80% a 100% de sua circunferência.

Manguitos pequenos resultam em valores falsamente elevados.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352



definições de caso

SÍNDROME GRIPAL – SG

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Indivíduo de qualquer idade, com síndrome gripal (conforme definição mencionada) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de SpO_2 < ou =94% em ar ambiente.
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

Ou

- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda, durante período sazonal.

Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

As definições de caso deste protocolo são utilizadas para fins de prescrição do medicamento.

Exames complementares

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas listadas a seguir:

Alterações laboratoriais

- Hemograma (leucocitose, leucopenia ou neutrofilia).
- Bioquímica do sangue (alterações de CPK, TGO, TGP, bilirrubinas, DHL; ureia e creatinina).

Imagem de tórax

- Presença de alteração (infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação). Ressalta que essas alterações podem estar presentes em casos de infecção por outros vírus respiratórios, inclusive covid-19.

Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios

Além dos vírus influenza, as infecções respiratórias agudas podem estar associadas a diferentes patógenos, como o SARS-CoV-2, vírus sincicial respiratório (VSR), rinovírus, adenovírus, parainfluenza (1, 2, 3 e 4), metapneumovírus, entre outros. Entretanto, independentemente da etiologia, essas infecções virais apresentam sinais e sintomas respiratórios, de modo que a confirmação da identificação etiológica baseia-se em diagnóstico laboratorial.

Um importante diagnóstico diferencial a ser considerado no contexto da pandemia é a covid-19. As pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 podem levar mais tempo para apresentar sintomas e o período de transmissão pode ser maior. Ambas infecções podem ter diversos graus de manifestações clínicas, podendo variar desde um quadro assintomático a grave.

Não há como diferenciar influenza e covid-19 apenas pelo quadro clínico, por isso é importante passar pela avaliação de um profissional médico, que avaliará e indicará a melhor conduta, de acordo com cada caso.

Ainda para o correto manejo clínico da influenza, é preciso considerar e diferenciar os casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (Srag).

manejo clínico

Atualmente, o uso do antiviral (fosfato de oseltamivir) está indicado para todos os casos de Srag e casos de síndrome gripal associados com condições ou fatores de risco para **complicações por influenza** (vide tópico na página seguinte).

Considerando que a manifestação de sintomas iniciais da covid-19 tende a ser muito semelhante à de um quadro de influenza (gripe), é importante ressaltar que o medicamento fosfato de oseltamivir não está indicado para o tratamento de covid-19.

SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES COM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de **fosfato de oseltamivir** para todos os casos de SG que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial.

Esta indicação se fundamenta no benefício que a terapêutica precoce proporciona, tanto na redução da duração dos sintomas quanto na ocorrência de complicações da infecção pelos vírus da influenza, em pacientes com condições e fatores de risco para complicações.

- Todos os pacientes com síndrome gripal e com condições/fatores de risco devem ser monitorados quanto aos critérios de Srag e orientados quanto ao retorno aos serviços de saúde em caso de sinais de agravamento.
- Em pacientes com condições e fatores de risco para complicações e com Srag, o antiviral ainda apresenta benefícios, mesmo se iniciado até cinco dias do início dos sintomas.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

- Gestantes em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
- Adultos ≥60 anos.
- Crianças <5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses que possuem maior taxa de mortalidade).
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).
- Indivíduos que apresentem:
  - pneumopatias (incluindo asma);
  - pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação);
  - cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);
  - nefropatias;
  - hepatopatias;
  - doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
  - distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus);
  - transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares);
  - imunossupressão associada a medicamentos, (corticoide >20mg/dia prednisona por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros;
  - obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

SÍNDROME GRIPAL EM PACIENTES SEM CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

A prescrição do fosfato de oseltamivir deve ser considerada baseada em julgamento clínico, preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início da doença, além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação.

Esses pacientes devem receber orientações sobre retorno ao serviço de saúde se surgirem sinais de agravamento do quadro (**vide sinais de agravamento**).

Todos os pacientes que apresentarem **sinais de agravamento** devem também receber de imediato o tratamento com o fosfato de oseltamivir.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Para os pacientes com quadro de Srag, recomenda-se:

- Indicar internação hospitalar.
- Realizar avaliação clínica minuciosa e, de acordo com a indicação, iniciar terapêutica imediata de suporte, incluindo hidratação venosa e oxigeno-terapia, mantendo monitoramento clínico.
- A avaliação inicial deve incluir no mínimo aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar), exame cardiorrespiratório e oximetria de pulso; esta avaliação deve ser frequente (2-4 aferições no prazo de 4 horas) e definir nesse prazo a necessidade de suporte de **Unidade de Terapia Intensiva (UTI)** (vide tópico na página seguinte).
- Iniciar imediatamente o tratamento com o fosfato de oseltamivir após a suspeita clínica, independentemente da coleta de material para exame laboratorial.
- Coletar amostras de secreções respiratórias para exame laboratorial, preferencialmente antes do início do tratamento.
- Para orientações sobre coleta de amostras acesse o *Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil* no link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_laboratorial_influenza_vigilancia_influenza_brasil.pdf.

INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

Instabilidade hemodinâmica persistente: pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas), indicando uso de amina vasoativa (exemplo: noradrenalina, dopamina, adrenalina).

Sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia (PaO_2 abaixo de 60 mmHg) com necessidade de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial de oxigênio acima de 90%. (ANEXO A: Orientações para tratamento da insuficiência respiratória aguda grave).

Evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda e disfunção neurológica.

GESTANTES E PUÉRPERAS

As modificações fisiológicas da gestação tornam a mulher mais vulnerável às complicações por infecções respiratórias, fato evidenciado pela maior mortalidade registrada nesse segmento populacional durante a pandemia de influenza em 2009.

Gestantes e puérperas estão no grupo de pacientes com condições e fatores de risco para complicações por influenza.

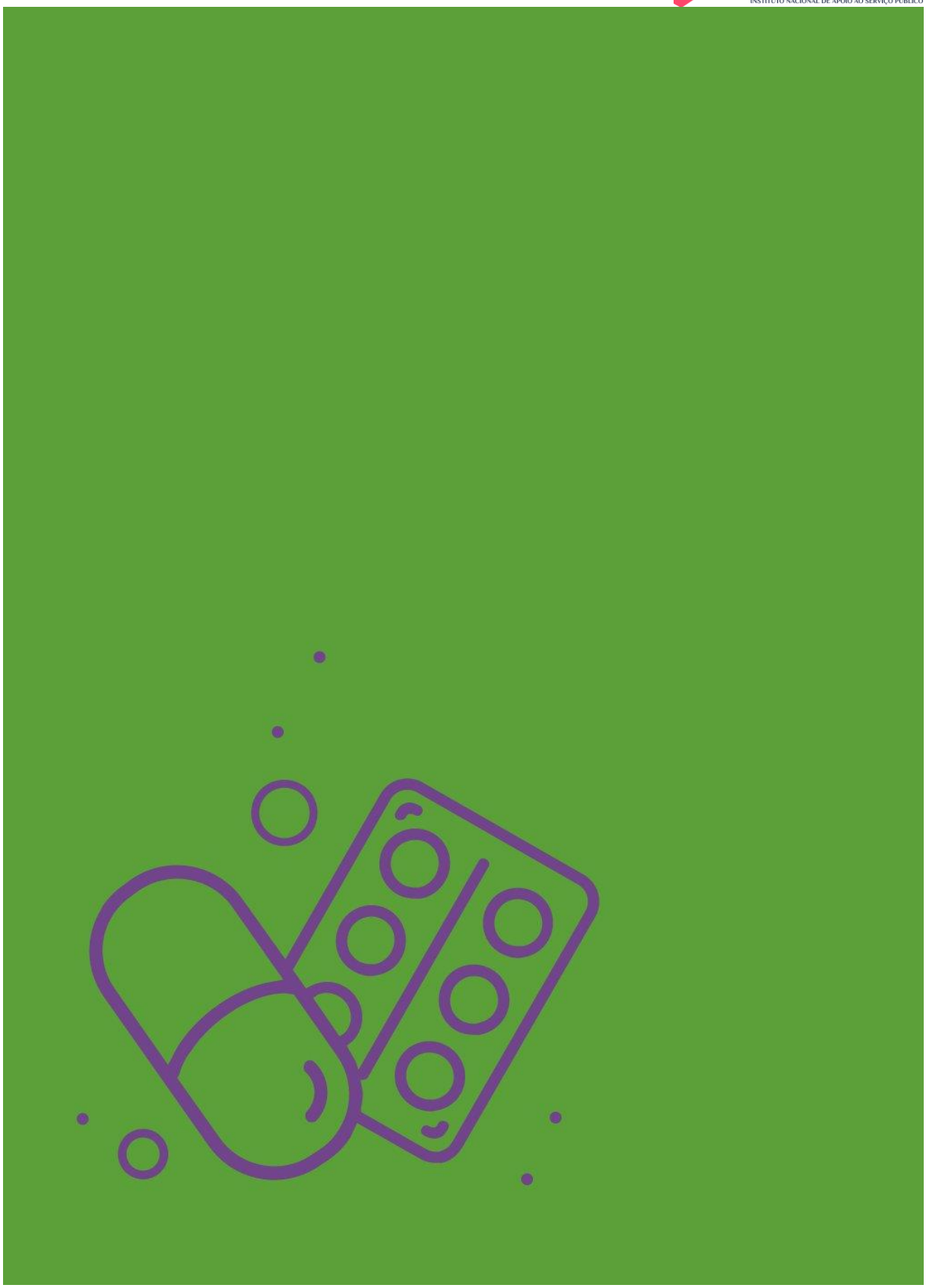
Para esse grupo, recomenda-se:

- Durante a consulta médica, deve ser realizado o exame físico, incluindo ausculta e frequência respiratória, assim como os demais sinais vitais e a aferição da oximetria de pulso. São considerados sinais de alarme em gestantes valores de frequência respiratória >20 rpm e frequência cardíaca >100 bpm.
- Mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez, a queixa de dispneia deve ser valorizada na presença de síndrome gripal.

- Em pacientes com sinais de agravamento, incluindo SpO_2 <94%, considerar o início imediato de oxigenoterapia, monitorização contínua e internação hospitalar.
- Gestantes e puérperas, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com antiviral, fosfato de oseltamivir, na dose habitual para adultos, indicado na síndrome gripal, independentemente de sinais de agravamento, visando à redução da morbimortalidade materna.
- Não se deve protelar a realização de exame radiológico em qualquer período gestacional quando houver necessidade de averiguar hipótese diagnóstica de pneumonia. A tomografia computadorizada (TC) de tórax pode ser realizada em casos selecionados.
- A elevação da temperatura na gestante deve ser sempre controlada com antitérmico, uma vez que a hipertermia materna determina lesões no feto. A melhor opção é o paracetamol.
- Devem ser tomadas precauções com o recém-nascido no puerpério (ver item que trata sobre o Manejo do Recém-Nascido – RN de mãe com influenza ou suspeita clínica.

Todas as gestantes e puérperas com síndrome gripal, mesmo não complicadas, devem ser tratadas com antiviral. O tratamento com fosfato de oseltamivir não é contraindicado na gestação (categoria C) e sua segurança foi comprovada.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352



uso de antivirais na infecção por influenza

O antiviral fosfato de oseltamivir faz parte da classe de drogas planejadas contra o vírus influenza, é um medicamento inibidor potente e seletivo da neuraminidase, uma glicoproteína essencial presente na superfície viral que atua facilitando a liberação do vírus durante os estágios finais do ciclo de infecção nas células hospedeiras (MCAULEY, 2019; MCCLELLAN; PERRY, 2001; KRAMMER *et al.*, 2018).

O tratamento com o antiviral, de maneira precoce, pode reduzir a duração dos sintomas e, principalmente, a redução da ocorrência de complicações da infecção pelo vírus influenza.

Estudos observacionais incluindo pacientes hospitalizados demonstraram maior benefício clínico quando o fosfato de oseltamivir é iniciado até 48 horas do início dos sintomas (MUTHURI *et al.*, 2014).

Entretanto, alguns estudos sugerem que o fosfato de oseltamivir pode ainda ser benéfico para pacientes hospitalizados se iniciado de quatro a cinco dias após o início do quadro clínico.

No caso de pacientes gestantes, em qualquer trimestre, com infecção por influenza, o maior benefício em prevenir falência respiratória e óbito foi demonstrado nos casos que receberam tratamento até 72 horas, porém ainda houve benefício quando iniciado entre três a quatro dias após o início dos sintomas, quando comparado com casos que receberam o antiviral após cinco dias do início do quadro clínico.

Os efeitos do uso dos antivirais em situações clínicas graves não foram avaliados em estudos clínicos randomizados controlados duplo-cego, incluindo placebo, uma vez que a maior parte dos estudos clínicos anteriores foram conduzidos em pacientes ambulatoriais apresentando apenas síndrome gripal. Segundo as agências internacionais, os inibidores de neuraminidase são considerados *standart of care* e são as únicas drogas disponíveis aprovadas para pacientes com influenza hospitalizados.

Ressalta-se que o início do tratamento com fosfato de oseltamivir não deve ser postergado caso o resultado do teste laboratorial ainda não esteja disponível.

Para a prescrição desse medicamento é usado o receituário simples. O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza esse medicamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

O zanamivir é um medicamento antiviral inibidor da neuraminidase, contudo, segundo a OMS **não está mais indicado para indivíduos com infecção suspeita ou confirmada pelo vírus influenza** devido à baixa evidência no benefício do uso da droga para os desfechos críticos como hospitalização admissão em UTI/ventilação mecânica e mortalidade.

TRATAMENTO

TABELA 4 Tratamento-posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA		POSOLOGIA
Fosfato de oseltamivir	Adulto		75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

DOSE PARA TRATAMENTO EM RECÉM-NASCIDOS

- 1 mg/kg/dose 12/12 horas em RN <38 semanas de idade gestacional.
- 1,5 mg/kg/dose 12/12 horas em RN de 38 a 40 semanas de idade gestacional.
- 3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN >40 semanas de idade gestacional.

Obs.: tratamento durante cinco dias.

Dose de oseltamivir para prematuros: a dose baseada no peso para os prematuros é menor do que para os recém-nascidos a termo devido ao menor *clearance* de osetalmivir ocasionada pela imaturidade renal (COMMITTEE..., 2019).

Caso o pó para suspensão oral não esteja disponível, o responsável pela administração do medicamento poderá reconstituir uma solução oral utilizando o conteúdo das cápsulas diluído em água, o conteúdo poderá ser misturado com alimentos açucarados. As orientações sobre a correta diluição do medicamento, encontram-se no **Anexo B**.

DOSE PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL

A dose deve ser ajustada no caso de insuficiência renal, com base no *clearance* de creatinina. As recomendações para o ajuste estão resumidas na Tabela 5:

TABELA 5 Oseltamivir, recomendações para ajuste de doses na insuficiência renal

COMPROMETIMENTO RENAL/ CLEARANCE DE CREATININA	TRATAMENTO 5 DIAS	PROFILAXIA 10 DIAS
Leve clearance >60-90 ml/min	75 mg 12/12h	75 mg 1 vez ao dia
Moderado clearance >30-60 ml/min	30 mg 12/12h	30 mg 1 vez ao dia
Grave clearance >10-30 ml/min	30 mg 1 vez ao dia	30 mg em dias alternados
Pacientes em hemodiálise clearance ≤10 ml/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*.	30 mg após cada sessão alternada de hemodiálise.
Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial – dPCa clearance ≤10 ml/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise.	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.

**Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, onde ocorrerão apenas dois sessões de diálise.

Em hemodiálise a dose deve ser 30 mg após cada sessão e em diálise peritoneal a dose deverá ser de 30 mg, uma vez por semana.

Hemodiálise

Uma hora após a sessão em dias alternados no total de cinco dias consecutivos (pacientes com diálise em regime de três vezes por semana), ou seja, total de três doses de 30 mg de oseltamivir equivaleria ao tratamento total habitualmente recomendado de cinco dias para pacientes não portadores de insuficiência renal crônica.

Diálise peritoneal

Recomendado apenas uma dose uma vez por semana, a qual equivaleria ao tratamento completo. E para profilaxia uma dose uma vez por semana, durante duas semanas.

TRATAMENTO ADJUNTO DE ANTIBIÓTICO COM O ANTIVIRAL

Recomenda-se que os médicos sigam as indicações dos protocolos/ consensos divulgados pelas sociedades médicas.

Não há evidência de benefícios da administração de antimicrobianos, em pacientes com influenza, exceto na forte suspeita de coinfecção bacteriana.

Informações adicionais:

- Os tratamentos mais longos podem ser necessários em pacientes imunocomprometidos, os quais podem apresentar replicação viral prolongada. Esses pacientes apresentam risco de desenvolver resistência. Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento, deve ser administrada uma dose adicional.

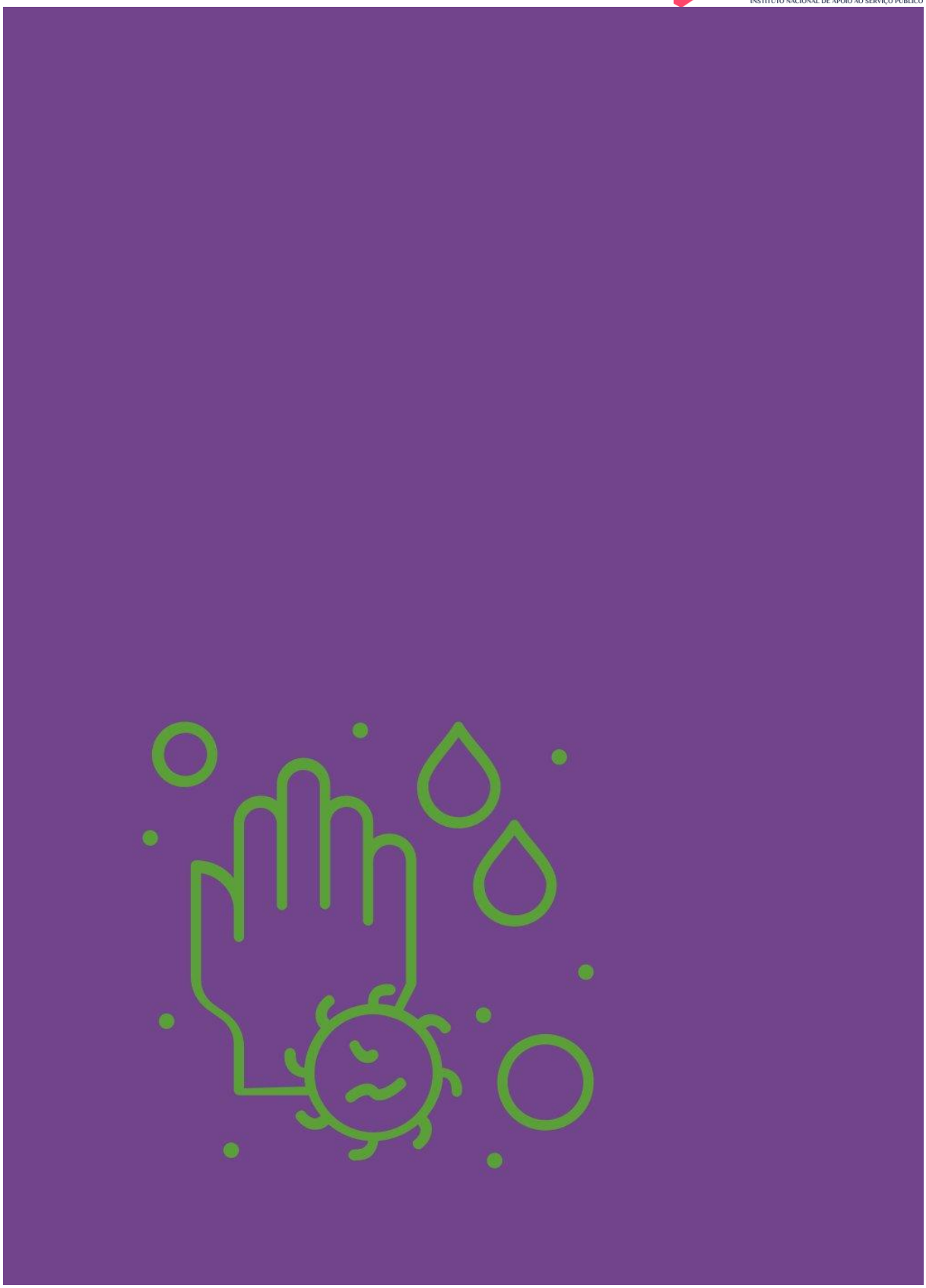
USO RACIONAL DO MEDICAMENTO FOSFATO DE OSELTAMIVIR

O surgimento de resistência a fármacos é uma preocupação global. Em especial, para medicamentos como o fosfato de oseltamivir que, devido a sua importância, foi incluído na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Embora a resistência a esse antiviral tenha sido pouco observada na prática clínica, os casos identificados estão principalmente relacionados a pacientes imunocomprometidos (LAMPEJO, 2020; KRAMMER *et al.*, 2018).

Diante da gama de vírus que podem causar síndrome gripal, o uso racional do antiviral fosfato de oseltamivir é uma estratégia importante para minimizar o impacto de potenciais resistências ao tratamento. Quando usado contra vírus suscetíveis e de forma correta, o fármaco é eficaz e pode reduzir a duração dos sintomas. A não realização do tratamento completo, além de menor efetividade, pode conduzir à resistência. O antiviral fosfato de oseltamivir é específico para o vírus influenza, não devendo ser utilizado para o tratamento de infecções por outros vírus.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352



controle de infecção relacionada à assistência à saúde

AMBIENTE HOSPITALAR

Precauções padrão

A implementação da precaução padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde, e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base. A precaução padrão compreende:

- Higienização das mãos antes e após contato com o paciente.
- Uso de equipamentos de proteção individual (EPI) – avental e luvas – ao contato com sangue e secreções.
- Uso de óculos e máscara se houver risco de respingos.
- Fazer o descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Acesse o documento no link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf

Precauções para gotículas

Além da precaução padrão, devem ser implantadas as precauções para gotículas, que devem ser utilizadas para pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por influenza. As gotículas respiratórias que têm cerca de >5 µm de tamanho, provocadas por tosse, espirro ou fala, não se propagam por mais de 1 metro da fonte, e relacionam-se à transmissão de contato da gotícula com mucosa ou conjuntiva da boca ou nariz de indivíduo susceptível. Recomenda-se:

- Uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto, a menos de 1 metro do paciente – substituí-la a cada contato com o paciente.
- Higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool em gel).

- Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.
- Limitar procedimentos indutores de aerossóis (intubação, sucção, nebulização).
- Uso de dispositivos de sucção fechados.
- Manter paciente preferencialmente em quarto privativo por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios, desde que o paciente esteja sem o uso de antitérmico.
- Quando em enfermaria, respeitar a distância mínima de 1 metro entre os leitos durante o tratamento com fosfato de oseltamivir.

Situações em que haja geração de aerossóis

No caso de procedimentos que gerem aerossóis – partículas <5 µm, que podem ficar suspensas no ar por longos períodos (exemplo: intubação, sucção, nebulização), recomenda-se:

- Uso de EPI – avental e luvas, óculos e máscara [respirador] tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 pelo profissional de saúde durante o procedimento de assistência ao paciente.
- Manter paciente preferencialmente em quarto privativo.
- Uso de máscara (respirador) tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 pelo profissional de saúde ao entrar no quarto.
- Uso de máscara cirúrgica pelo paciente durante transporte.

Limpeza e desinfecção de superfícies

- Remoção de sujidades com água e sabão ou detergente.
- Limpeza com solução de hipoclorito de sódio em pisos e superfícies dos banheiros.
- Fricção de outras superfícies e objetos com álcool a 70%.
- Uso de EPI adequado.
- Fazer descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Acesse o documento no link: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/8436198/do1-2018-03-29-resolucao-rdc-n-222-de-28-de-marco-de-2018-8436194.

MONITORAMENTO E MANEJO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM SÍNDROME GRIPAL

Afastamento do trabalho até 24 horas após cessar a febre e considerar o afastamento ou realocação por sete dias, no caso de profissional de saúde que trabalha em contato direto com pacientes.

Considerar a testagem dos profissionais de saúde de acordo com protocolos internos do serviço.



MANEJO DO RECÉM-NASCIDO – RN FILHO DE MÃE COM INFLUENZA OU SUSPEITA CLÍNICA

Mãe com sintomas de influenza e RN clinicamente estável

- Manter **preferencialmente** o binômio em quarto privativo.
- Manter distância mínima do berço do RN e mãe de 1 metro.
- Orientar a realizar etiqueta respiratória.
- Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.
- Orientar o uso de máscara cirúrgica durante o cuidado e a amamentação do RN.
- Profissional de saúde ao atender a puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.
- Acompanhante da puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.
- Caso a puérpera precise circular em áreas comuns do hospital, utilizar máscara cirúrgica.
- As precauções padrão e de gotículas devem ser continuadas por até sete dias do início da doença ou até 24 horas após a resolução da febre e sintomas respiratórios, o que for mais longo e enquanto a paciente estiver internada.

Criança hospitalizada com sintomas de influenza

- Utilizar preferencialmente quarto privativo ou distância mínima entre leitos de 1 metro.
- Em unidade neonatal o quarto privativo poderá ser substituído pelo uso de incubadora, mantendo as demais orientações quanto à distância entre leitos e à adesão às precauções por gotículas e padrão por profissionais da saúde.

- Orientar pais ou acompanhantes a higienizar as mãos antes e após tocar na criança ou após tocar no espaço perileito.
- Caso o acompanhante apresente sintomas respiratórios, orientar etiqueta respiratória, com higienização das mãos e utilização de máscara cirúrgica em áreas compartilhadas por outros pacientes ou profissionais da saúde.

Outras medidas que evitam a transmissão da influenza e outras doenças respiratórias

- Frequente higienização das mãos, principalmente antes de consumir algum alimento.
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal.
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas.
- Manter os ambientes bem ventilados.
- Evitar contato próximo a pessoas que apresentem sinais ou sintomas de influenza.
- Evitar sair de casa em período de transmissão da doença.
- Evitar aglomerações e ambientes fechados (procurar manter os ambientes ventilados).
- Adotar hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e ingestão de líquidos.
- Orientar o afastamento temporário (trabalho, escola etc.) até 24 horas após cessar a febre.

quimioprofilaxia: indicações para influenza

Essa diretriz não recomenda a quimioprofilaxia, exceto nas seguintes situações:

- Adultos, adolescentes e crianças com graves deficiências imunológicas ou em uso de drogas imunossupressoras, após contato com pessoas com infecção.
- Residentes de alto risco em instituições de longa permanência, durante surtos na instituição, deverão receber quimioprofilaxia se tiverem comorbidades.

A quimioprofilaxia com antiviral não é recomendada se o período após a última exposição* a uma pessoa com infecção pelo vírus for maior que 48 horas.

Para que a quimioprofilaxia seja efetiva, o antiviral deve ser administrado durante a potencial exposição à pessoa com influenza e continuar por mais sete dias após a última exposição conhecida.

*Considera se exposição a pessoa que teve contato com caso suspeito ou confirmado para influenza até 48 horas.

MEDIDAS PARA ENFRENTAMENTO DE SURTO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA – ILP

A influenza pode se disseminar rapidamente entre as populações, especialmente as que vivem em ambientes restritos ou fechados, podendo causar morbidade considerável e interrupção das atividades diárias. Por isso, é importante que, mediante situações de surto ou epidemia, sejam adotadas medidas específicas para a interrupção.

Definição de surto em instituições fechadas ou hospitais de longa permanência: ocorrência de dois casos suspeitos ou confirmados para influenza com vínculo epidemiológico em um período de até 72 horas.

A quimioprofilaxia para todos os residentes ou internos é recomendada para controlar surtos somente se a ILP for destino para pessoas com condições e fatores de risco para complicações. No caso de surto suspeito ou confirmado indica-se:

- É recomendável a quimioprofilaxia com antiviral na instituição por no mínimo duas semanas e até pelo menos sete dias após a identificação do último caso.

TABELA 6 Quimioprofilaxia para situações indicadas – posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA		QUIMIOPROFILAXIA
Fosfato de oseltamivir (tamiflu®)	Adulto		75 mg/dia, Vo / 10 dias
	maiores ou igual a 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg/dia, Vo / 10 dias
		>15 kg a 23 kg	45 mg/dia, Vo / 10 dias
		>23 kg a 40 kg	60 mg/dia, Vo / 10 dias
		>40 kg	75 mg/dia, Vo / 10 dias
	menores de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg ao dia, 10 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg ao dia, 10 dias

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

QUIMIOPROFILAXIA PARA CRIANÇAS DE ATÉ 1 ANO DE IDADE

- Menos de 3 meses – não é recomendado a menos que a situação seja julgada crítica.
- 0-8 meses = 3 mg/kg, uma vez ao dia.
- 8-11 meses = 3,5 mg/kg, uma vez ao dia
- 1 ano ou mais – dose varia de acordo com o peso:
  - <15 kg, 30 mg uma vez ao dia.
  - >15 a 23 kg, 45 mg uma vez ao dia.
  - >23 a 40 kg, 60 mg uma vez ao dia.
  - >40 kg, 75 mg uma vez ao dia.

Obs.: tratamento durante dez dias.

Acip Updates Guidelines for Use of Antiviral Agents for Influenza <www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6001.pdf>

Recomendações adicionais

- Vacinar anualmente todos os residentes e funcionários.
- Realizar coleta de amostra para diagnóstico de influenza em caso suspeito, até que se tenham no mínimo dois casos confirmados.
- Realizar busca ativa diária até pelo menos uma semana após a identificação do último caso.
- Implementar medidas de prevenção – precaução padrão e precaução de gotículas e aerossóis – para todos os residentes e internados com suspeita ou confirmação de influenza por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios, desde que o paciente esteja sem o uso de antitérmico.
- Isolamento em quarto privativo ou, quando não disponível, isolamento de coorte. o mesmo diagnóstico
- Embora a covid-19 e a Influenza sejam doenças para as quais se implementa medidas de precaução semelhantes, não se deve colocar na mesma coorte, pacientes com covid-19 e pacientes com influenza, para evitar a disseminação das diferentes doenças entre os pacientes.
- Evitar visitas. Caso ocorram, usar EPI de acordo com a situação.
- Residentes sintomáticos devem ser mantidos, na medida do possível, em seus quartos. Caso circulem, usar máscara cirúrgica.
- Limitar aglomeração, considerando a possibilidade de servir refeição no quarto.
- Restringir a movimentação dos profissionais que atuam em áreas onde há doentes para áreas não atingidas pelo surto.
- Evitar novas admissões ou transferência de sintomáticos.
- Considerar no cenário pós-pandêmico a possibilidade de cocirculação de SARS-CoV-2, atentar para diagnóstico e recomendações de tratamento de pacientes de risco.



ambiente extra-hospitalar

RECOMENDAÇÕES PARA ESCOLAS E CRECHES

Alunos, professores e demais funcionários que adoecerem devem permanecer em afastamento temporário na suspeita clínica de influenza, podendo ser liberado o retorno à escola se clinicamente estável, sem uso de antitérmico e sem febre por 24 horas.

Ao retornar à escola, manter cuidados de etiqueta respiratória durante a permanência dos sintomas respiratórios.

Não está indicada a suspensão de aulas e outras atividades para controle de surto de influenza como medida de prevenção e controle de infecção.

Recomenda-se a vacinação anual de professores do ensino básico e superior, mediante apresentação de documento que comprove sua vinculação ativa desse profissional.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NÃO FARMACOLÓGICAS

- Cobrir o nariz e a boca com lenço, ao tossir ou espirrar, e descartar o lenço no lixo após uso.
- Lavar as mãos com água e sabão após tossir ou espirrar.
- No caso de não haver disponibilidade de água e sabão, usar álcool em gel.
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca.
- Usar máscara cirúrgica, quando apresentar sintomas gripais (controle da fonte).

RECOMENDAÇÕES PARA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

- Vacinar anualmente a população privada de liberdade.
- Não há indicação de quimioprofilaxia para a população privada de liberdade em caso de surto, por esta não se tratar de população de risco de complicação para influenza.
- O caso suspeito ou confirmado se possível deverá ser mantido em ambiente individual.
- Evitar trânsito de profissionais entre alas com e sem doentes.
- Realizar busca ativa diária até pelo menos uma semana após a identificação do último caso.
- Devem ser orientados à prática das seguintes medidas preventivas:
  - cobrir o nariz e a boca com lenço, ao tossir ou espirrar, e descartar o lenço no lixo após uso;
  - lavar as mãos com água e sabão após tossir ou espirrar;
  - no caso de não haver disponibilidade de água e sabão, usar álcool em gel;
  - evitar tocar olhos, nariz ou boca.

vacinação

O controle da influenza requer vigilância qualificada, somada às ações de imunização anuais, direcionadas especificamente aos grupos de maior vulnerabilidade e com maior risco para desenvolver complicações.

A **vacinação anual contra influenza é a principal medida utilizada para se prevenir a doença**, porque pode ser administrada antes da exposição ao vírus e é capaz de promover imunidade durante o período de circulação sazonal do vírus influenza reduzindo o agravamento da doença.

É recomendada a vacinação anual contra influenza para os grupos-alvos definidos pelo Ministério da Saúde, mesmo que já tenham recebido a vacina na temporada anterior, pois se observa queda progressiva na quantidade de anticorpos protetores (WHO, 2018). Essa recomendação é válida mesmo quando a vacina indicada contém as mesmas cepas utilizadas no ano anterior.

Atualmente, a vacina encontra-se indicada para as crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), gestantes, puérperas, povos indígenas, trabalhadores da saúde, idosos com 60 anos ou mais, professores das escolas públicas e privadas, pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, pessoas com deficiência permanente, profissionais das forças de segurança e salvamento e das forças armadas, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros urbano e de longo curso, trabalhadores portuários, funcionários do sistema prisional, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas e população privada de liberdade. O público-alvo, portanto, representa aproximadamente 80 milhões de pessoas. A meta é vacinar pelo menos 90% dos grupos elegíveis (BRASIL, 2022).

VACINAÇÃO ANUAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Os trabalhadores da saúde são mais expostos à influenza e estão incluídos nos grupos prioritários para vacinação, não apenas para sua proteção individual, mas também para evitar a transmissão dos vírus aos pacientes de alto risco.

Para mais informações consultar o *Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza*, que se encontra disponível no link: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/arquivos/informe-da-24a-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-influenza.pdf.

vigilância, notificação e registro

A vigilância da influenza e outros vírus respiratórios no Brasil é composta pela vigilância sentinela de síndrome gripal (SG) e a vigilância de síndrome respiratória aguda grave (Srag) em pacientes hospitalizados e óbitos por Srag. O objetivo da estratégia de vigilância sentinela é monitorar casos de SG por vírus respiratórios de importância em saúde pública, em unidades de saúde selecionadas (intituladas unidades sentinelas), para que sirvam como um alerta precoce ao sistema de vigilância. As unidades sentinelas são definidas por características e critérios epidemiológicos, juntamente com os respectivos gestores dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL – SG

A vigilância sentinela de SG conta com uma rede de unidades sentinelas distribuídas em todas as unidades federadas e regiões geográficas do País, e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios de importância em saúde pública, circulantes ou sazonais. Por ser uma vigilância sentinela, preconiza-se a coleta de amostras clínicas nasofaríngea, por semana epidemiológica, de casos de SG atendidos em cada unidade sentinela, para realização do diagnóstico e também de estudos complementares (isolamento, resistência, sequenciamento e outros) dos vírus identificados, como influenza, SARS-CoV-2 e vírus sincicial respiratório.

O registro dos resultados de diagnósticos laboratoriais, dos casos captados em unidades sentinelas, devem ser inseridos no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe), conforme os fluxos locais estabelecidos.

Os relatórios epidemiológicos dos dados das unidades sentinelas de SG são muito oportunos para sinalizar início de sazonalidade, epidemias e surtos pelos vírus respiratórios de importância em saúde pública. E, assim, fortalecer os gestores na tomada de decisão, para organização da rede de assistência à saúde.

No atual contexto epidemiológico, os casos de SG suspeitos de covid-19, captados fora das unidades sentinelas, devem ser notificados no sistema e-SUS Notifica. Após investigação laboratorial, se confirmado para influenza e descartado para covid-19, o caso deve ser encerrado como "descartado", não havendo a necessidade de notificar o resultado referente a influenza.

VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

A vigilância de Srag monitora os casos hospitalizados e óbitos por Srag, com o objetivo de identificar o comportamento do vírus e o perfil epidemiológico da síndrome no país e orientar a tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do MS e Secretarias de Saúde das unidades federadas.

Os dados clínico-epidemiológicos são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos no Sivep-Gripe. A partir da pandemia de covid-19, a vigilância de Srag tem caráter universal, ou seja, todos os casos de Srag devem ser obrigatoriamente notificados.

As notificações dos casos de Srag hospitalizados de maneira oportuna no Sivep-Gripe são importantes para o monitoramento da situação epidemiológica e tomada de decisão, voltada às medidas de prevenção e controle da influenza.

Demais informações técnicas, recomendações e atualizações sobre a vigilância epidemiológica da influenza no Brasil poderão ser consultadas na página de A a Z da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS).

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **PALS – Pediatric Advenced Life Support**: provider manual. Texas: American Heart Association, 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em pediatria**: manual do profissional. Texas: American Heart Association, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_laboratorial_influenza_vigilancia_influenza_brasil.pdf. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n.º 306, de 7 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Informe Técnico da 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/arquivos/informe-da-24a-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-influenza.pdf. Acesso em: 18 jan. 2023.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. **Flu Treatment**. [*S. l.*]: CDC, 2022. Disponível em: https://www.cdc.gov/flu/treatment/index.html. Acesso em: 3 nov. 2022.

COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2019-2020. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, p. e20192478, 2019.

KRAMMER, F. *et al*. Influenza. **Nat. Rev. Dis. Primers**, v. 4, n. 1, p. 3, 2018.

LAMPEJO, T. Influenza and antiviral resistance: an overview. **Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.**, v. 39, n. 7, p. 1201-1208, 2020.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

MCAULEY, J. L. *et al*. Influenza Virus Neuraminidase Structure and Functions. **Front Microbiol.**, v. 10, p. 39, 2019.

MCCLELLAN, K.; PERRY, C. M. Oseltamivir: a review of its use in influenza. **Drugs.**, v. 61, n. 2, p. 263-283, 2001.

MUTHURI, S. G. *et al*. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. **Lancet Respir. Med.**, v. 2, n. 5, p. 395-404, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cuidados pós-reanimação neonatal**. Rio de Janeiro: SBP, 2021.

UYEKI, T. M. *et al*. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenzaa. **Clin. Infect. Dis.**, v. 68, n. 6, p. 895-902, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Influenza Seasonal**. 6 Nov. 2018. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal). Acesso em: 14 out. 2022.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

bibliografia

ANTONELLI, M. *et al*. Predictors of failure of noninvasive positive pressure ventilation in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a multi-center study. **Intensive Care Med**, v. 27, n. 11, p. 1718-1728, 2001.

ASTHMA AND LUNG UK. **Breathing and lung function tests**. **Tests to measure your oxygen levels**. London: Asthma and Lung UK, 2022. Disponível em: https://www.blf.org.uk/support-for-you/breathing-tests/tests-measure-oxygen-levels. Acesso em: 23 nov. 2022.

BAILLARD, C. *et al*. Noninvasive ventilation improves preoxygenation before intubation of hypoxic patients. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, v. 174, n. 2, p. 171-177, 2006.

BAUE, A. E. MOF, MODS, and SIRS: what is in a name or na acronym? **Shock**, v. 26, n. 5, p. 438-449, 2006.

BEAU, A. B. *et al*. Safety of oseltamivir during pregnancy: a comparative study using the EFEMERIS database. **BJOG**, v. 121, n. 7, p. 895-900, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n.º 67, de 8 de outubro de 2007**. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/rdc0067_08_10_2007.html. Acesso em: 3 nov. 2022.

BROWER, R. G. *et al*. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. **N. Engl. J. Med.**, v. 342, p. 1301-1308, 2000.

DIXIT, R. *et al*. A randomized study of standard versus double dose oseltamivir for treating influenza in the community. **Antivir Ther**, v. 20, n. 7, p. 689-698, 2015.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Expert opinion on neuraminidase inhibitors for the prevention and treatment of influenza - review of recent systematic reviews and meta-analyses**.

Stockholm: ECDC, 2017. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/expert-opinion-neuraminidase-inhibitors-prevention-and-treatment-influenza-review. Acesso em: 21 nov. 2022.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. **Pulse Oximeter Accuracy and Limitations**: FDA Safety Communication. [*S. l.*]: FDA, 2022. Disponível em: https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/pulse-oximeter-accuracy-and-limitations-fda-safety-communication. Acesso em: 21 nov. 2022.

PRIMARY CARE RESPIRATORY SOCIETY. **Inspiring best practice in respiratory care**. London: Primary Care Respiratory Society, 2022. Disponível em: https://www.pcrs-uk.org/. Acesso em: 24 nov. 2022.

MAS, A.; MASIP, J. Noninvasive ventilation in acute respiratory failure. **Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.**, v. 9, p. 837-852, 2014.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **COVID-19 Treatment Guidelines**. General Management of Nonhospitalized Patients With Acute COVID-19. [*S. l.*]: NIH, [2022?]. Disponível em: https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/. Acesso em: 17 nov. 2022.

NOEL, Z. R. *et al*. Comparison of High-Dose Versus Standard Dose Oseltamivir in Critically Ill Patients With Influenza. **J. Intensive Care Med.**, v. 32, n. 10, p. 574-577, 2016.

PAULES, C.; SUBBARAO, K. Influenza. **The Lancet**, v. 390, n. 10095, p. 697-708, 2017.

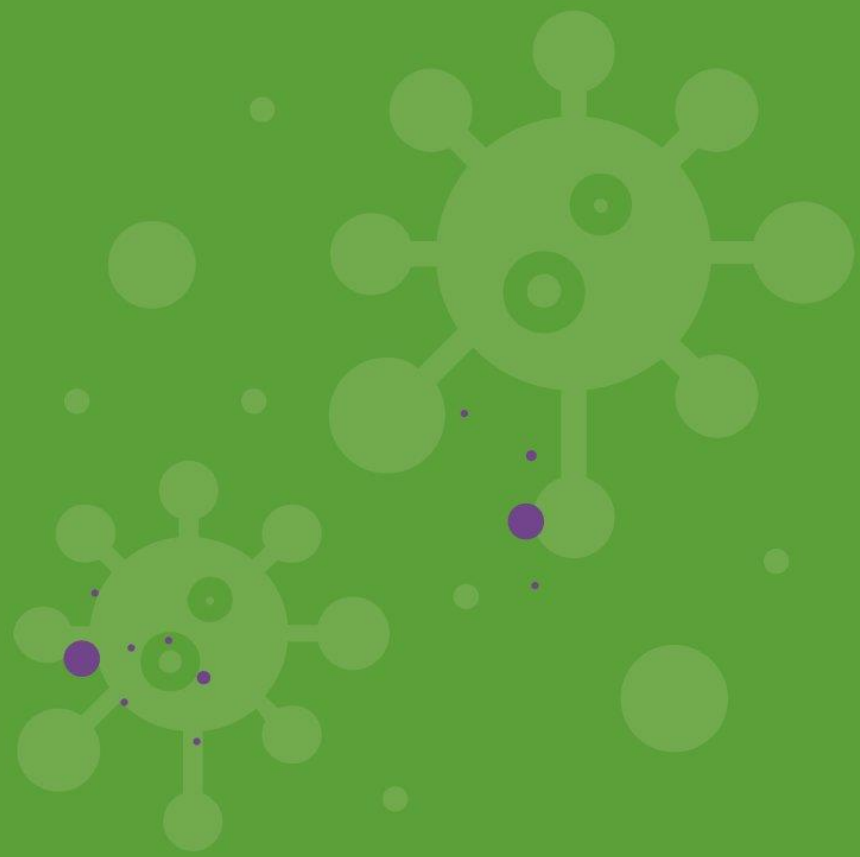
RODRIGO, C. *et al*. Corticosteroids as adjunctive therapy in the treatment of influenza. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 3, p. CD010406, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cuidados pós-reanimação neonatal**. Rio de Janeiro: SBP, 2021.

SOUTH EAST ASIA INFECTIOUS DISEASE CLINICAL RESEARCH NETWORK. Effect of double dose oseltamivir on clinical and virological outcomes in children and adults admitted to hospital with severe influenza: double blind randomised controlled trial. **BMJ**, v. 346, p. f3039, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the clinical management of severe illness from influenza virus infections**. [*S. l.*]: WHO, 2022. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352453/9789240040816-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 nov. 2022.

anexos



ANEXO A
ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Na maioria das situações, a causa de insuficiência respiratória aguda é a hipoxemia, portanto, o primeiro passo para o alívio é a suplementação de oxigênio. Deve-se oferecer O_2 para manter a SpO_2 acima de 90% em pacientes sem antecedente de doenças pulmonares crônicas. Pode ser usado cateter nasal ou máscara de Hudson. Idealmente, naqueles que a necessidade de suplementação de O_2 for menor que 3 L/min, use cateter nasal de baixo fluxo, enquanto nos indivíduos que há necessidade de mais que 3 litros, use máscara de Hudson. Em situações que haja necessidade de O_2 mais de 5 L/min, quando disponível, sugere-se usar máscara de venturi que permite melhor ajuste de fluxo e de concentração de O_2. Lembrar que oxigênio é um medicamento e a hiperóxia também é danosa.

Se não houver melhora sintomática em 20-30 minutos, deve-se tentar ventilação mecânica, que pode ser realizada de maneira não invasiva (sem intubação traqueal) ou invasiva (com intubação traqueal).

A ventilação não invasiva (VNI) pode ser usada em pacientes selecionados. Há contraindicações para esse tipo de ventilação: redução da consciência, quantidade abundante de secreção respiratória, choque (hipotensão que necessita de amina vasoativa), hemorragia digestiva alta, vômitos incoercíveis, deformidades faciais ou de via aérea superior. O objetivo da ventilação não invasiva deve ser melhorar a hipoxemia em período máximo de 2 horas com meta de atingir PaO_2 maior que 70 mmHg às custas de fração inspirada de O_2 (FiO_2) máximo de 40%. As modalidades de ventilação não invasiva são: pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) ou pressão positiva em dois níveis nas vias aéreas (BiPAP); existem diferentes interfaces de máscaras para acoplamento do paciente-ventilador, como oro-nasal, facial total e tipo capacete – a escolha vai depender da resposta de conforto do próprio paciente. De acordo com as alterações da parênquima pulmonar, muitas vezes o paciente pode ter benefício com maiores níveis de pressão expirada positiva, sem necessidade de grandes suportes de oxigênio. A ventilação não invasiva também pode servir de terapia de suporte para melhorar a oxigenação antes da intubação traqueal e ventilação invasiva.

Estratégia alternativa à ventilação não invasiva é o cateter nasal de alto fluxo (Cnaf), um dispositivo que geralmente traz mais conforto ao paciente, permite promoção de pressão expirado positiva por meio de ajuste de fluxo, e controle melhor de FiO_2. As metas de Cnaf são iguais às de VNI e, quando há necessidade e paciente conseguir, facilita estratégia de pronação em indivíduos acordados e não intubados.

A presença de contraindicações para ventilação não invasiva ou manutenção do quadro de dispneia intensa ou piora evolutiva com sinais de falência respiratória (redução da consciência ou agitação, respiração paradoxal, tiragem intercostal, cianose de extremidades) denota a necessidade de ventilação mecânica invasiva, com intubação traqueal.

Logo após a intubação orotraqueal, oferecer FiO_2 de 100% e coletar gasometria arterial após 20 minutos para checar a gravidade da hipoxemia e ajustar volume minuto para evitar acidose respiratória. A presença de hipoxemia grave, mesmo com necessidade de O_2 em altas doses, define a síndrome de angústia respiratória aguda (Sara) ou síndrome de desconforto respiratório agudo (SDRA): início agudo, acometimento bilateral, ausência de congestão pulmonar e/ou disfunção cardíaca e relação entre PaO_2 e fração inspirada de O_2 (PaO_2/FiO_2) abaixo de 300. A estratégia de ventilação com menores volumes correntes (entre 4 e 6 ml/kg de peso ideal) e titulação da pressão expiratória positiva final (PEEP) para reduzir FiO_2 e manter SpO_2 entre 88 e 95%, denomina-se ventilação protetora. Essa modalidade de ventilação reduz a mortalidade da Sara e deve ser implementada tão logo se inicia a ventilação invasiva.

A estratégia de titulação de PEEP compreende em encontrar a menor PEEP que represente a melhor complacência estática, sem provocar a hiperdistensão alveolar. Em algumas condições de infiltrado pulmonar, o paciente pode se beneficiar com níveis altos de PEEP enquanto em outras condições, os altos níveis de PEEP podem ser danosos. Em situações que o profissional não está habituado a realizar a titulação, adoção de "Tabela de titulação de PEEP (*PEEP table*)" pode auxiliar no manejo da ventilação mecânica.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

Vide tabela de titulação de PEEP por nível de FiO_2.

FIO_2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
PEEP baixa/FiO_2 alta	5	5-8	8-10	10	10-14	14	14-18	18-24
PEEP baixa/FiO_2 baixa	5-14	14-16	16-18	20	20	20-22	22	22-24

Não há benefício em administrar dose dobrada de oseltamivir em pacientes graves, mesmo quando administrado por via sonda gastroenteral. As doses de 75 mg ou 150 mg, administradas duas vezes por dia, apresentam resultados semelhantes em relação à melhora de sintomas, clearance viral de vias aéreas, tempo de permanência na UTI, tempo de uso de oxigenioterapia ou ventilação mecânica e mortalidade hospitalar. A única exceção é a utilização em pacientes imunocomprometidos, que foram excluídos de estudos avaliando a dose de oseltamivir em pacientes graves.

Não é recomendado o uso de corticoides para tratamento adjuvante de pacientes com insuficiência respiratória e ventilação mecânica, uma vez que não há evidências de benefício além de indícios de aumento do risco de infecções bacterianas secundárias e a mortalidade. A única exceção é o paciente com choque séptico, no qual o uso de corticoide pode reduzir o tempo de uso de aminas vasoativas.

Orientações para tratamento da insuficiência respiratória aguda grave em pediatria

Condições respiratórias são a principal causa de PCR em crianças. O objetivo principal do tratamento é restaurar a oxigenação e a ventilação adequada. Se o paciente apresentar sinais de desconforto ou insuficiência respiratória, devem ser instituídas as intervenções adequadas, conforme a tabela a seguir:

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

QUADRO 1 Tratamento inicial de desconforto e insuficiência respiratória em pediatria

A **Vias aéreas**	▪ Desobstrua a via aérea (aspire nariz e boca se indicado) e deixe que a criança assuma uma posição de conforto se possível.
B **Respiração**	▪ Monitore a saturação de O_2 (oximetria de pulso) administre O_2 (umidificado se possível) administre medicação inalada (salbutamol/adrenalina) conforme achados na ausculta pulmonar e indicações. ▪ Avalie necessidade de ventilação não invasiva e/ou entubação orotraqueal com ventilação mecânica.
C **Circulação**	▪ Monitore frequência e ritmo cardíaco, pressão arterial e tempo de enchimento capilar. ▪ Estabeleça acesso vascular. ▪ Diurese: acima de 1 ml/kg/hora (recém-nascidos e lactentes) e 12 ml/m²/hora em crianças.
D **Disfunção**	▪ Avalie irritabilidade intensa e/ou apatia. ▪ Glicoteste (dexto ou HGT).
E **Exposição**	▪ Hipertermia e hipotermia. ▪ Lesões de pele.

Fonte: American Heart Association. PALS – Pediatric Advenced Life Support – Provider Manual 2021.
Obs.: administre tratamento com antibióticos e reduza a demanda metabólica controlando a temperatura.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

ANEXO B
ADMINISTRAÇÃO DE ANTIVIRAIS NO TRATAMENTO DE INFLUENZA – ORIENTAÇÕES SOBRE PREPARO DE DILUIÇÕES

Preparo das diluições

- Abrir a cápsula imediatamente antes do preparo, cortando a ponta superior com uma tesoura limpa.
- Usar um recipiente de vidro limpo e água potável.
- Não é necessário retirar qualquer pó branco não dissolvido, por ser excipiente inerte.

Cápsulas de 30, 45 e 75 mg ▸ em pacientes sem condições de engolir cápsulas pode-se proceder a diluição de todo o conteúdo da mesma em 2 ml de água e adicionar uma pequena quantidade de alimento adocicado apropriado (máximo 1 colher de chá) à mistura, a fim de mascarar o gosto amargo. Agite essa mistura e administre todo o conteúdo para o paciente. Essa mistura deve ser administrada imediatamente após o preparo. Repita esse procedimento para cada dose que será administrada.

Solução oral a partir do fosfato de oseltamivir 75 mg ▸ adicione todo o conteúdo da cápsula em um copo de vidro limpo e com uma seringa graduada adicione 5 ml de água. Misture bem o pó com a água.

A concentração da suspensão preparada a partir da cápsula de 75 mg é de 15 mg/ml. Aspire com a seringa a quantidade prescrita ao paciente, de acordo com a receita médica.

CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

0 a 8 meses	3 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
9 a 11 meses	3,5 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias

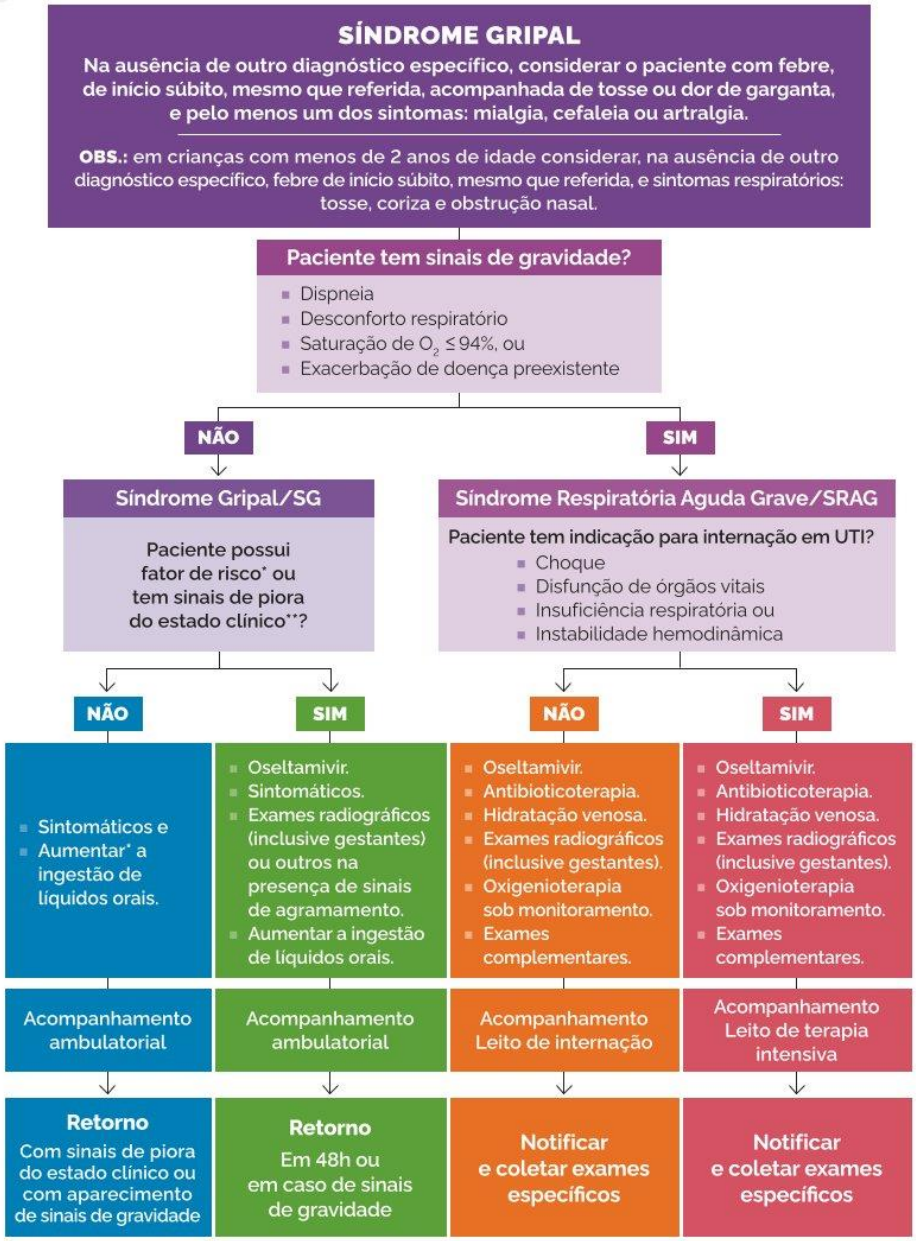
RECÉM-NASCIDOS

RN <38 semanas de idade gestacional	1 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
RN de 38 a 40 semanas de idade gestacional	1,5 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
RN >40 semanas de idade gestacional	3 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias

Dose de oseltamivir para prematuros ▸ a dose baseada no peso para os prematuros é menor do que para os recém-nascidos a termo devido ao menor clearance de osetalmivir ocasionada pela imaturidade renal. As doses foram recomendadas por dados limitados do National Institute of Allergy and Infections Diseases Collaborative.[1]

[1]COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2019-2020. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, p. e20192478, 2019.

ANEXO C
SÍNDROME GRIPAL/SRAG
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE



*Fatores de risco: população indígena aldeada ou com dificuldade de acesso; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade); adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

**Sinais de piora do estado clínico: aparecimento de dispneia ou taquipneia. Persistência ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno após 48 horas de período afebril. Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia). Hipotensão arterial. Diurese abaixo de 400 ml em 24 horas. Desidratação. Exacerbação de doença preexistente. Miosite comprovada por creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes). Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL. Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças.

DROGA	FAIXA ETÁRIA		QUIMIOPROFILAXIA
Fosfato de oseltamivir (tamiflu®)	Adulto		75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		>15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		>23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		>40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias

Fonte: CDC, 2022 adaptado.

Dose para tratamento em recém-nascidos

RN <38 semanas de idade gestacional	1 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
RN de 38 a 40 semanas de idade gestacional	1,5 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias
RN >40 semanas de idade gestacional	3 mg/kg/dose 12/12h, 5 dias

Dose de oseltamivir para prematuros ▸ a dose baseada no peso para os prematuros é menor do que para os recém-nascidos a termo devido ao menor clearance de osetalmivir ocasionada pela imaturidade renal. As doses foram recomendadas por dados limitados do National Institute of Allergy and Infections Diseases Collaborative.[1]

[1]ANTIVIRAL STUDY GROUP. **Pediatrics**. v. 138, n. 4, Oct. 2016. (table 5, pág. 13).

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
CLIQUE AQUI E RESPONDA A PESQUISA.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 136

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Governo Federal

Anexo 48 - PROPOSTA SB GESTÃO DR FACILLITE

SB GESTÃO EM SAÚDE

Somos uma empresa especializada em gestão de saúde, com anos de experiência em fornecer soluções inovadoras e eficazes para instituições de saúde.

Nossa missão é melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aumentar a eficiência dos processos, garantindo a satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde.

Serviços

Gestão de Unidades de Saúde: Oferecemos serviços de gestão para unidades de saúde, incluindo hospitais, clínicas e centros de saúde.

Consultoria em Saúde: Nossa equipe de especialistas em saúde oferece consultoria para instituições de saúde, ajudando a melhorar a qualidade dos serviços e a reduzir custos.

Tecnologia em Saúde: Desenvolvemos e implementamos soluções tecnológicas para instituições de saúde, incluindo sistemas de gestão de prontuários eletrônicos e sistemas de gerenciamento de estoque.

Experiência

Projetos Realizados: Temos uma longa lista de projetos realizados com sucesso em instituições de saúde em todo o país.

SB GESTÃO EM SAÚDE
CNPJ 50.703.501/0001-02

Parcerias: Trabalhamos em parceria com instituições de saúde, governos e empresas para desenvolver soluções personalizadas para as necessidades específicas de cada cliente.

Valores

Qualidade: Estamos comprometidos com a qualidade e a excelência em tudo o que fazemos.

Inovação: Buscamos constantemente novas soluções e tecnologias para melhorar a gestão de saúde.

Satisfação do Cliente: Nossa prioridade é a satisfação dos nossos clientes e trabalhamos duro para garantir que suas necessidades sejam atendidas.

Programa Dr Facilitte



SB GESTÃO EM SAÚDE
CNPJ 50.703.501/0001-02

O Programa Dr Facilite é uma solução inovadora para o atendimento à saúde das pessoas.

Benefícios:

Diminuição de fila de espera para atendimentos médicos, inclusive das especialidades;
Atuação em conjunto da equipe médica nos diagnósticos;
Diminuição da aglomeração de pessoas nas unidades;
Equipe especializadas para realização de laudos de exames;



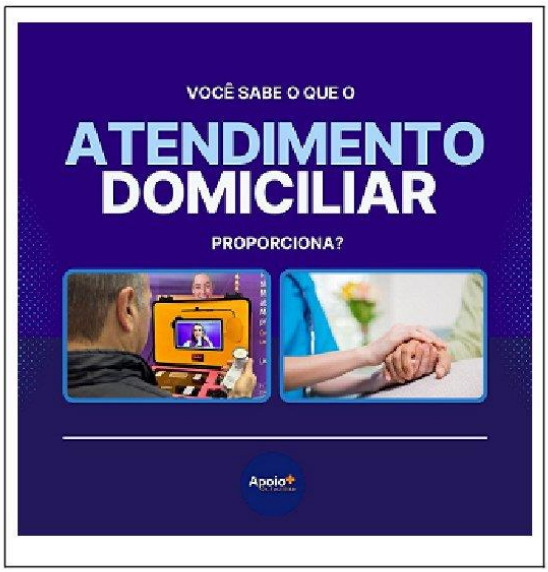
Características:

Nossa solução Dr Facillite possui equipamentos para realização de tele interconsultas em todas as unidades que forem necessárias com uma tecnologia

SB GESTÃO EM SAÚDE
CNPJ 50.703.501/0001-02

avançada, equipe experiente, gerando diversos benefícios à população e aos Municípios/ Estados.

Tele Interconsultas Serviço de atendimento médico imediato para atendimento às pessoas , esse atendimento pode ser realizado pelo Médico Generalista e Especialidades, com o acompanhamento de um Enfermeira que auxilia os profissionais durante os atendimentos.



A Tele interconsulta permite que o médico examine clinicamente o paciente por tecnologia via bluetooth como ausculta cardíaca , pulmonar , abdominal,sinais vitais, dermatoscópio e outros.

Demais serviços:

Realizamos laudos para exames de Raio X;

SB GESTÃO EM SAÚDE
CNPJ 50.703.501/0001-02

Realização de exames de Ultrassonografias ambulatoriais e também na urgência;
Eletrocardiograma com laudo do especialista;
Eletroencefalograma com laudo do especialista;
Espirometria com laudo do especialista.

PROPOSTA:

1.000 consultas por especialidades médicas R$45.000,00
500 exames de eletrocardiograma laudado por especialista R$12.500,00
500 exames de eletroencefalograma laudado por especialista R$25.000,00
300 exames na urgência de ultrassonografia R$19.500,00
1000 exames de ultrassonografia em caráter eletivos R$65.000,00
300 espirometría laudado por especialista R$18.000,00
300 assessoria e interação por médicos e especialista para discussão de casos na unidade de pronto socorro R$13.500,00
600 laudos de exames de raio X laudados em até 03 horas R$9.000,00
1000 laudos de raio X laudados em caráter ambulatorial R$15.000

Atenciosamente,

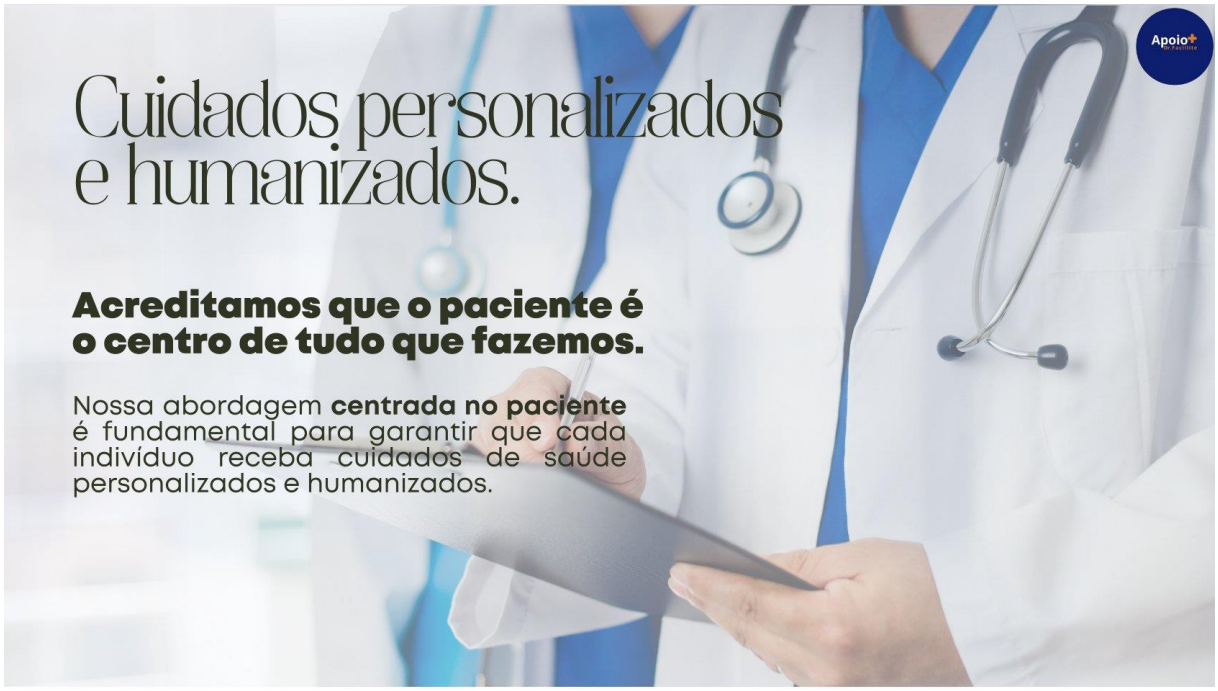
Dr. Marcos Barros
(11)94081-9455

São Paulo, 29 de maio de 2025.

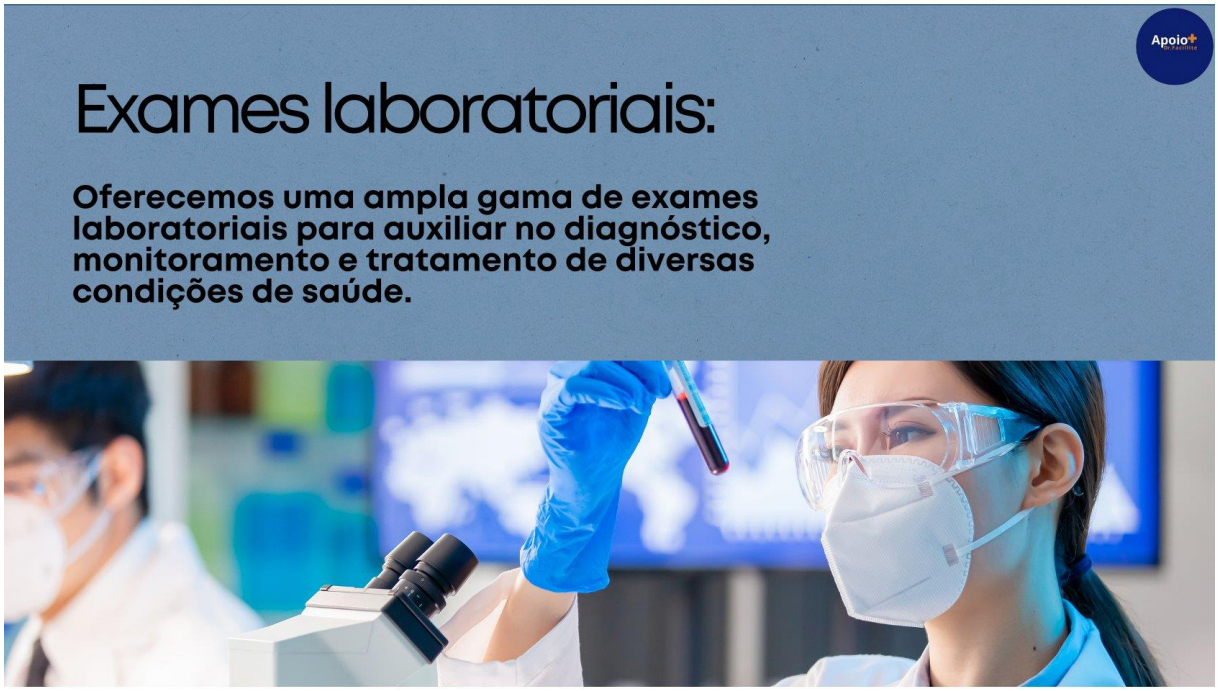
SB GESTÃO EM SAÚDE
CNPJ 50.703.501/0001-02

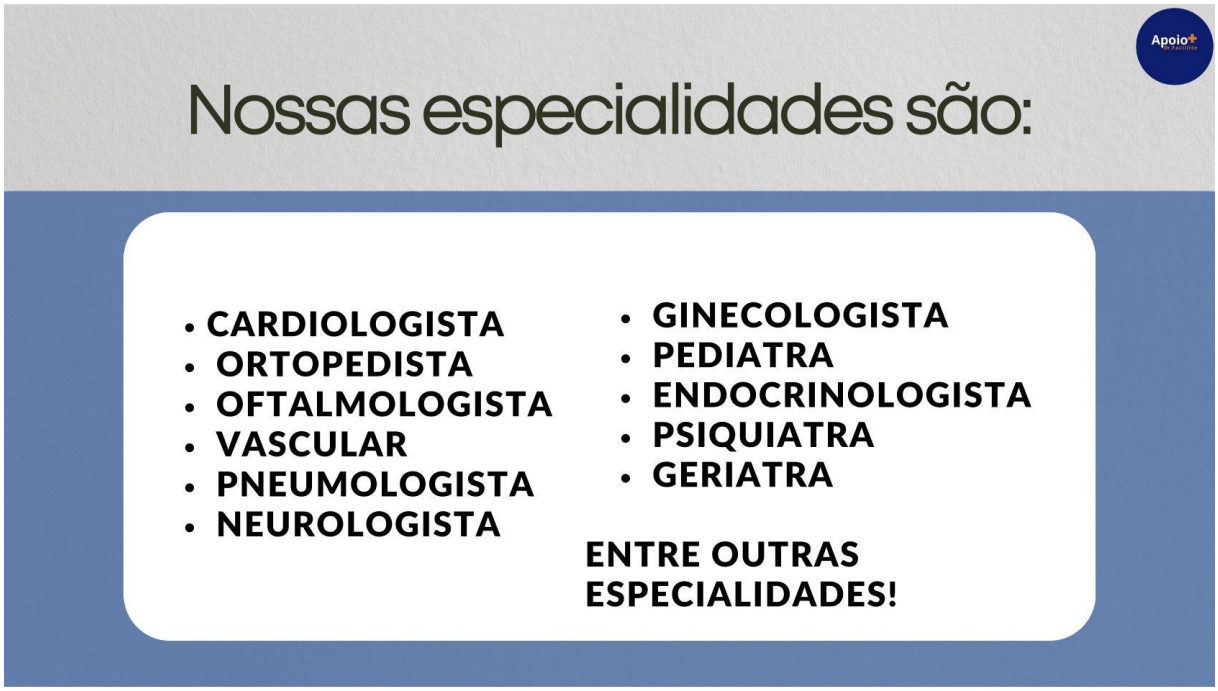
ANEXO 49 - SAÚDE DA MINHA FAMÍLIA

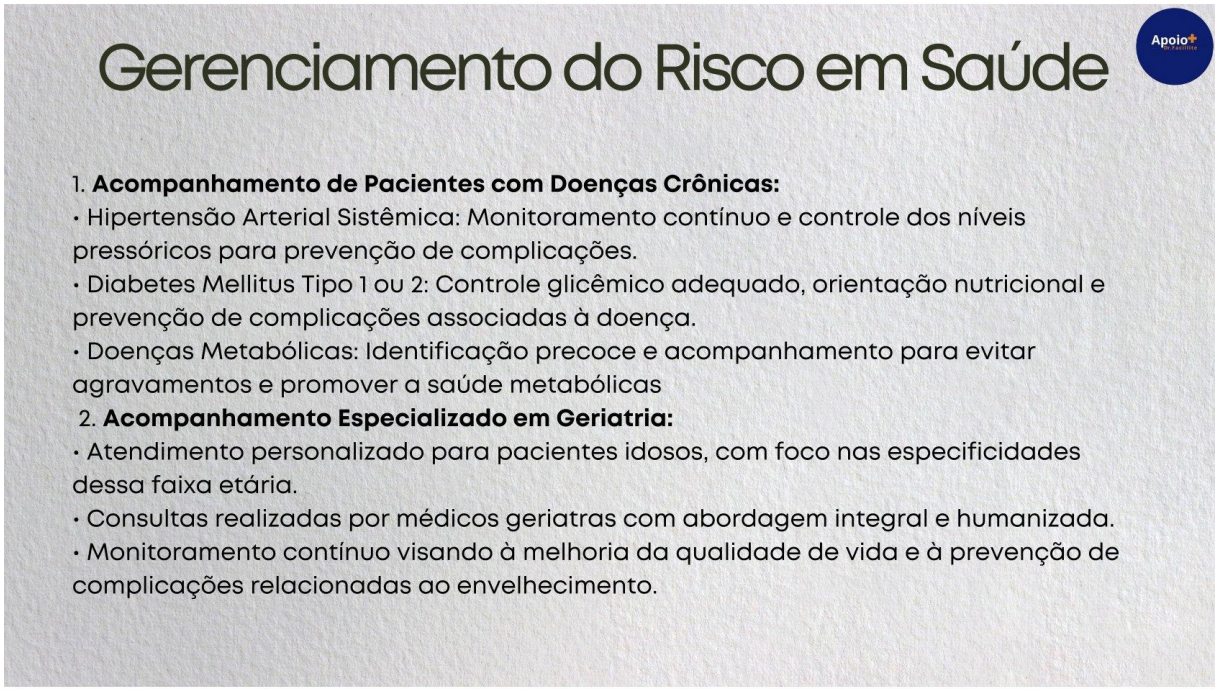

Apoio+
Saúde da
Minha Família
Dr. Facillite.


Cuidados personalizados e humanizados.
Acreditamos que o paciente é o centro de tudo que fazemos.
Nossa abordagem centrada no paciente é fundamental para garantir que cada indivíduo receba cuidados de saúde personalizados e humanizados.


Atendimento Domiciliar:
· Conforto e comodidade: O atendimento médico domiciliar permite que os pacientes recebam cuidados no conforto de suas casas, eliminando a necessidade de deslocamentos.
· Assistência personalizada: Oferece um cuidado individualizado, adaptado às necessidades específicas de cada paciente, garantindo maior eficácia nos tratamentos.
· Humanização do cuidado: Promove uma relação mais próxima entre o profissional de saúde, o paciente e sua família, fortalecendo a confiança e o bem-estar emocional.
· Indicado para casos específicos: É especialmente benéfico para pacientes com mobilidade reduzida, doenças crônicas ou em recuperação pós-hospitalar.
· Qualidade do atendimento: Une a alta qualificação dos profissionais à atenção dedicada, contribuindo para uma melhoria significativa na qualidade de vida do paciente.


Exames laboratoriais:
Oferecemos uma ampla gama de exames laboratoriais para auxiliar no diagnóstico, monitoramento e tratamento de diversas condições de saúde.


Nossas especialidades são:
• CARDIOLOGISTA
• ORTOPEDISTA
• OFTALMOLOGISTA
• VASCULAR
• PNEUMOLOGISTA
• NEUROLOGISTA
• GINECOLOGISTA
• PEDIATRA
• ENDOCRINOLOGISTA
• PSIQUIATRA
• GERIATRA
ENTRE OUTRAS ESPECIALIDADES!

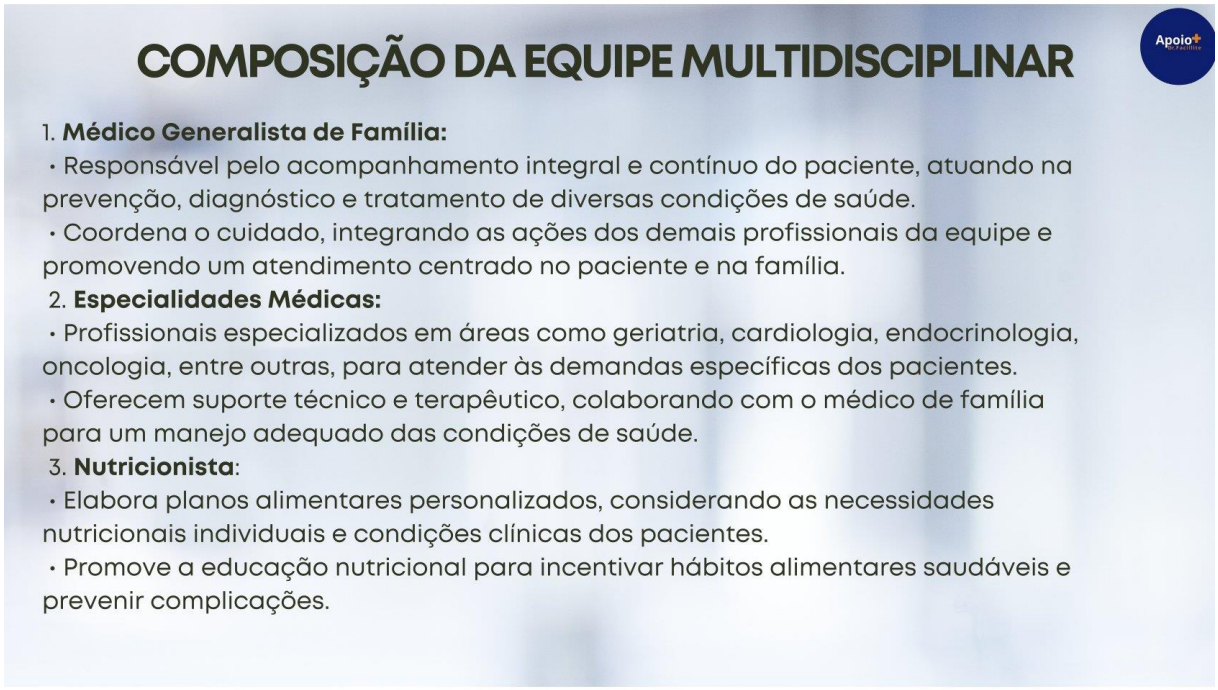

Gerenciamento do Risco em Saúde
1. Acompanhamento de Pacientes com Doenças Crônicas:
• Hipertensão Arterial Sistêmica: Monitoramento contínuo e controle dos níveis pressóricos para prevenção de complicações.
• Diabetes Mellitus Tipo 1 ou 2: Controle glicêmico adequado, orientação nutricional e prevenção de complicações associadas à doença.
• Doenças Metabólicas: Identificação precoce e acompanhamento para evitar agravamentos e promover a saúde metabólicas
2. Acompanhamento Especializado em Geriatria:
• Atendimento personalizado para pacientes idosos, com foco nas especificidades dessa faixa etária.
• Consultas realizadas por médicos geriatras com abordagem integral e humanizada.
• Monitoramento contínuo visando à melhoria da qualidade de vida e à prevenção de complicações relacionadas ao envelhecimento.

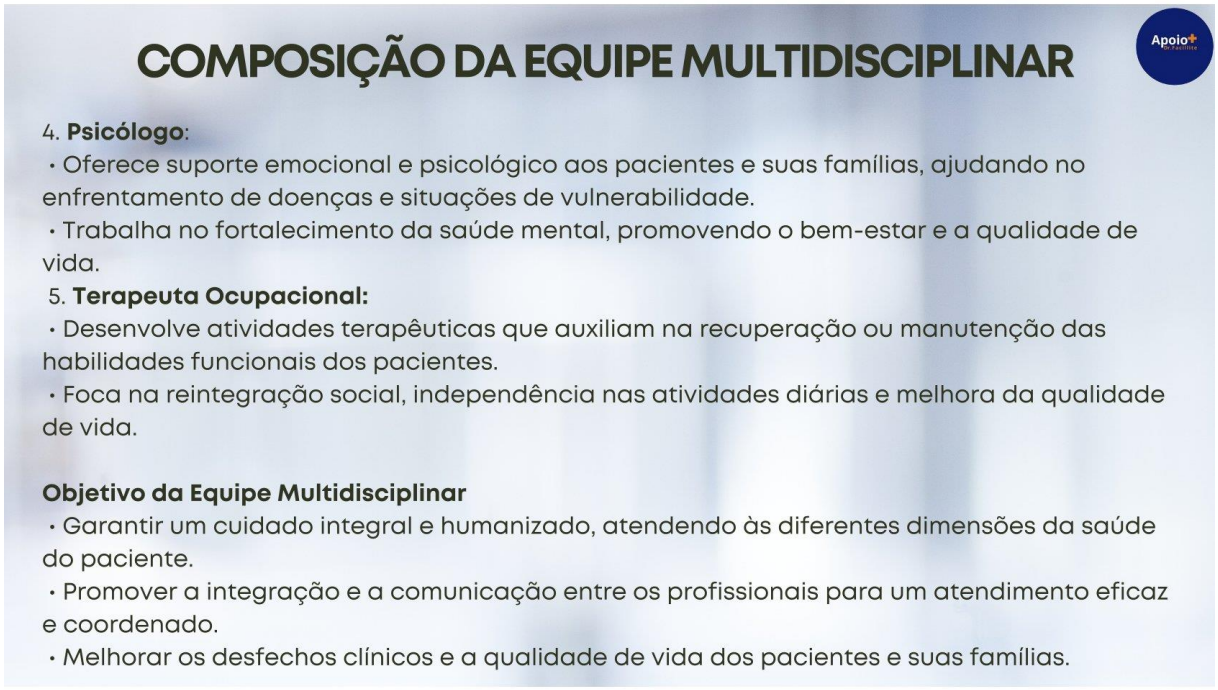
Gerenciamento do Risco em Saúde

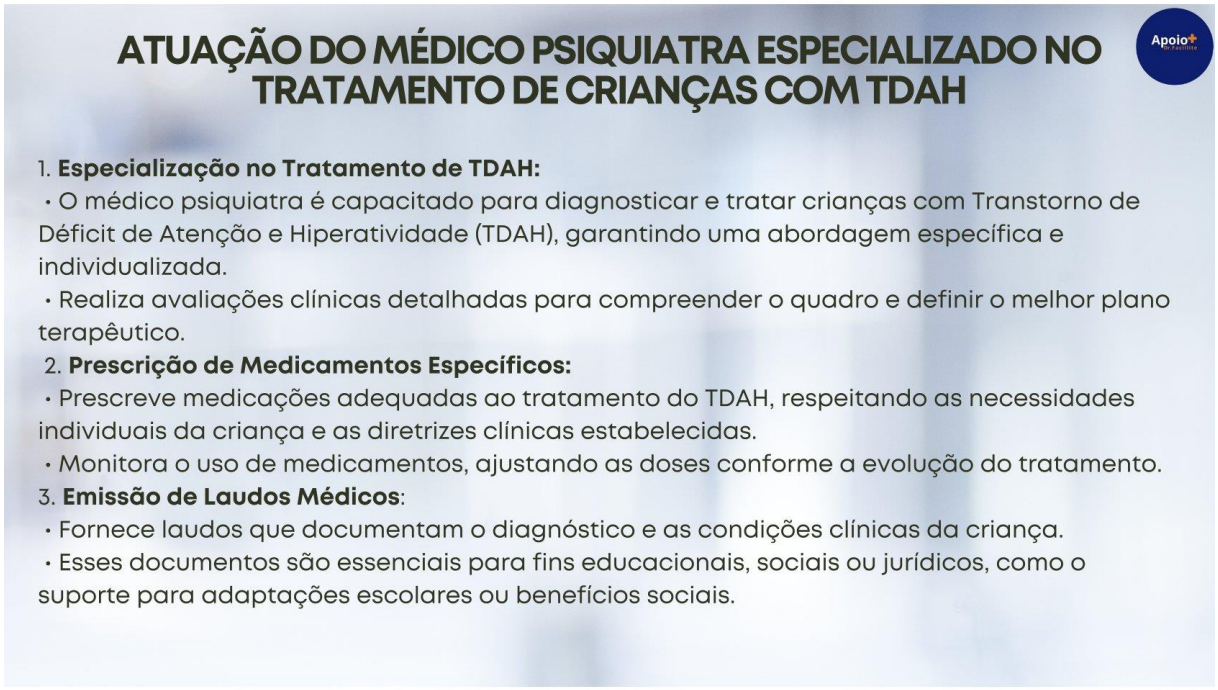
3. **Modalidades de Atendimento:**
• Consultas e Acompanhamento Domiciliar: Atendimento realizado na residência do paciente para maior conforto e acessibilidade.
• Ambulatório de Especialidades Médicas: Atendimento ambulatorial com foco em primeira e segunda opinião médica, integrando as decisões com o médico da família para um cuidado coordenado.
4. **Redução da Sobrecarga em Serviços de Urgência:**
• Diminuição da procura de pacientes crônicos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e prontos-socorros.
• Promoção de um acompanhamento preventivo e monitoramento contínuo, evitando descompensações e internações desnecessárias.
5. **Melhoria da Qualidade de Vida:**
• Garantia de um cuidado contínuo e individualizado para pacientes em acompanhamento.
• Monitoramento e gestão de riscos que proporcionem maior segurança e bem-estar.

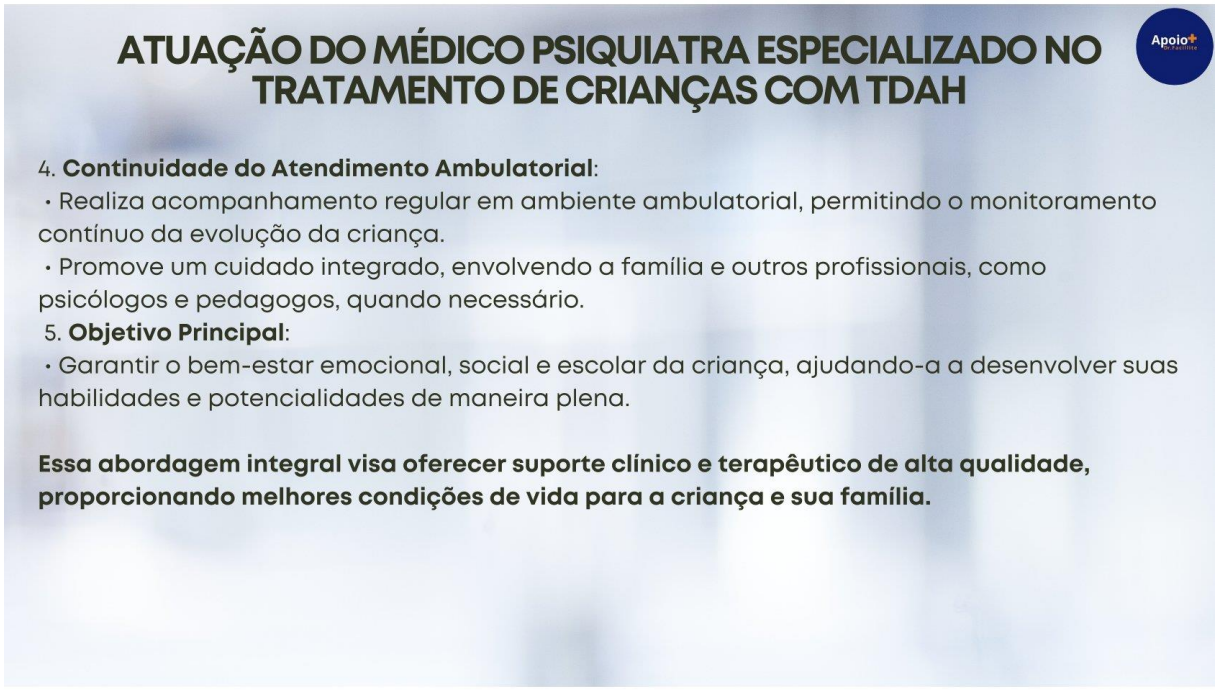
Encaminhamento para Especialidades

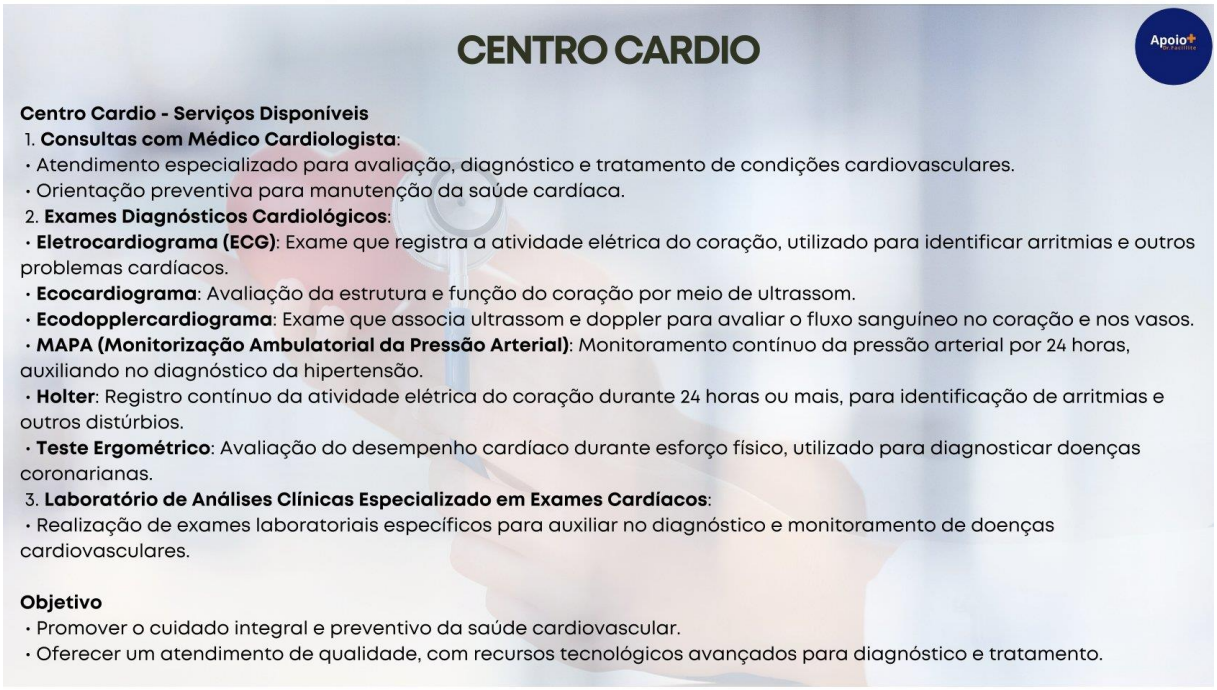
1. **Oncologia**:
• Direcionamento de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de câncer para acompanhamento especializado.
• Garantia de acesso a tratamentos oncológicos, incluindo quimioterapia, radioterapia e cirurgias oncológicas, conforme necessidade individual.
• Monitoramento contínuo durante o tratamento e seguimento pós-terapêutico.
2. **Cirurgia Geral**:
• Encaminhamento para avaliação e realização de procedimentos cirúrgicos, quando indicado, em casos de doenças que exijam intervenção cirúrgica.
• Acompanhamento pré e pós-operatório, em conjunto com o cirurgião responsável, para garantir a recuperação adequada do paciente.
3. **Monitoramento de Pacientes com Doenças Crônicas:**
• Encaminhamento a especialistas quando necessário, para garantir o manejo ideal de condições como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e doenças metabólicas.
• Integração entre os profissionais da atenção básica e os especialistas, promovendo um cuidado coordenado e contínuo.
• Realização de consultas regulares para prevenir complicações e melhorar os desfechos clínicos.
4. **Emissão de Relatórios Multidisciplinares a Cada 180 Dias**

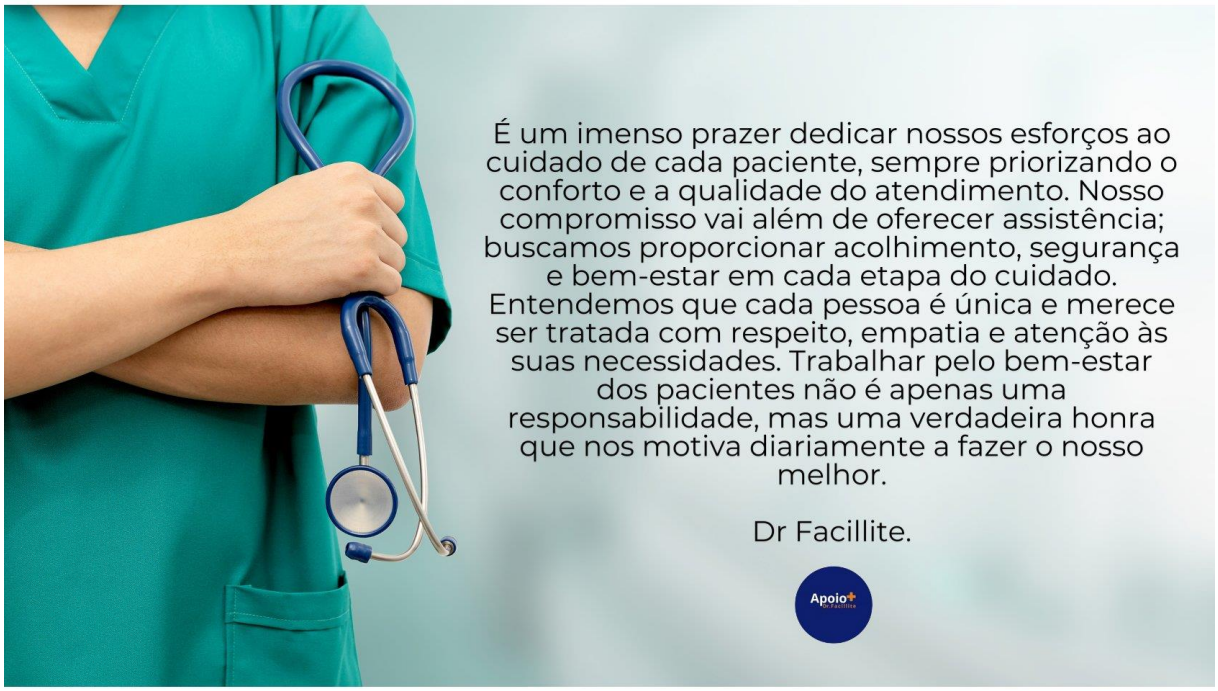

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
1. Médico Generalista de Família:
• Responsável pelo acompanhamento integral e contínuo do paciente, atuando na prevenção, diagnóstico e tratamento de diversas condições de saúde.
• Coordena o cuidado, integrando as ações dos demais profissionais da equipe e promovendo um atendimento centrado no paciente e na família.
2. Especialidades Médicas:
• Profissionais especializados em áreas como geriatria, cardiologia, endocrinologia, oncologia, entre outras, para atender às demandas específicas dos pacientes.
• Oferecem suporte técnico e terapêutico, colaborando com o médico de família para um manejo adequado das condições de saúde.
3. Nutricionista:
• Elabora planos alimentares personalizados, considerando as necessidades nutricionais individuais e condições clínicas dos pacientes.
• Promove a educação nutricional para incentivar hábitos alimentares saudáveis e prevenir complicações.


COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
4. Psicólogo:
• Oferece suporte emocional e psicológico aos pacientes e suas famílias, ajudando no enfrentamento de doenças e situações de vulnerabilidade.
• Trabalha no fortalecimento da saúde mental, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.
5. Terapeuta Ocupacional:
• Desenvolve atividades terapêuticas que auxiliam na recuperação ou manutenção das habilidades funcionais dos pacientes.
• Foca na reintegração social, independência nas atividades diárias e melhora da qualidade de vida.
Objetivo da Equipe Multidisciplinar
• Garantir um cuidado integral e humanizado, atendendo às diferentes dimensões da saúde do paciente.
• Promover a integração e a comunicação entre os profissionais para um atendimento eficaz e coordenado.
• Melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.


ATUAÇÃO DO MÉDICO PSIQUIATRA ESPECIALIZADO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TDAH
1. Especialização no Tratamento de TDAH:
• O médico psiquiatra é capacitado para diagnosticar e tratar crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), garantindo uma abordagem específica e individualizada.
• Realiza avaliações clínicas detalhadas para compreender o quadro e definir o melhor plano terapêutico.
2. Prescrição de Medicamentos Específicos:
• Prescreve medicações adequadas ao tratamento do TDAH, respeitando as necessidades individuais da criança e as diretrizes clínicas estabelecidas.
• Monitora o uso de medicamentos, ajustando as doses conforme a evolução do tratamento.
3. Emissão de Laudos Médicos:
• Fornece laudos que documentam o diagnóstico e as condições clínicas da criança.
• Esses documentos são essenciais para fins educacionais, sociais ou jurídicos, como o suporte para adaptações escolares ou benefícios sociais.


ATUAÇÃO DO MÉDICO PSIQUIATRA ESPECIALIZADO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TDAH
4. Continuidade do Atendimento Ambulatorial:
• Realiza acompanhamento regular em ambiente ambulatorial, permitindo o monitoramento contínuo da evolução da criança.
• Promove um cuidado integrado, envolvendo a família e outros profissionais, como psicólogos e pedagogos, quando necessário.
5. Objetivo Principal:
• Garantir o bem-estar emocional, social e escolar da criança, ajudando-a a desenvolver suas habilidades e potencialidades de maneira plena.
Essa abordagem integral visa oferecer suporte clínico e terapêutico de alta qualidade, proporcionando melhores condições de vida para a criança e sua família.


CENTRO CARDIO
Apoio+
Centro Cardio - Serviços Disponíveis
1. Consultas com Médico Cardiologista:
• Atendimento especializado para avaliação, diagnóstico e tratamento de condições cardiovasculares.
• Orientação preventiva para manutenção da saúde cardíaca.
2. Exames Diagnósticos Cardiológicos:
• Eletrocardiograma (ECG): Exame que registra a atividade elétrica do coração, utilizado para identificar arritmias e outros problemas cardíacos.
• Ecocardiograma: Avaliação da estrutura e função do coração por meio de ultrassom.
• Ecodopplercardiograma: Exame que associa ultrassom e doppler para avaliar o fluxo sanguíneo no coração e nos vasos.
• MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial): Monitoramento contínuo da pressão arterial por 24 horas, auxiliando no diagnóstico da hipertensão.
• Holter: Registro contínuo da atividade elétrica do coração durante 24 horas ou mais, para identificação de arritmias e outros distúrbios.
• Teste Ergométrico: Avaliação do desempenho cardíaco durante esforço físico, utilizado para diagnosticar doenças coronarianas.
3. Laboratório de Análises Clínicas Especializado em Exames Cardíacos:
• Realização de exames laboratoriais específicos para auxiliar no diagnóstico e monitoramento de doenças cardiovasculares.
Objetivo
• Promover o cuidado integral e preventivo da saúde cardiovascular.
• Oferecer um atendimento de qualidade, com recursos tecnológicos avançados para diagnóstico e tratamento.


É um imenso prazer dedicar nossos esforços ao cuidado de cada paciente, sempre priorizando o conforto e a qualidade do atendimento. Nosso compromisso vai além de oferecer assistência; buscamos proporcionar acolhimento, segurança e bem-estar em cada etapa do cuidado. Entendemos que cada pessoa é única e merece ser tratada com respeito, empatia e atenção às suas necessidades. Trabalhar pelo bem-estar dos pacientes não é apenas uma responsabilidade, mas uma verdadeira honra que nos motiva diariamente a fazer o nosso melhor.
Dr Facillite.
Apoio

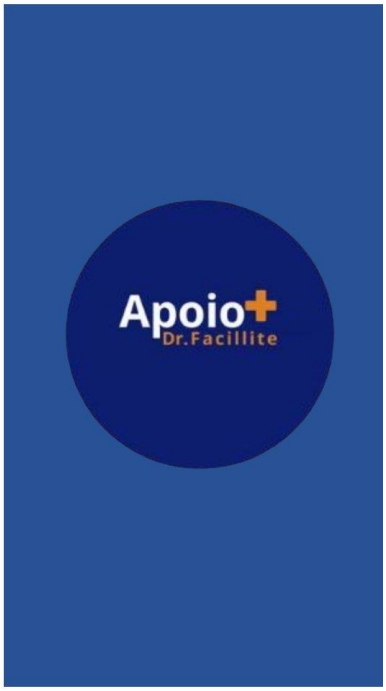
Redes sociais:

@drfacillite

www.drfacillite.com.br

drfacillite.atendimento@gmail.com

(11) 9 1844-8091



ANEXO 50 - PROJETO TELEMEDICINA E TELESAÚDE UPA NEÓPOLIS

1, INTRODUÇÃO

Pelo contexto histórico da regulamentação da Telessaúde e Telemedicina pelas políticas de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) é possível perceber que a prática não é novidade para o setor da saúde e que a tecnologia sempre foi uma aliada dos profissionais de saúde e pacientes no tratamento das mais diversas doenças. Telessaúde pode ser definida como a prestação de serviços de saúde por profissionais da área, com utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para o intercâmbio de informações de saúde, possibilitando o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças e lesões, facilitando a pesquisa, a avalição do cuidado, a educação continuada dos profissionais de saúde, visando a promoção da saúde dos indivíduos, facilitando o acesso a serviços de saúde em regiões distantes e de difícil acesso a profissionais médicos com especialidades.

Considerando o aumento da longevidade e a alta morbimortalidade provocada por doenças crônicas e seu impacto principalmente na população mais vulnerável, torna-se premente respostas ágeis e eficientes do sistema de saúde, atuando em todas as esferas desde o início do processo do cuidado pelas APS até a alta complexidade e a gestão dos serviços e sistemas de saúde, proporcionando universalidade, integralidade e continuidade do cuidado, coordenado e centrado no paciente.

Ao ser reconhecida como porta de entrada preferencial do SUS pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Primária em Saúde (APS) adquire um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção à saúde, servindo como base para o seu ordenamento, garantia da integralidade e longitudinalidade nos serviços

ofertados no SUS. Portanto, dispor de capacidade clínica e de cuidado, com incorporação de tecnologias que a integrem com os demais pontos da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), garantindo o acesso, a qualidade do serviço, o fluxo da informação para interação entre os profissionais de saúde, pacientes e gestores, e a sustentabilidade econômico-financeira, são de fundamental importância no processo. A Telessaúde é uma ferramenta de interação e de integração que permite a incorporação de diversos mecanismos de regulação e coordenação do cuidado em saúde, e de grande importância na consolidação de Redes de Atenção à Saúde.

Nesse contexto, e com o desejo de ampliar esses serviços para as Redes de Saúde Pública e Privada Especializada, Redes Hospitalares, Materna e de Urgência e Emergência, Surge e SB Gestão em Saúde. Somos uma empresa especializada em gestão de saúde, com anos de experiência em fornecer soluções inovadoras e eficazes para instituições de saúde. Nossa missão é melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aumentar a eficiência dos processos, garantindo a satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde.

Nesse novo modelo de organização da garantia do acesso à atenção ambulatorial, às lógicas e conceitos vinculados a regulação clássica de acesso são acrescentados conceitos de acesso direto e manejo assistencial por meio do estabelecimento da relação simplificada entre profissionais das Redes de Saúde, realizados por relações de referência direta e mediadas por tecnologias, dentre elas a Telessaúde, a SD Gestão em Saúde oferece entre os principais preceitos da Telessaúde em vários serviços de Saúde Pública e Privada, em todo o Brasil:

a) Preocupação com a segurança e privacidade das informações, pelas diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD, Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018);
b) Agilidade no acesso a consultas/procedimentos especializados trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera;
c) Qualificação do atendimento com utilização de protocolos de encaminhamento e

a discussão de casos clínicos entre os profissionais da APS e especialistas (opinião formativa) servindo como ferramenta de gestão e levando a uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade em todos os serviços das Redes de Saúde;

d) Possibilidade do acesso ao histórico de saúde e exames do paciente pelo profissional nas teleconsultas (visão integral da saúde);
e) Induz-se ao uso racional dos recursos em saúde; e
f) Previne deslocamentos desnecessários e reduz custos com transporte sanitário de pacientes com difício acesso.

2. OBJETIVO

O objetivo deste instrumento ofertado de SD Gestão em Saúde é orientar os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde, acerca de contrato firmado com o Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP, na gestão da da Unidade de Pronto Atendimento 24h – UPA Neópolis, na implementação de Teleatendimentos para consultas médicas especializadas, exames e procedimentos eletivos, visando ampliar a cobertura assistencial e a resolutividade da da demandas que necessitarem de atendimentos especializados, como diagnósticos complementares, na UPA 24h Neópolis, para suprir as necessidades da população neopolense.

3. CONCEITOS

O termo Telessaúde se aplica ao uso das Tecnologias da Informação e Telecomunicações (TICs) para atividades a distância relacionada à saúde, sejam clínicos, administrativos e educacionais em saúde, por profissionais de saúde, respeitadas suas competências legais. Segundo a OMS, quatro elementos são pertinentes à telemedicina/telessaúde:

3.1. Tem como finalidade prestar suporte clínico;

3.2. Pretende-se superar barreiras geográficas, conectando usuários que não estão no mesmo local físico;

3.3. Envolve a utilização de vários tipos de TICs;

3.4. Os seus objetivos são melhorar os resultados em termos de saúde.

O Conselho Federal de Medicina - CFM na Resolução nº 2.314/2022 considera que que o termo Telessaúde é amplo e abrange outros profissionais da saúde, enquanto Telemedicina é específico para a medicina e se refere a atos e procedimentos realizados ou sob responsabilidade de médicos. Admite para a Telemedicina as seguintes modalidades de teleatendimentos médicos:

a) Teleconsulta;
b) Teleinterconsulta;
c) Telediagnóstico;
d) Telecirurgia;
e) Telemonitoramento ou televigilância;
f) Teletriagem;
g) Teleconsultoria.

Para o Ministério da Saúde – MS a Telessaúde pode ser tão abrangente quanto as necessidades em saúde, podendo envolver várias atividades como consultas em especialidades médica e afins, serviços diagnósticos, monitoramentos em saúde, reabilitação, educação em saúde, todas com importância impar nas necessidades assistenciais e organizacionais do SUS.

O MS define nomenclatura para as ações de Telessaúde:

3.4.1. Teleconsulta: é a realização de consulta médica (ou por outro profissional de saúde) a distância por meio de tecnologia de informação e comunicação, ou seja, interação a distância entre profissional de saúde e paciente.

3.4.2. Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

a) Síncrona, realizada em tempo real, geralmente por web, videoconferência ou telefone; ou

b) Assíncrona, realizada por meio de mensagens off-line. Nesse cenário podem ser incluídas atividades de telementoria, como em cirurgias.

3.4.3. Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográficas e temporais, incluindo diversos subtipos como Telerradiologia, Teleeletrocardiograma, Tele-eletroencefalograma, Tele-espirometria, Telepatologia e outros, geralmente de forma assíncrona;.

3.4.4. Telecirurgia: realização, a distância, de cirurgia (ou procedimento) por um cirurgião, por meio de um sistema robótico; conhecida como cirurgia remota;

3.4.5. Telemonitoramento: monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes por meio de TICs, incluindo a coleta de dados clínicos do paciente, sua transmissão, processamento e manejo, realizado por um profissional de saúde por meio de um sistema eletrônico;

3.4.6. Teleducação: conferências, aulas, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação, ou disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde ministrados a distância por meio de TICs;

3.4.7. Segunda Opinião Formativa (SOF): resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas, e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes dos serviços de saúde.

4 ASPECTOS NORMATIVOS

O CFM na sua Resolução nº2.314/2022 apresenta seu posicionamento sobre a Telemedicina conferindo ao médico autonomia na decisão de

utilização da tecnologia (Art. 4º), e definiu a Telemedicina como o exercício da Medicina mediado por Tecnologias digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs) para fins de assistência, educação, pesquisa prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de Saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apresenta em suas recomendações publicadas na Resolução nº 689/2022 que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

A Fonoaudiologia publicou a Resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) Resolução CFFa nº 580, de 20 de agosto de 2020 que dispõe sobre a regulamentação da Telefonoaudiologia e traz modelos de fornecimento de serviço que incluem, além das formas assíncronas e síncronas, a forma híbrida (envolve a combinação dos modelos síncrono e assíncrono) e a automática (soluções que registram e transmitem os dados de saúde de um cliente automaticamente, gerando um relatório regular e permitindo alguma forma de monitoramento a distância desses dados).

A Psicologia, regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação na Resolução CFP nº 011/2018.

A LEI Nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022 que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da Telessaúde em todo o território nacional, informa no Art. 26-A que a telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá, entre outros: aos princípios de autonomia do profissional de saúde; consentimento livre e informado do paciente; direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado; assistência segura e com qualidade ao paciente; confidencialidade dos dados; estrita observância das atribuições legais de cada profissão; responsabilidade

digital. No Art. 26-G A prática da telessaúde deve seguir as seguintes determinações:

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde;

II - prestar obediência aos ditames das Leis n.º 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico).

A LEI Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural e tem como fundamentos, entre outras, o respeito à privacidade e a inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem. Dentre as atividades de tratamento de dados pessoais são exigidas: a qualidade dos dados, a segurança, o fornecimento de consentimento pelo titular.

A RESOLUÇÃO CFM Nº 2.314/2022, considera ainda:

a) É direito do paciente ou seu representante legal solicitar e receber cópia em mídia digital e/ou impressa dos dados de seu registro.
b) O médico, ao atender por Telemedicina, deve proporcionar linha de cuidados ao paciente, visando a sua segurança e a qualidade da assistência, indicando o atendimento presencial na evidência de riscos;.
c) Nos atendimentos de doenças crônicas ou doenças que requeiram acompanhamento por longo tempo deve ser realizada consulta presencial, com o médico assistente do paciente, em intervalos não superiores a 180 dias;
d) É direito, tanto do paciente quanto do médico, optar pela interrupção do atendimento à distância, assim como optar pela consulta presencial, com

respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pré-estabelecido entre o médico e o pacient;

e) No caso de emissão à distância de relatório, atestado ou prescrição médica, deverá constar obrigatoriamente em prontuário:

I. Identificação do médico, incluindo nome, CRM, endereço profissional;

II. Identificação e dados do paciente (endereço e local informado do atendimento);

III. Registro de data e hora;

IV. Assinatura com certificação digital do médico no padrão ICP-Brasil ou outro padrão legalmente aceito;

V. que foi emitido em modalidade de Telemedicina.

f) Para procedimentos em Telemedicina, deve-se considerar o que determinam as normas legais e do CFM pertinentes à guarda, ao manuseio, à integridade, à veracidade, à confidencialidade, à privacidade, à irrefutabilidade e à garantia do sigilo profissional das informações:

✓ Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014, que estabelece os princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da internet no Brasil;

✓ Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que dispõe sobre proteção de dados pessoais (LGPD);

✓ Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente;

✔ Resolução CFM nº 1.821/2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde; e

✔ Resolução CFM nº 2.299/2021, que regulamenta, disciplina e normatiza a emissão de documentos médicos eletrônicos;

h) A capacitação no uso das Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), telepropedêutica e bioética digital:

 O registro completo da consulta, com áudio, imagens e vídeo não é obrigatório nas consultas em Telemedicina;

 As informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia permissão do paciente, mediante seu consentimento livre e esclarecido e com protocolos de segurança capazes de garantir a confidencialidade e integridade das informações;

 Para atuar por Telemedicina, o médico deve possuir assinatura digital qualificada, padrão ICP-Brasil, nos termos das Leis vigentes no país (Vale citar que o CRM fornece certificado ICP-Brasil para os médicos sem custo (https://crmvirtual.cfm.org.br/BR/servico/emissao-certificado-digital---padraoicp-brasil---em-nuvem).);

 As pessoas jurídicas que prestarem serviços de telemedicina, plataformas de comunicação e arquivamento de dados deverão ter sede estabelecida em território brasileiro e estarem inscritas no Conselho Regional de Medicina do Estado onde estão sediadas, com a respectiva responsabilidade técnica de médico regularmente inscrito no mesmo Conselho.

Além das regulamentações sobre o exercício profissional nas ações de Telessaúde, são inúmeras as orientações e normativas referentes às questões metodológicas principalmente alusivos à segurança e confidencialidade dos processos de Telessaúde.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) utiliza as normas da ISO (entidade de padronização e normatização) que também versam sobre segurança e acurácia de dispositivos utilizados em ações de Telessaúde. As normas ISO são referência internacional para a gestão da segurança da informação e gestão de proteção de dados.

A ISO 13131:2021 trata sobre informática em serviços de telessaúde, apontando diretrizes de planejamento de qualidade e fornecendo processos que podem ser utilizados para analisar os riscos para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde e a continuidade dos cuidados quando os serviços de telessaúde são utilizados para apoiar atividades de saúde.

As normas ISO que versam sobre segurança são as normas 2700X. Entre as principais estão SMJ: 27001 - Requisitos para sistemas de gestão de segurança da informação e a SMJ 27701 - Orientação sobre gestão de proteção de dados.

A HIPAA (The Health Insurance Portability and Accountability Act), promulgada em 1996 nos EUA, igualmente define um padrão para proteger os dados sensíveis dos pacientes.

Há que se observar ainda o conteúdo da LEI Nº 14.133, de 1º de abril de 2021 que dispõe sobre Licitações e Contratos Administrativos, aplica-se também à prestação de serviços, inclusive os técnico-profissionais especializados e a contratações de tecnologia da informação e de comunicação.

5. OPERACIONALIZAÇÃO

Inovações tecnológicas podem provocar dificuldades na prestação de serviços em saúde, sendo necessário criar novas rotinas de fluxos e serviços. Também se faz fundamental a avaliação crítica para incorporação de novidades tecnológicas, principalmente sobre as que não possuem evidências científicas definitivas que garantam sua utilização. A escolha da solução em Telessaúde tem papel fundamental.

Nesse Contexto, A SD Gestão em Saúde apresenta dois Programas totalmente voltados aos atendimentos personalizados de Atendimentos em Saúde Digital Especializados. Já firmados com o Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP, que oferecem assistência em Saúde com excelência aos pacientes e usuários. E que aprimorarão os serviços e a

qualidade nos atendimentos da população neopolense na UPA24h de Neópolis:

a) DR. Facilite e a Tele Intercosnsulta (ANEXO I); e
b) Saúde da Minha Família (ANEXO II)

Serviços que funcionam de maneira síncrona possuem custo mais alto, pois necessitam de equipe sempre disponível no horário de funcionamento, dimensionada e preparada para momentos de maior demanda do serviço com agilidade nas respostas em um tempo considerado adequado para o usuário do serviço. Soluções em teleconsultoria são mais bem adotadas pelos profissionais de saúde quando ofertadas de maneira síncrona, enquanto que a maioria dos serviços de telediagnóstico funcionam assincronamente.

Para garantir o sucesso de qualquer estratégia de Telessaúde é fundamental a integração da oferta na rotina de trabalho das equipes de saúde. Planejar desde o início a inserção dessas ferramentas na prática assistencial é fundamental para alcançar serviços sustentáveis. Tanto na implantação quando nas atividades de monitoramento e replanejamento, é fundamental não só identificar aspectos facilitadores, mas também avaliar as barreiras à utilização das soluções em Telessaúde.

O planejamento deve envolver a prestação de serviços, o plano de negócios e o desenvolvimento da tecnologia, e acontecer posteriormente à definição das necessidades, resultando em um serviço em saúde com valor agregado.

6 CONCLUSÃO

O uso de tecnologias de informação e comunicação por meio da Telessaúde é capaz de produzir melhorias no acesso do paciente, no fluxo das informações, no desempenho dos profissionais, no rápido e oportuno diagnóstico e manejo clínico e, na qualidade dos serviços prestados.

Essa realidade tem uma tendência de evolução e pode ser uma alternativa custo-efetiva para um país cujo sistema de saúde tem dificuldades de

provimento de serviços primários e especializados de saúde. O acesso dos pacientes aos cuidados em saúde é o ganho mais evidente proporcionado, sendo o atendimento especializado (em seus diferentes níveis e complexidades) condição essencial para a incorporação de soluções em Telessaúde, aumentando principalmente o acesso aos serviços para as regiões rurais e afastadas. Porém, serviços em Telessaúde têm melhorado inclusive a relação entre profissionais de saúde ou pacientes dentro da mesma cidade.

Estudos que demonstram uma melhora da qualidade assistencial quando se utiliza a Telemedicina. Isso se dá pela facilidade com que essas ferramentas conduzem os profissionais de saúde à utilização de diretrizes, protocolos e decisões orientadas por evidências.

A integração da Telessaúde ao processo de referência e transição entre serviços assistenciais aumenta a resolutividade e a densidade tecnológica dos serviços de saúde, favorece a coordenação do cuidado, promove adesão terapêutica, diminui reinternações e estimula a prevenção quaternária, em virtude de seu papel organizativo no fluxo de informações, pessoas e insumos.

O entendimento é que nenhuma outra ferramenta tem maior potencial em melhorar os processos em saúde do que soluções em Telessaúde, e que no futuro muitas das demandas presenciais serão substituídas por interações mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação, porém, a interação presencial ainda terá importante papel na atenção à saúde das pessoas.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil, Portaria GM/MS Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil, Portaria GM/MS Nº 2.546, de 27 de Outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).

Brasil, Portaria Nº 2.073, de 31 de agosto de 2011 - Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar.

Brasil, LEI Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Brasil, LEI Nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.314, de 20 de abril de 2022.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.229/2021.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.228/2019.

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Revoga a Resolução nº 1.643/2002 e Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.

Disponível. Acesso em: 07/05/2024.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) - Resolução COFEN Nº 689/2022.

Conselho Federal de Fonoaudiologia - Resolução CFFa nº 580, de 20 de agosto de 2020.

Conselho Federal de Psicologia - Resolução Nº 11, de 11 de maio de 2018 Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP Nº 11/2012.

Fiocruz, ISO 13131:2021,

Disponível https://telessaude.fiocruz.br/2022/02/08/iso13131/ acesso em 07/05/24.

Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde, Brasília – DF, 2019. em: GREENHALGH, T. et al. Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. Journal

of Medical Internet Research, v. 19, n. 11, e367, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688245/. Acesso em 07/05/24.

ISO: Disponível em: https://www.iso.org/standard/75962.html acesso em 07/05/24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth series, v. 2). Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.

ANEXO 51 - REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Tabeliã Maiza Pimentel Sodré Freire
Escrevente Autorizada

d) Pessoa Jurídica:
- Relação de Documentos para Contratação por PJ
- CNPJ - Registro da empresa
- CRM ativo
- Comprovante de pagamento da anuidade do CRM ou Nada consta
- Conta Corrente empresarial - Conta Corrente Pessoa Jurídica
- RG,
- CPF,
- Endereço do profissional que irá executar o trabalho.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP – CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGARA
Vanuza Matos Pimental Sodré Freire
Escrevente Autorizada

ANEXOS

ANEXO I
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTRATAÇÃO

a) CLT (art. 41, CLT e Portaria MTb nº 1.121/95)
- 3 fotos 3x4;
- Carteira Profissional (CTPS);
- Cópia da Carteira de Habilitação (quando o cargo exigir);
- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia da Carteira de Reservista;
- Cópia da Carteira de Trabalho (CTPS);
- Cópia da Carteira de Vacinação (Filhos menores de 07 anos);
- Cópia da Carteira do Conselho / Ordem (Quando aplicável);
- Cópia da Certidão de Casamento (Quando aplicável);
- Cópia da Certidão de Nascimento (Filhos menores de 14 anos);
- Cópia da Declaração de frequência escolar (Filhos maiores de 7 e menores que 14 anos);
- Cópia do Comprovante de Escolaridade (2º grau/3º grau);
- Cópia do Comprovante de recolhimento de Contribuição Sindical (Quando aplicável);
- Cópia do Comprovante de residência onde conste o CEP;
- Cópia do CPF;
- Cópia PIS/PASEP (reemprego).

b) Estagiário:
- Cópia do CPF;
- Cópia da Carteira de Identidade;
- Comprovante de Matrícula;
- Comprovante de Frequência;
- Termo de compromisso de estágio.

c) Autônomo:
- Cópia de Carteira de identidade e CPF;
- Cópia do Cartão do Programa de Integração Social – PIS;
- Declaração de dependentes para fins de Imposto de Renda na fonte;
- Declaração de outros rendimentos para redução de retenção de INSS;
- Cálculo do custo do contrato de profissional autônomo, impresso a partir do sistema de cálculo de custo de contrato de profissional autônomo.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

horária semanal, não apresentar bom desempenho em suas atividades profissionais ou não cumprir as metas estabelecidas;

Art. 14 – Não é realizada a contratação de menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, assim como, menores de dezesseis anos, salvo em condição de aprendiz.

Art. 15 – O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação e pode ser aditado ou retificado a exclusivo critério da Organização Social.

Paripiranga/BA, 31 de maio de 2024

TABELIONATO DE NOTAS

CLEITON ANTONIO DE OLIVEIRA
PRESIDENTE

TABELIONATO DE NOTAS

JENNIFER NARAIANE DE SOUZA SANTOS
PRESIDENTE – CONSELHO DE ADMINSITRAÇÃO

TABELIONATO DE NOTAS COM FUNCOES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA B
Rua Fernando dias Lima sn - 48430-000 - Paripiranga-BA
Telefone (75)9 9954-8781 - Edivaldo Ribeiro Freire - TABELIAO

Reconheco por SEMELHANCA 0002 firma(s) de CLEITON ANTONIO DE OLIVEIRA (17679) JENNIFER NARAIANE DE SOUZA SANTOS (26292)
Emol: R$ 6,6 Taxa: R$ 7,2 Total: R$13,20
Em testemunho ( ) da verdade
ADILSON FRANKLIM ALMEIDA SANTANA - ESCREVENTE
Paripiranga-BA 13/06/2024
Selo(s): 2171 AB 228911-9 2171 AB 228915-1
Consulte www.tjba.jus.br/autenticidade

Adilson Franklin A. Santana
Delegatário Substituto

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA-BA
Escrevente Autorizada

EMPRESA QUE APOIA O GACC

Parágrafo Único: A critério do INASP e consoante a especificidade dos cargos a serem selecionados, as etapas anteriores poderão ser ampliadas ou reduzidas, para melhor adequação ao processo seletivo desses profissionais.

Art. 9º – Durante o período de experiência serão submetidos à análise de desempenho de suas funções devendo ser considerada a eficiência nos serviços, a urbanidade, a relação com os demais colaboradores e sua adequação ao cargo.

Título IV – Da Contratação

Art. 10 – O INASP decidirá de acordo com as necessidades de cada caso qual será a forma dos contratos de trabalho, seja por prazo determinado, indeterminado, intermitente, além de outras previstas na legislação em vigor ou que venham a ser acrescentadas ou modificadas no decorrer das relações contratuais.

Art. 11 – As formas de contratação são:

I. CLT: atender à Lei Nº. 5452/43;

II. Estagiário: atender à Lei Nº. 11.788/08;

III. Autônomo: atender à Lei Nº Lei Nº 13.467/17;

IV. Pessoa Jurídica: atender à Lei Nº 4.503/64.

CAPÍTULO III – DOS CARGOS E SALÁRIOS

Art. 12 – A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as normas técnicas aplicáveis e a legislação trabalhista vigente, de tal sorte a assegurar remunerações compatíveis com as atividades exercidas pelos profissionais, pela competitividade do mercado e por outras variáveis que impactarem as dimensões econômicas, administrativas e jurídicas, dentre outras.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 13 – Terá seu contrato de trabalho extinto o empregado que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares, não cumprir a jornada de trabalho, carga

EMPRESA QUE APOIA O GACC

IV – ao Departamento de Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

Título II – Das Inscrições

Art. 5º – A abertura e fechamento de vagas é uma decisão da equipe administrativa do INASP, bem como a especificação do perfil de cada vaga, que será amplamente divulgada nos diversos meios, tais como: Redes Sociais ou agências de emprego quando for o caso.

Art. 6º – Os candidatos interessados em participar de processos seletivos conduzidos pelo INASP, deverão observar os critérios e requisitos ora fixados neste Regulamento.

Art. 7º – Os candidatos poderão inscrever-se:

I. Encaminhando o Currículo por meio do e-mail: curriculo@inasp.org.br

II. Entregando pessoalmente o Currículo na Sede do INASP ou em algum dos seus escritórios regionais, respeitando o horário de funcionamento.

Título III – Do Processo De Avaliação E Seleção De Pessoal

Art. 8º – O Processo de avaliação e seleção de pessoal será dividido nas seguintes etapas:

I. Etapa I – Análise do Currículo frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação.
II. Etapa II – A avaliação dos candidatos convocados na Etapa I será realizada, mediante pertinência técnica e juízo de conveniência do avaliador, conforme o procedimento seguinte:
    a) Avaliação: entrevistas, aplicação de testes ou dinâmicas de grupo.
III. Etapa III – Preencherão as vagas disponíveis os candidatos aprovados no processo de avaliação utilizado na Etapa II, a critério do INASP.
    a) O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação requerida, sob pena de perder a vaga.
IV. Etapa IV – O candidato é convocado para realizar período de experiência.
V. Etapa V – Após Etapa IV, o candidato será classificado pelos Gerentes e Coordenadores como APTO ou INAPTO para a vaga.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

EMPRESA QUE APOIA O GACC

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Art. 1º – O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para o recrutamento, seleção, contratação e avaliação de desempenho de profissionais, bem como fixação de diretrizes para o estabelecimento de normas para plano de cargos e salários.

Art. 2º – Todas as normas aplicáveis ao recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal para integrarem os quadros do INASP reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e competência de profissionais, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

Art. 3º – Todo o processo de recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal de que trata este regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização das instâncias pertinentes.

CAPÍTULO II – DO PROCESSO SELETIVO

Título I – Competências

Art. 4º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - aos Diretores, solicitar e/ou aprovar requisição de pessoal;

II - aos Gerentes e Coordenadores:

a) realizar solicitação de requisição de pessoal;

b) analisar os resultados dos candidatos e definir o mais adequado ao perfil solicitado;

III - à área Recursos Humanos:

a) conduzir os processos de avaliação referentes a seleção, promoção ou movimentação de pessoal;

b) orientar e monitorar os empregados quanto às políticas de gestão de pessoas;

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA

EMPRESA QUE APOIA O GACC

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO 3
CAPÍTULO II – DO PROCESSO SELETIVO 3
TÍTULO I – COMPETÊNCIAS 3
TÍTULO II – DAS INSCRIÇÕES 4
TÍTULO III – DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE PESSOAL 4
TÍTULO IV – DA CONTRATAÇÃO 5
CAPÍTULO III – DOS CARGOS E SALÁRIOS 5
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS 5
ANEXOS 7

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP – CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Estrevento Autorizada



INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO
EMPRESA QUE APOIA O
GACC
SERGIPE

EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Vanuza Maria Pimentel Sodré Freire
Escrevente Autorizada

ANEXO II

QUADRO GERAL DOS CARGOS

CARGO	NÍVEL	HABILIDADES E FUNÇÕES GERAIS
ASSISTENTE	I	Auxiliar e presta assistência nos setores.
		Realiza atividades automáticas e manuais.
		Executa ordens e orientações do superior, e requer multidisciplinaridade
		Exige conhecimento básico em pacote Office, planilhas eletrônicas e outras competências em tecnologia.
GERENTE	II	Gerencia equipe de até 5 colaboradores.
		Faz menos trabalhos automáticos e manuais.
		Gerencia pessoas.
		Gerencia e soluciona conflitos da equipe
		Exige conhecimento geral do setor e habilidades de liderança e gerenciamento.
DIRETOR	III	Gerencia equipes de mais de 5 colaboradores.
		Não realiza quase nenhum trabalho automático e manual.
		Gerencia processos.
		Gerencia e soluciona problemas macros (que envolve todo o setor ou questões externas).
		Exige conhecimento geral dos setores e Instituto, além de habilidades de liderança e tomada de decisão.

ANEXO 52- REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULO E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Vanuza Mattos Pimentel Sodré Freire
Escrevente Autorizada

4. ( ) Termo/Contrato:
Selecionar o Centro de Custos fim da aquisição. Caso seja opção 2 ou 3, especificar, cidade e estado. Caso seja a opção 4, especificar Termo de Colaboração/Contrato. cidade e estado.

V – Descrição dos Bens/Serviços

V – Valor E Forma De Pagamento
Valor/Preço:
Forma de Pagamento:
( ) Á Vista
( ) Parcelado. Quantidade de Parcelas:

Data: _____/_____/_____

Entregue por: Recebido por:

_____ _____

Setor de Logística Setor Financeiro

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

EMPRESA QUE APOIA O GACC

ANEXO II

ORDEM DE COMPRA – PESSOA JURÍDICA

I – Dados do Tomador	
Razão Social: Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP	
Endereço: Largo 02 de Julho, 175	**Bairro:** Centro
Cidade/Estado: Paripiranga/BA	**CEP:** 48430-000
CNPJ: 29.099.982/0001-00	
Telefone/Celular: (75) 99816-5004	**E-mail:** comunicacao@inasp.org.br

II – Dados Cadastrais (será exigida documentação comprobatória)	
Razão Social:	
Nome Fantasia:	
Endereço:	**Bairro:**
Cidade/Estado:	**CEP:**
CNPJ:	**Telefone/Celular:**

III – Dados Bancários (será exigida documentação comprobatória)	
Nome do Banco:	**Nº do Banco:**
Nome da Agência:	**Nº da Agência:**
Nº da Conta:	
Tipo de Conta: ( ) Corrente ( ) Poupança	

IV – Centro de Custos
1. ( ) Sede
2. ( ) Filial:
3. ( ) Escritório:

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

EMPRESA QUE APOIA O GACC

2. ( ) Filial:
3. ( ) Escritório:
4. ( ) Termo/Contrato:
Selecionar o Centro de Custos fim da aquisição. Caso seja opção 2 ou 3, especificar, cidade e estado. Caso seja a opção 4, especificar Termo de Colaboração/Contrato. cidade e estado.

V – Descrição dos Bens/Serviços

V – Valor E Forma De Pagamento
Valor/Preço:
Forma de Pagamento:
( ) Á Vista
( ) Parcelado. Quantidade de Parcelas:

Data: _____/_____/_____

Entregue por: Recebido por:

_____ _____

Setor de Logística Setor Financeiro

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS

ANEXOS

ANEXO I
ORDEM DE COMPRA – PESSOA FÍSICA

I – Dados do Tomador	
Razão Social: Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP	
Endereço: Largo 02 de Julho, 175	**Bairro:** Centro
Cidade/Estado: Paripiranga/BA	**CEP:** 48430-000
CNPJ: 29.099.982/0001-00	
Telefone/Celular: (75) 99816-5004	**E-mail:** comunicacao@inasp.org.br

II – Dados Cadastrais (será exigida documentação comprobatória)	
Nome:	
Endereço:	**Bairro:**
Cidade/Estado:	**CEP:**
CPF:	**RG:**
NASCIMENTO:	**Telefone/Celular:**

III – Dados Bancários (será exigida documentação comprobatória)	
Nome do Banco:	**Nº do Banco:**
Nome da Agência:	**Nº da Agência:**
Nº da Conta:	
Tipo de Conta: ( ) Corrente ( ) Poupança	

IV – Centro de Custos
1. ( ) Sede

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Vanuza Matos Pimentel Bedford Freire
Escrevente Autorizada

V – equipamentos e insumos de informática

VI – material de escritório

VII – locação de veículo

VIII – clínica para realização de exames médicos

IX – manutenção de TI

Art. 23 – Aplicam-se aos fornecedores cadastrados, no que couberem, todas as regras estabelecidas nos artigos 6º a 11 deste Regulamento, com exceção das exigências estabelecidas no artigo 9º deste Regulamento.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24 – Considera-se Diretoria a Diretoria Estatutária da entidade, representada pelo seu presidente, ou quem ele delegar, por meio de procuração escrita.

Art. 25 – Os casos omissos ou dúvidas na interpretação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Estatutária.

Art. 26 – Este Regulamento entrará em vigor a partir da sua publicação.

Paripiranga/BA, 31 de maio de 2024

TABELIONATO DE NOTAS

CLEITON ANTONIO DE OLIVEIRA
PRESIDENTE

TABELIONATO DE NOTAS

JENNIFER NARAIANE DE SOUZA SANTOS
PRESIDENTE – CONSELHO DE ADMINSITRAÇÃO

TABELIONATO DE NOTAS COM FUNCOES DE PROTESTO DE PARIPIRANGA B
Rua Fornando dias Lima sn - 48430.000 - Paripiranga BA
Telefone (75)9 9954.0781 - Edivaldo Ribeiro Freire - TABELIAO
Reconheco por SEMELHANCA 0002 firma(s) de CLEITON ANTONIO DE OLIVEIRA (17673) JENNIFER NARAIANE DE SOUZA SANTOS (28292)
Emol: R$ 6,6 Taxa: R$ 7,2 Total: R$13,20
Em testemunho ( ) de verdade
ADILSON FRANKLIM ALMEIDA SANTANA - ESCREVENTE
Paripiranga-BA 13/06/2024
Selo(s): 2171 AB 228914-3 2171 AB 228912-7
Consulte www.tjba.jus.br/autenticidade

Adilson Franklin A. Santana
Escrevente Substituto

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP – CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA

I - estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

II - pareceres, perícias e avaliações em geral;

III - assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;

IV - fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

V - patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

VI - treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

VII - prestação de serviços de assistência à saúde em áreas e especialidades específicas;

VIII - informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;

IX – organização de eventos (feiras, congressos, exposições, festas e outros eventos);

X – logística e transporte de materiais e pessoas.

Art. 20 – A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área, além do registro nos órgãos e Conselhos Profissionais competentes.

CAPÍTULO IV – CADASTRO DE FORNECEDORES

Art. 21 – Considera-se Cadastro de Fornecedores o banco de dados produzido e alimentado pelo Setor de Logística do INASP para aquisição e contratação de bens e serviços essenciais e frequentes.

Art. 22 – Consideram-se bens e serviços essenciais e frequentes:

I – combustível;

II – confecção de fardamentos;

III – móveis e equipamentos para escritórios,

IV – equipamentos de proteção individual,

produção artística, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação, ampliação etc.

TÍTULO II – Contratação

Art. 13 – Aplicam-se à contratação de serviços, no que couberem, todas as regras estabelecidas nos artigos 6º a 11 deste Regulamento, com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados, que ficam dispensados das exigências estabelecidas no artigo 9º deste Regulamento.

Art. 14 – Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas e princípios de direito civil.

Art. 15 – A venda ou fornecimento de bens e serviços para a entidade implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados por ela, bem como a observância deste Regulamento e demais normas eventualmente aplicáveis.

Art. 16 – Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas nota fiscal de venda ou fatura de prestação de serviços pelo fornecedor.

Parágrafo único. A apresentação da Nota Fiscal é dispensada para bens e serviços com valores inferiores a R$1.000,00 (mil reais).

Art. 17 – A critério da entidade poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 18 – À entidade caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

Parágrafo único. A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei.

TÍTULO III - Serviços Técnicos Profissionais Especializados

Art. 19 – Consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Thaiza Matos Pimentel Sodré Freire
Escrevente Autorizada

I – CPF;
II – RG;
III – Comprovante de residência.

Art. 9º – A coleta de preço será realizada por e-mail, fax ou o Portal Eletrônico indicado pela entidade, com a participação de no mínimo 3 (três) fornecedores previamente qualificados.

Parágrafo primeiro. O sistema de coleta de preço e a qualificação de fornecedores serão dispensados nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial de aquisição ou contratação de obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor de R$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Parágrafo segundo. Considera-se de urgência a aquisição de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização.

Art. 10 – A melhor oferta será apurada considerando menor preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

Art. 11 – A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

CAPÍTULO III - CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

TÍTULO I – Definição

Art. 12 – Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da entidade, realizada por terceiros: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados,

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA

CAPÍTULO II - AS COMPRAS

Título I – Definição

Art. 5º – Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir unidades de saúde com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

Título II - Procedimento de compras

Art. 6º – O procedimento de compras compreende o cumprimento das seguintes etapas:

I – solicitação de compras;

II – qualificação de fornecedores;

III – coleta de preço;

IV – apuração da melhor oferta;

V – emissão de ordem de compra.

Art. 7º – A qualificação do fornecedor candidato Pessoa Jurídica é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados, cujo encaminhamento deverá ser feito por via dos Correios, por meio eletrônico ou, ainda, entregues diretamente ao departamento de compras, atualizados e dentro do prazo de validade.

I – CNPJ;
II – Inscrição Estadual;
III – Autorização de Funcionamento Municipal;
IV – Comprovante de Contribuintes Municipal (CCM);
V – Comprovação de regularidade fiscal nas três esferas federativas;
VI – Comprovação de regularidade trabalhista.

Art. 8º – A qualificação do fornecedor candidato Pessoa Física é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados, cujo encaminhamento deverá ser feito por via dos Correios, por meio eletrônico ou, ainda, entregues diretamente ao departamento de compras, atualizados e dentro do prazo de validade.

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP – CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Virgínia Matos Pimentel Godeiro
Escrevente Autorizada

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Art. 1º – Este Regulamento visa estabelecer normas e critérios para compras, contratação de serviços especializados e a contratação de consultorias pela entidade e se aplica a todos os dispêndios financeiros, inclusive os realizados por unidades descentralizadas (filiais) e escritórios regionais.

a) Quando envolver a aquisição de bens e/ou serviços e a contratação de consultorias relacionadas especificamente a Contratos, Convênios e Termos de Colaboração Técnica e Financeira, e similares, serão seguidos em conformidade com os requisitos, especificações e critérios de avaliação de fornecedores, consultores e prestadores de serviços, previstos nos próprios instrumentos, que, geralmente, tendem a ser mais rigorosos que os do próprio INASP;

b) Nas aquisições de bens e/ou serviços e na contratação de consultorias e pessoas para o próprio INASP, ou na ausência de critérios específicos nos Contratos, Convênios e Termos de Colaboração Técnica e Financeira, e similares, serão seguidas as etapas previstas neste regulamento.

Art. 2º – Todos os dispêndios feitos reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da instituição.

Art. 3º – O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendem aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa.

Art. 4º – O processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar documentado para facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gestão.

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Vanuja Maria Pimentel Sodré Freire
Escrevente Autorizada

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO 3
CAPÍTULO II - AS COMPRAS 4
Título I – Definição 4
Título II - Procedimento de compras 4
CAPÍTULO III - CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS 5
TÍTULO I – Definição 5
TÍTULO II – Contratação 6
TÍTULO III - Serviços Técnicos Profissionais Especializados 6
CAPÍTULO IV – CADASTRO DE FORNECEDORES 7
CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES FINAIS 8
ANEXOS 3

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Vanuza Matos Pimentel Souza Freire
Escrevente Autorizada



INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO
EMPRESA QUE APOIA O
GACC
SERGIPE

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

INASP
EMPRESA QUE APOIA O GACC

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS COMARCA DE PARIPIRANGA/BA
Vanuza Matos Pimentel Sodré Freire
Escrevente Autorizada

ANEXO III

TABELA MODELO DE CADASTRO DOS FORNECEDORES

CADASTRO DE FORNECEDOR	
Cód.:	
Razão Social:	
Nome Fantasia:	
Endereço:	**Bairro:**
Cidade/Estado:	**CEP:**
CNPJ:	**Telefone/Celular:**
BENS E SERVIÇOS	
1. ( ) Combustível	
2. ( ) Confecção de fardamentos	
3. ( ) Móveis e equipamentos para escritórios	
4. ( ) Equipamentos de proteção individual	
5. ( ) Equipamentos e insumos de informática	
6. ( ) Material de escritório	
7. ( ) Locação de veículo	
8. ( ) Clínica para realização de exames médicos	
9. ( ) Manutenção de TI	
V – Prazo e Condições para Pagamento	
Prazo médio de entrega:	
Condições para Pagamento:	
( ) Á Vista	
( ) Parcelado. Quantidade média de parcelas:	

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP
CNPJ nº 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 175, Centro. CEP:48430-000. Paripiranga – BA
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352 / (75) 3279-2009

ANEXO 53 - NOVAS IDEIAS - PROJETO DA READEQUAÇÃO, REFORMA E PADRONIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLISSE.

PROJETO DA READEQUAÇÃO, REFORMA E PADRONIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA NEÓPOLISSE

APRESENTAÇÃO

De acordo com o Ministério de Saúde a Unidade de Pronto Atendimento deverá funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana e poder resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Com isso, ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais.

A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com a realização de exames de imagens e laboratoriais, pediatria, e leitos de estabilização e observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.

As UPA´s fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências.

2. FINALIDADE

A Unidade de Pronto Atendimento de Neópolis/SE tem por finalidade prestar o primeiro atendimento à urgência médica. Define-se como um Estabelecimento Assistencial de Saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família do município e a Rede Hospitalar que tem como gestão atual a Secretaria de Estado da Saúde, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção as urgências.

Diante disso, é importante frisar a necessidade de reforma da Unidade de Pronto Atendimento 24h de Neópolis/SE para uma melhor prestação de serviços a população

neopolitana. Uma vez que as condições que se encontra no momento não estão mais adequadas para a atual demanda do município.

3. PROPOSTA DO PROJETO

O Projeto em questão conceitua na reforma de um Estabelecimento Assistencial de Saúde denominado UPA 24h, com o mínimo de 14 leitos de observação. Capacidade de atendimento médio de 160 pacientes por dia. População na área de abrangência de 18 mil a 70 mil habitantes.

O edifício já se enconta implantado em terreno de topografia plana, permitindo a sua utilização, por isso esse projeto foi desenvolvido. Para melhorar a estrutura e ampliar os serviços de acordo com o porte que necessita. A implantação proposta da reforma permitirá tanto isolejamento como ventilação natural constante o que trará decisiva contribuição ao controle de infecção hospitalar.

Procuramos neste projeto atingir um nível satisfatório de operacionalidade, conforto e segurança nos procedimentos a serem realizados. Estabelecer fluxos não conflitantes e garantir condições estritas de controle de infecção hospitalar.

3.1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO

As UPA´s 24h são serviços assistenciais de saúde em que todos os ambientes necessários ao seu funcionamento devem respeitar as normas preconizadas pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC ANVISA n° 50/2002, e uma vez que são obras financiadas pelos órgãos públicos, também devem respeitar as orientações contidas nas normas de financiamento destes. Os códigos de Edificações e Leis de Uso do Solo de cada município devem ser respectivamente respeitados na elaboração de cada unidade.

O presente memorial descritivo no anexo busca descrever as atividades técnicas que serão desenvolvidas, atendendo as normas vigentes acima citadas, a segurança dos

pacientes, e da equipe técnica, bem como os materiais que serão utilizados no acabamento interno da edificação. Este documento complementa o projeto arquitetônico, Anexo, e qualquer divergência entre ambos, prevalece o que consta em projeto.

3.2. OBJETIVO GERAL

Dar acesso aos usuários do município região de Neópolis/SE aos serviços de urgência e emergência, transferindo o gerenciamento do serviço da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H do Continente para Organização Social em Saúde e atendendo a Lei nº 10.372 de 2018.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Acolher os pacientes em regime de pronto atendimento 24 horas com acolhimento, avaliação e classificação de risco;
- Funcionar 24 horas por dia, ininterruptamente, e resolver as demandas de urgência e emergência que buscam o serviço;
- Realizar procedimentos de atenção à saúde em regime de pronto atendimento, ordenado de acordo com o grau de sofrimento do paciente ou a gravidade do caso (classificação de risco);
- Realizar o primeiro atendimento e estabilização dos pacientes graves para que possam ser transferidos a serviços de maior porte;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico nas 24 horas do dia;
- Ofertar acesso rápido e seguro às Urgências e Emergências diminuindo as filas nos prontos-socorros dos hospitais;
- Qualificar a rede de serviços de atenção às urgências, de forma a favorecer a otimização dos recursos da saúde de maior complexidade;
- Funcionar em rede atuando no compartilhamento do cuidado por meio da referência e contrarreferência;

- Ofertar atendimentos médicos e multiprifissionais especializados, ambulatoriais e terapêuticos;
- Implantar atendimentos médicos e exames de baixa e média complexidade especializados através, do Programa Saúde Digital, ofertado pelas modalidades de Telemedicina e Telesaúde através do Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP.

3.4. PÚBLICO ALVO

O público alvo será uma população de 18.000 a 70.000 habitantes, residentes no município de Neópolis e demais municípios que fazem fronteiras da região do Baixo São Francisco, de todas as faixas etárias, a serem beneficiados com a readequação da UPA 24h. Devido ao princípio da universalidade do SUS, estima-se que toda a população do município e de fronteiras sejam beneficiadas com o serviço de pronto atendimento

4. ETAPAS DE UM PROJETO

4.1 IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DA REFORMA

A Unidade de Pronto Atendimento 24h de Neópolis. Nesse momento, após visita técnica foram perceptíveis e analisados os problemas existentes em escala global que de uma forma ou outra mantem relação direta ou indireta com o desenvolvimento econômico e social da região ou do local objeto de intervenção.

4.2 ELABORAÇÃO DO PROJETO DE CONSTRUÇÃO

O projeto arquitetônico é facultado pelo Ministério da Saúde o qual será seguido à risca. Nesse momento também se realiza um projeto de adequação da reforma, sejam, estrutural, de instalações elétricas ou hidráulicas, devendo sempre considerar as informações de campo, como dados e aspectos do terreno e seus arredores. Ainda, formulam-se as características técnicas, institucionais e econômicas da intervenção

pretendida de forma que, se avalie precisamente os efeitos previsíveis por meio de cálculo de rentabilidade das categorias de agentes e coletividade envolvida.

4.3 ELABORAÇÃO DO MEMORIAL DECRITIVO

Na elaboração do memorial descritivo deverão ser mantidas na obra, em local determinado pela fiscalização, placas da Empreiteira e demais Responsáveis Técnicos pela execução, bem como a placa padrão da Prefeitura Municipal de Neópolis/SE.

As adequações estruturais e da reforma deverão ser realizadas rigorosamente de acordo com o projeto aprovado, sendo que toda e qualquer alteração que por ventura deva ser introduzida no projeto ou nas especificações, visando melhorias, só será admitida com autorização do Responsável Técnico pelo projeto.

Poderá a fiscalização paralisar os serviços, ou mesmo mandar refazê-los quando os mesmos não se apresentarem de acordo com as especificações, detalhes ou normas de boa técnica. Nos projetos apresentados, entre as medidas tomadas em escala (uso do escalímetro) e medidas determinadas por cotas, prevalecerão sempre as últimas.

4.4 PROJETO DE ENGENHARIA

Antes do início dos serviços a empreiteira deverá providenciar, e apresentar para o órgão contratante:

a) ART de execução;

b) Alvará de construção e reformas;

c) CEI (Cadastro Específico do Inss).

Deverá também ser fornecido e mantido na obra a cargo da construtora Diário de Obra contendo todas as informações referentes à obra.

5. CONCLUSÃO

A reforma e readequação de uma UPA são projetos complexos que exigem planejamento cuidadoso, recursos adequados e acompanhamento técnico constante. Ao final, a entrega de uma unidade reformada e funcional, com foco na melhoria do atendimento e na satisfação dos usuários e profissionais, representa um ganho importante para a saúde pública. Sendo essa proposta que o Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP trará para a Unidade de Pronto Atendimento 24h de Neópolis/SE, além da ampliação de serviços especializados, multiprofissionais e exames de imagem.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santos JS, Scarpelinis S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. **Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização**. Medicina (Ribeirão Preto). 2003; 36: 498-515.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Diário Oficial da União; 2002.

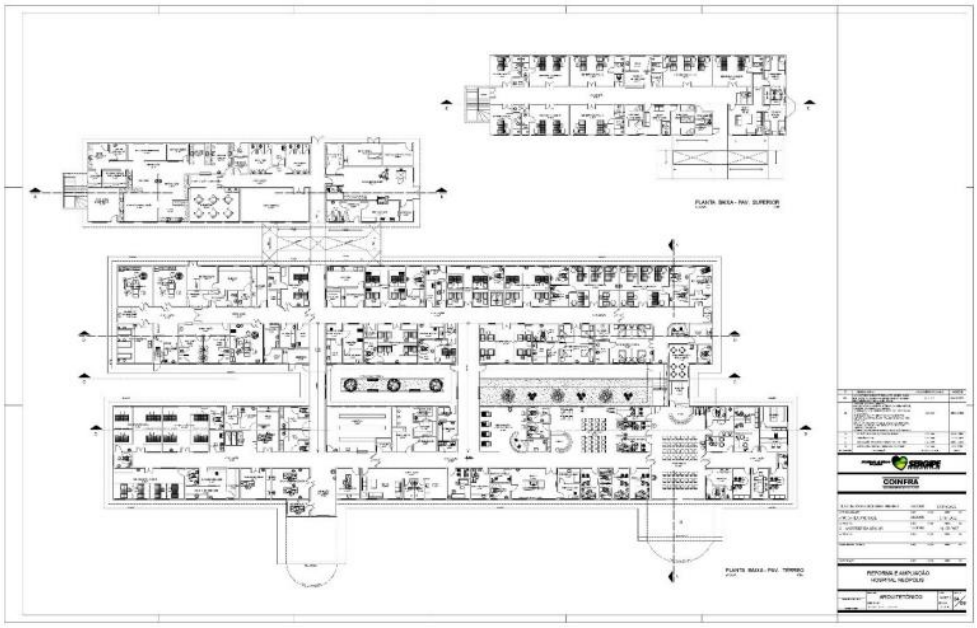
Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.922 de 2 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Diário Oficial da União; 2008.

Brasil. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto Atendimento – UPA). Diário Oficial da União; 2009.

Machado K. Novidade no SUS – **Unidade de Pronto atendimento –UPA**. Rev RADIS. 2009; 83: 12-6.

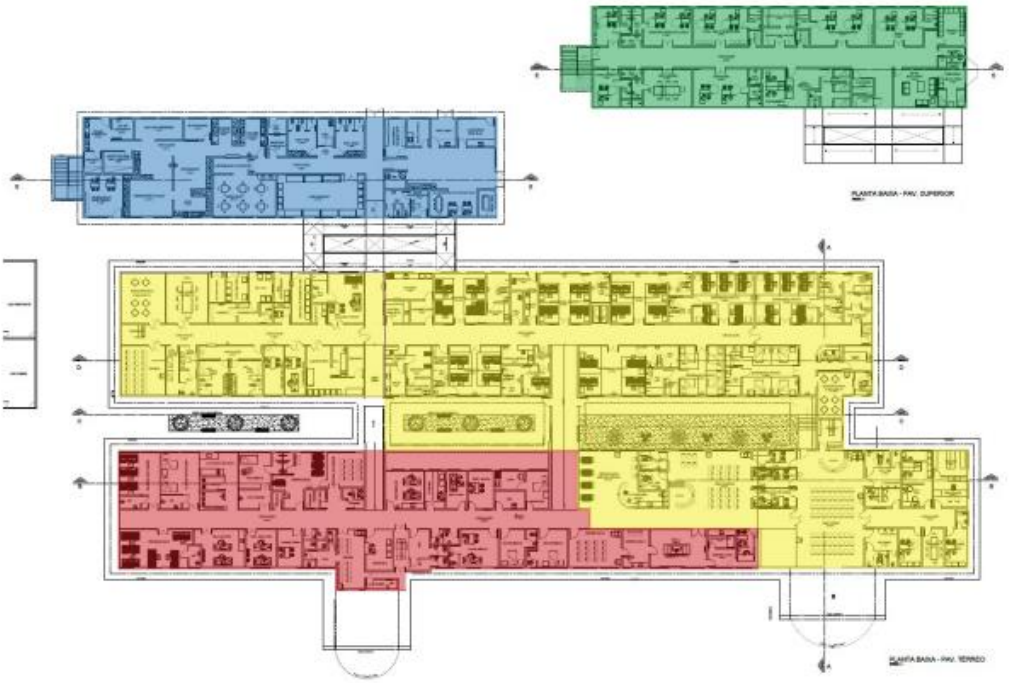
ANEXOS

ANEXO A - PROJETO DE ENGENHARIA



ANEXO A PLANTA BAIXA 2008

ANEXO B - PROJETO MÍNIMO ARQUITETONICO (FUNCIONAMENTO ATUAL)



ANEXO B Planta Baixa Proposta para Reforma e Readequação para Funcionamento dos Serviços

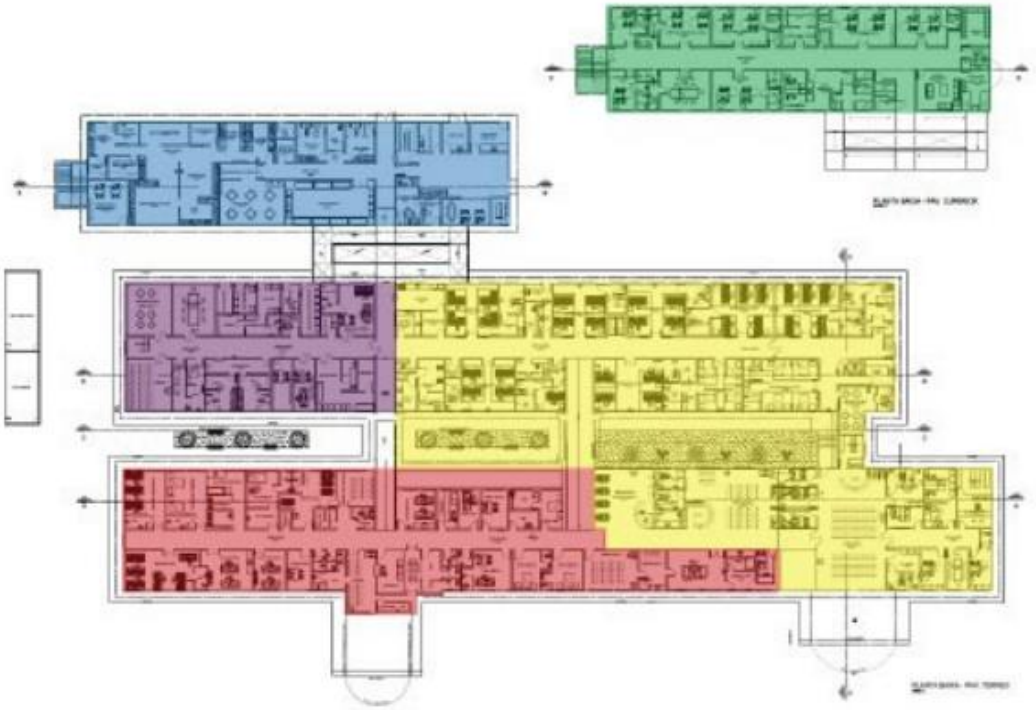
ÁREA DESATIVADA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SETORES OPERACIONAIS

SETORES ADMINISTRATIVOS E GERENCIAIS

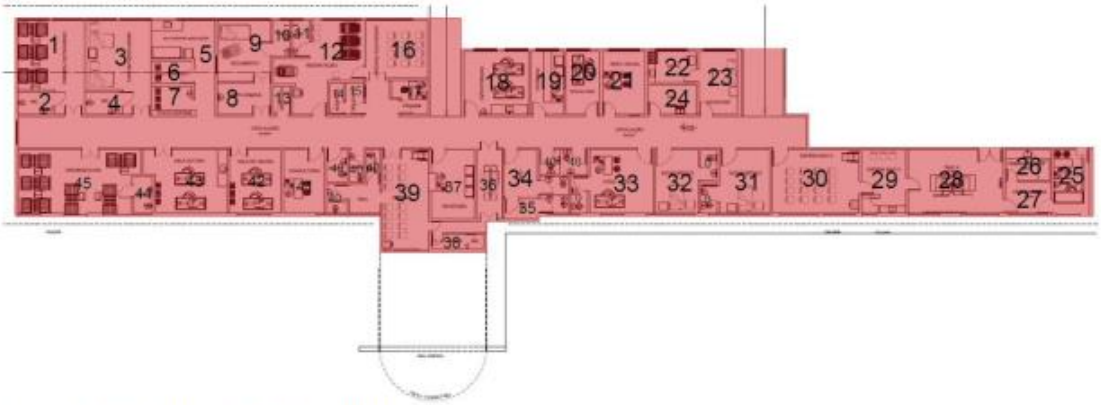
ANEXO C - PLANTA BAIXA (PROPOSTA PARA REFORMA E READEQUAÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS)



ANEXO C PLANTA BAIXA PROPOSTA PARA REFORMA E READEQUAÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

- ÁREA DESATIVADA
- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- NÚCLEO MULTIPROFSSIONAL E ESPECIALIDADES
- SETORES OPERACIONAIS
- SETORES ADMINISTRATIVOS E GERENCIAIS

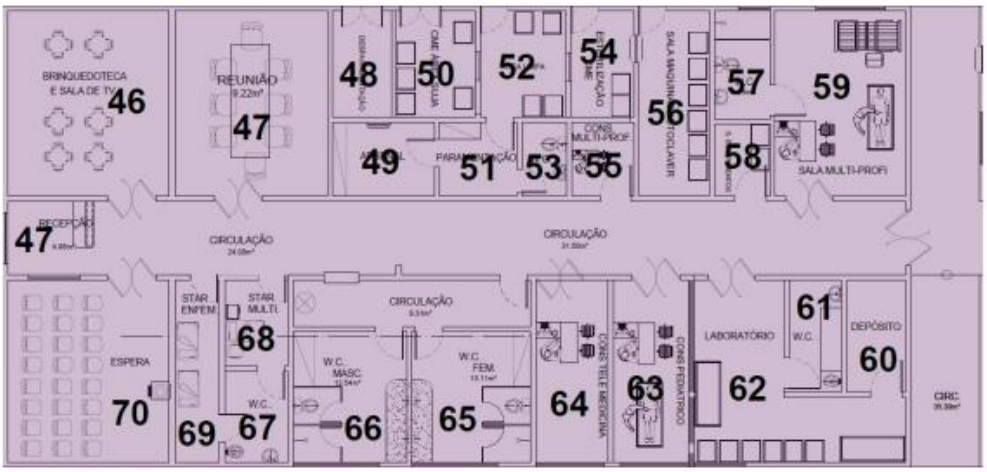
ANEXO D - PROJETO SETORIAL (PRONTO ATENDIMENTO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)



ANEXO D URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. OBSERVAÇÃO FEMININA
2. WC OBSERVAÇÃO FEMININA
3. OBSERVAÇÃO INFANTIL
4. WC OBSERVAÇÃO INFANTIL
5. SALA PREPARO MEDICAÇÕES
6. POSTO MÉDICO
7. POSTO ENFERM.
8. ANTI-CÂMARA
9. ISOLAMENTO
10. WC ISOLAMENTO
11. WC REIDRATAÇÃO
12. REIDRATAÇÃO
13. SERVIÇOS
14. ROUPARIA
15. UTILIDADES
16. ESPERA PÓS TRIAGEM
17. TRIAGEM
18. ESTABILIZAÇÃO
19. FARMÁCIA
20. ECG & USG
21. SERV. SOCIAL
22. COPA
23. ESTAR ENF.
24. DML
25. LAUDO ENTREGA
26. CÂMARA ESCURA
27. CÂMARA CLARA
28. RAIO X
29. ESPERA RAIO X
30. ESPERA RAIO X
31. ESTAR MÉDICO
32. ESTAR MÉDICO
33. CONS. MÉDICO
34. CCIH
35. NIR
36. ACESSO SAMU
37. RECEPÇÃO
38. C. DE GASES
39. ESPERA
40. WC SOCIAL
41. CONSULTÓRIO
42. SALA DE VACINA
43. SALA SUTURA
44. WC OBS. MASCULINA
45. OBS.MASCULINA

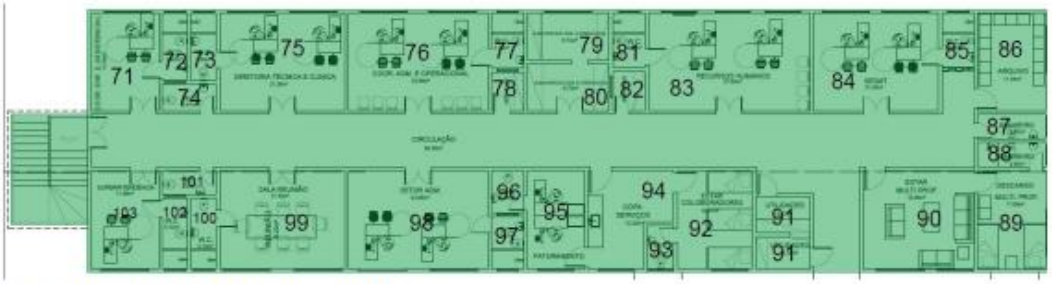
ANEXO E - PROJETO SETORIAL (NÚCLEO MULTIPROFISSIONAL E ESPECIALIDADES)



ANEXO E NÚCLEO MULTIPROFISSIONAL E ESPECIALIDADES

46. BRINQUEDOTECA E SALA DE TV
47. REUNIÃO E RECEPÇÃO
48. DESPARAMENTAÇÃO
49. ARSENAL
50. CME ÁREA SUJA
51. PARAMENTAÇÃO
52. ÁREA LIMPA
53. WC PARAMENTAÇÃO
54. ESTERILIZAÇÃO CME
55. CONS. MULTI-PROF.
56. SALA MAQUINAS AUTOCLAVER
57. WC SALA MULTI-PROFI.
58. SALA EQUIPAMENTOS
59. SALA MULTI-PROFI.
60. DEPÓSITO
61. WC LABORATÓRIO
62. LABORATÓRIO
63. CONS. PEDIATRICO
64. CONS. TELEMEDICINA
65. WC FEMININO
66. WC MASCULINO
67. WC ESTAR ENFERM. E ESTAR MULTI.
68. ESTAR MULTI
69. ESTAR ENFERM
70. ESPERA

ANEXO F - PROJETO SETORIAL (SETORES ADMINISTRATIVOS E GERENCIAIS)



ANEXO F ADMINISTRATIVOS E GERENCIAIS

71. COOR. ENF. E ASSISTENCIAL
72. WC COOR. ENF. E ASSISTENCIAL
73. WC SIRETORIA TÉCNICA E CLÍNICA
74. WC
75. DIRETORIA TÉCNICA E CLÍNICA
76. COOR. ADM. E OPERACIONAL
77. WC COOR. ADM. E OPERACIONAL
78. SERVIÇOS
79. ALMOXARIFADO ADM E OPERACIONAL
80. ALMOXARIFADO ADM E OPERACIONAL
81. WC RECURSOS HUMANOS
82. SERVIÇOS
83. RECURSOS HUMANOS
84. SESMT
85. WC SESMT
86. ARQUIVO
87. BANHEIRO
88. BANHEIRO DESCANDO MULTI. PROF.
89. DESCANSO MULTI. PROF.
90. ESTAR MULTI PROF.
91. UTILIDADES
92. ESTAR COLABORADORES
93. WC ESTAR COLABORADORES
94. COPA SERVIÇOS
95. FATURAMENTO
96. WC FATURAMENTO
97. WC SETOR ADM.
98. SETOR ADM.
99. SALA REUNIÃO
100. WC SALA REUNIÃO
101. WC
102. WC SUPERINTENDÊNCIA
103. SUPERINTENDÊNCIA

ANEXO G - PROJETO SETORIAL (SETORES OPERACIONAIS)



ANEXO G OPERACIONAIS

104. RECEB. ALIMENTOS
105. LAV. DE CARRINHOS
106. DEPÓSITO
107. GUARDA DE ALIM. TEMP. AMBIENTE
108. SALA DOS FREEZERES
109. NUTRICIONISTA
110. CIRCULAÇÃO
111. DISTRIBUIÇÃO
112. ENGENHARIA E MANUTENÇÃO
113. CEREAIS/PREP.COCÇÃO
114. COPA
115. LAVAGEM PANELAS
116. LAVAGEM LOUÇAS
117. DISTRIBUIÇÃO P/ HOSPITAL
118. REFEITÓRIO
119. RECEPÇÃO CARRINHOS
120. LIXO
121. VEST. FEM.
122. D.M.L
123. VEST. MASC.
124. ALMOXARIFADO
125. ALMOXARIFADO HIGIENIZAÇÃO
126. GUARDA DE CARRINHOS
127. ÁREA LIMPA
128. LAVANDERIA ÁREA SUJA
129. DML
130. WC ESTAR TERCEIRIZADOS
131. ESTAR TERCEIRIZADOS
132. SALA COMISSÕES E NUCLEOS EM SAÚDE
133. NECROTÉRIO

ANEXO H - PROJETO SETORIAL (SETORES ASSISTENCIAIS ADMINISTRATIVOS)



ANEXO H ASSISTENCIAS ADMINISTRATIVOS

71. COOR. ENF. E ASSISTENCIAL
72. WC COOR. ENF. E ASSISTENCIAL
73. WC SIRETORIA TÉCNICA E CLÍNICA
74. WC
75. DIRETORIA TÉCNICA E CLÍNICA
76. COOR. ADM. E OPERACIONAL
77. WC COOR. ADM. E OPERACIONAL
78. SERVIÇOS
79. ALMOXARIFADO ADM E OPERACIONAL
80. ALMOXARIFADO ADM E OPERACIONAL
81. WC RECURSOS HUMANOS
82. SERVIÇOS
83. RECURSOS HUMANOS
84. SESMT
85. WC SESMT
86. ARQUIVO
87. BANHEIRO
88. BANHEIRO DESCANDO MULTI. PROF.
89. DESCANSO MULTI. PROF.
90. ESTAR MULTI PROF.
91. UTILIDADES
92. ESTAR COLABORADORES
93. WC ESTAR COLABORADORES
94. COPA SERVIÇOS
95. FATURAMENTO
96. WC FATURAMENTO
97. WC SETOR ADM.
98. SETOR ADM.
99. SALA REUNIÃO
100. WC SALA REUNIÃO
101. WC
102. WC SUPERINTENDÊNCIA
103. SUPERINTENDÊNCIA

ANEXO I - GEOLOCALIZAÇÃO



ANEXO I UPA NEOPOLIS

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

ANEXO
PROCEDIMENTO PADRÃO DA ENFERMAGEM

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

Instituto Nacional de Apoio ao Serviço Público – INASP - CNPJ n° 29.099.982/0001-00
Largo 02 de Julho, 171, Centro. Paripiranga – BA - CEP: 48.430-000.
(75) 9956-6304 / (75) 9969-1352

INASP
INSTITUTO NACIONAL DE APOIO AO SERVIÇO PÚBLICO

SUMÁRIO

POP 1 - PREPARO DE MEDICAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO POR VIA PARENTERAL 935

POP 2 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAVENOSA 940

POP 3 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR 946

POP 4 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA 954

POP 5 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA 959

POP 6 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL 964

POP 7 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA 968

POP 8 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR 973

POP 9 – ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS 977

POP 10 – ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL 982

POP 11 – AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR 987

POP 12 - AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL 990

POP 13 – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM 994

POP 14 – ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS 998

POP 15 – AUXÍLIO DE BIÓPSIA DE MAMA GUIADO POR ULTRASSOM 1004

POP 16 – AUXÍLIO A ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 1007

POP 17 – AUXÍLIO À ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA 1010

POP 18 – AUXÍLIO A ELETRONEUROMIOGRAFIA 1016

POP 19 – AUXÍLIO DE PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE MAMA GUIADO POR ULTRASSOM 1019

POP 20 – AUXÍLIO DE PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE TIREÓIDE GUIADO POR ULTRASSOM 1022

POP 21 – AUXÍLIO DE TESTE ERGOMÉTRICO 1026

POP 22 – AUXÍLIO A ULTRASSONOGRAFIA 1031

POP 23 – BACILOSCOPIA DE HANSENÍASE 1034

POP 24 – BOTA DE UNNA 1039

POP 25 – CAMPANHA DE VACINAÇÃO 1044

POP 26 – CATETERISMO VESICAL DE DEMORA 1049

POP 27 – CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO 1055

POP 28 – CAUTERIZAÇÃO UMBILICAL 1060

POP 29 – COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA (PAPANICOLAOU) 1063

POP 30 – COLETA DE CITOLOGIA HORMONAL ÚNICA 1070

POP 31 – COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE 1074

POP 32 – COLETA PARA VERIFICAÇÃO DO TEMPO DE PROTROMBINA (PUNÇÃO DIGITAL) 1081

POP 33 – COLETA DE PKU 1084

POP 34 –COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL 1088

POP 35 – COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA 1091

POP 36 – CONTENÇÃO MECÂNICA 1094

POP 37- DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR 1097

POP 38 – EXAME DE ESPIROMETRIA 1102

POP 39 – EXAME CLÍNICO DAS MAMAS 1106

POP 40 – REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA 1110

POP 41 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL 1115

POP 42 – HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS 1124

POP 43 – HIGIENIZAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DAS MÃOS 1127

POP 44 – LAVAGEM GÁSTRICA 1130

POP 45 – LAVAGEM INTESTINAL 1134

POP 46 – LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS 1138

POP 47 –MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL..... 1152

POP 48 – MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL..... 1155

POP 49 – MEDIDA DE ESTATURA 1158

POP 50 – MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO 1162

POP 51 – MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO 1165

POP 52 – MEDIDA DO PESO CORPORAL..... 1168

POP 53 – MOVIMENTAÇÃO EM BLOCO..... 1171

POP 54 – MONTAGEM DE CAIXAS TRANSPORTE DE VACINA..... 1175

POP 55 – OXIGENOTERAPIA..... 1179

POP 56 – ORGANIZAÇÃO DE SALAS E SETORES..... 1184

POP 57 – PRANCHAMENTO EM POSIÇÃO SUPINA..... 1187

POP 58 – REALIZAÇÃO DE CURATIVO 1190

POP 59 – RETIRADA DE PONTOS 1196

POP 60 – REALIZAÇÃO PEAK FLOW..... 1199

POP 61 – SONDAGEM NASOENTERAL 1202

POP 62 – SONDAGEM NASOGÁSTRICA 1207

POP 63 – TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIO 1212

POP 64 – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL 1215

POP 65 – TESTE DE GRAVIDEZ 1218

POP 66 – TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B 1222

POP 67 – TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C 1227

POP 68 – TESTE RÁPIDO DUPLO PERCURSO PARA HIV COM AMOSTRA DE FLUIDO ORAL 1232

POP 69 – TESTE RÁPIDO PARA HIV COM AMOSTRA DE SANGUE 1238

POP 70 – TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS 1246

POP 71 – TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA 1253

POP 72 – TROCA DE GASTROSTOMIA 1257

POP 73 –TROCA DE TRAQUEOSTOMIA 1260

POP 74 – TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA 1264

POP 75 – USO DE LUVAS ESTÉREIS 1269

RETIRAR AS LUVAS **1270**

POP 76 – VACINAÇÃO – ROTINAS 1272

POP 77 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA 1279

POP 78 – VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 1282

POP 79 – VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA 1285

POP 1 - PREPARO DE MEDICAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO POR VIA PARENTERAL

1. Definição

Método para o preparo de medicamentos não absorvíveis pelo trato gastrointestinal.

2. Objetivo

Oferecer segurança e qualidade nas medicações realizadas pela via parenteral.

3. Contraindicação

Ver contraindicações de cada via de administração de medicamento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Bandeja
- Algodão
- Álcool a 70%
- Seringa descartável, com dispositivo de segurança, apropriada à via de administração e volume
- Agulha descartável apropriada
- Medicamento prescrito
- Etiqueta para identificar o medicamento

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, portando um documento de identificação com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução; questionar se o paciente possui alergias;

3 Conferir o prescrito (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento, lote, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicação a ser administrado. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checarprocedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP40/2013;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 42);

Se for ampola:

1 Observar se todo o medicamento está na parte inferior da ampola;

2 Limpar o gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;

3 Montar a seringa com agulha de grosso calibre;

4 Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze;

5 Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido;

6 Aspirar a dose prescrita;

Se for Frasco-Liófilo:

1 Retirar o lacre metálico do frasco superior, limpar a borracha e o gargalo da

ampola com o diluente, usando algodão embebido em álcool a 70%;

2 Aspirar ao diluente da ampola e introduzir o líquido no frasco ampola;

3 Retirar a seringa, sem contaminar a agulha;

4 Realizar rotação do frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;

5 Colocar ar na seringa, na mesma quantidade do líquido que será aspirado do frasco;

Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada à seringa, no mesmo Se for Frasco-Ampola:

1 Retirar o lacre metálico superior;

2 Limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;

3 Montar seringa com agulha de grosso calibre;

4 Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;

5 Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada a seringa, no mesmo e injetar o ar;

6 Aspirar a dose prescrita;

Ao final do preparo:

1 Proteger a agulha com protetor próprio;

2 Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;

3 Trocar a agulha conforme a especificidade do paciente, líquido e via de administração;

4 Identificar com nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, horário de administração e colocar na bandeja;

5 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

6 Higienizar as mãos (POP 42);

7 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro (a) do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia. Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure a orientação.
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição.
- Diluir o medicamento em soro compatível, como o SF 0,9% ou SG 5%, quando prescrito, de acordo com o fabricante.
- Permanecer na unidade após administração de medicamentos injetáveis para observação, se necessário.
- A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como dealguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não

Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP n° 40/2013.** São Paulo: 2013**.** Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp- content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- NÉRI, E. D. R., et al. **Protocolos de Preparo e Administração de**

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 2 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAVENOSA

1. Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia.

2. Objetivo

Permitir absorção rápida do medicamento. Aplicar medicamentos a pacientes impossibilitados de utilizar outra via. Administrar doses elevadas de medicamentos e soros. Manter/ reestabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico.

3. Contraindicação

Lesões de pele. Esclerose venosa e edema no local de punção. Membro com déficit motor e sensitivo ou fístula arteriovenosa. Membro superior com esvaziamento linfático. Distúrbios graves de coagulação.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Bandeja
- Luva de procedimento
- Algodão
- Garrote/fita elástica
- Etiqueta para identificar o medicamento
- Seringa descartável com dispositivo de segurança
- Agulha descartável de grosso calibre – para aspiração/preparo do medicamento

- Medicamento/solução prescrita
- Solução prescrita para diluição do medicamento
- Equipo micro ou macrogotas (se necessário)
- Cateter intravenoso periférico (Abocath) ou dispositivo de infusão intravenoso (Scalp) com número adequado para quantidade e velocidade de infusão, e vaso escolhido para punção
- Esparadrapo ou fita adesiva microporosa.

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, portando um documento de identificação com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução. Questionar se o paciente possui alergias;

4 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

5 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento, lote, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013;

6 Reunir o material;

7 Higienizar as mãos (POP 42);

8 Calçar as luvas de procedimento;

9 Posicionar o paciente de forma adequada, em local iluminado;

10 Avaliar a rede venosa do paciente e selecionar o vaso que será puncionado. Atentar para possíveis contraindicações;

11 Realizar antissepsia da pele com algodão umedecido com álcool 70% por 30 segundos e aguardar mais 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando- a sem vestígios do produto, de modo a evitar qualquer interferência do álcool na aplicação;

12 Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;

13 Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir.

Punção com dispositivo de infusão intravenoso (Scalp):

1 Realizar a punção com o bisel do scalp voltado para cima;

2 Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;

3 Conectar o equipo, se for o caso, e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;

4 Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico (Abocath):

1 Realizar a punção com o bisel do abocath voltado para cima;

2 Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;

3 Soltar o garrote;

4 Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;

5 Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso;
6 Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas (dor, incômodo ou mal estar).

Punção com seringa agulhada

1 Realizar a punção com o bisel da agulha voltado para cima;
2 Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
3 Administrar o medicamento lentamente, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente se a veia não foi transfixada.

Após a finalização da administração medicamentosa:

1 Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;
2 Orientar o paciente a manter o braço estendido e não carregar peso;
3 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
4 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
5 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
6 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;
7 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
8 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- A escolha do dispositivo para punção venosa deve considerar o estado clínico do paciente, rede venosa, tipo de medicação, volume e tempo de infusão, tempo de permanência em observação na unidade.
- Em caso de remoção via SAMU, utilizar preferencialmente o Abocath.

- Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro (a) do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.
- Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia.
- Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure a orientação.
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade domedicamento, data e horário da diluição.
- Diluir o medicamento em soro compatível, como o SF 0,9% ou SG 5%, quando prescrito, de acordo com o fabricante.
- Permanecer na unidade após administração de medicamentos injetáveis para observação, se necessário.

8. Referências Bibliográficas

- CAREY, L. P. et al. **Administração de Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso, 2002.
- NÉRI, E. D. R., et al. **Protocolos de Preparo e Administração de Medicamentos**: Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará. Hospital Walter Cantídio. Fortaleza, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Practices for Injections and Related Procedures Toolkit**, 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP n° 40/2013.** São Paulo: 2013**.** Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp- content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Uso de Luvas de Procedimento para a Administração de Medicamentos. **Parecer Coren/SP nº 14/2010**. Disponível em: https://portal.corensp.gov.br/wcontent/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2010_14.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- SILVA, A. M. et al. Técnicas de Enfermagem. São Paulo: Rideel, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprovaos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Diário Oficial da União, DF, 25 de Setembro de 2013, Seção 1, p. 113. Acesso em 12 de dezembro de 2019.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

POP 3 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

1. Definição

Administração de medicamentos em tecido muscular.

2. Objetivo

Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.

3. Contraindicação

Processos inflamatórios locais. Medicação trazida em mãos (externas) pelo usuário e fora das especificações técnicas (imunoglobulinas, termolábeis, etc). Distúrbios graves de anticoagulação.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- EPI (luva de procedimento)
- Bandeja
- Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml)
- Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado
- Algodão
- Medicamento prescrito

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente

(ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 42);

7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

8 Paramentar-se com os EPIs;

9 Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização;

10 Escolher o local da administração e em caso de dúvida, chamar o enfermeiro (ver no item 7 deste POP as orientações para cada local de aplicação);

11 Realizar antissepsia da pele com algodão umedecido com álcool 70% por 30 segundos e aguardar mais 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando- a sem vestígios do produto, de modo a

evitar qualquer interferência do álcool na aplicação;

12 Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;

13 Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;

14 Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirara a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);

15 Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;

16 Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;

17 Fazer leve compressão no local;

18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

20 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

21 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

22 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

23 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Recomenda-se para adultos, de 2 a 3 ml no deltóide e no máximo 5 ml no dorso ou ventroglúteo; para bebê e crianças, preferencialmente utilizar a via ventroglútea ou o vasto lateral da coxa, sendo 0,5 a 1 ml para bebês e até 3 ml para crianças, sempre avaliando e analisando a massa muscular.
- O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular.
- Não é recomendado região dorsoglútea para menores de 2 anos,

devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculatura pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.

- No caso de pacientes que possuam prótese de silicone na região do glúteo implantada de maneira adequeada, de acordo com os padrões sanitários vigentes, é indicada a região ventroglútea para administração de medicamentos via intramuscular.
- No caso de pacientes que fizeram a injeção de silicone industrial no corpo sem acompanhamento médico, o enfermeiro deverá avaliar a extensão do material injetado e se há extravasamento para outros locais como a região ventroglútea. Caso perceba extravasamento para esta região, uma alternativa para administraçãovia IM é a região deltóide, respeitando na diluição do fármaco o volume máximo a ser administrado de 3ml.

Locais de aplicação: O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar:

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.

Caso a região glútea (mais comumente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vastolateral ou ventroglútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltóide. No caso da escolha da administração de medicamento IM em região deltóide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior

volume recomendado é de 3 ml.

- Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltoide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja prescrito por outra via de administração.

Dorsoglútea (DG):

1 Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contra- indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

2 Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior até o trocanter do fêmur;

3 Administrar a injeção acima dessa linha imaginária;

4 Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

1 Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;

2 Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;

3 Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;

4 Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;

5 Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou “V”. Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;

6 Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Vasto Lateral da Coxa:

1 Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;

2 Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na frente da Perna) e na linha média lateral da coxa (do lado da perna), 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;

3 Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

1 Posicionar o paciente em pé, sentado ou decúbito lateral;

2 Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar o medicamento no centro do triângulo imaginário.

Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica;
- Deltóide – ângulo 90º;
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca;
- Dorsoglúteo – ângulo 90º.

Escolha correta do calibre da agulha:

Conforme Horta & Teixeira (1973) a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

Faixa Etária	Espessura Subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	Magro	25 x 6/7	25 x 8
	Normal	30 x 6/7	30 x 8
	Obeso	30 x 8	30 x 8
Criança	Magra	20 x 6	20 x 6
	Normal	25 x 6/7	25 x 8

	Obesa	30 x 8	30 x 8

8. Referências Bibliográficas

- BARE, B. G.; SUDARTH, D. S. **BRUNNER**: **Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- DALMONI, I. S. et al. Injeções intramusculares Ventroglúteas e a Utilização pelos Profissionais de Enfermagem. **Enfermagem UFSM**. 3 (2): 259-265. mai/ago, 2013.
- HORTA, W.A; TEIXEIRA, M. S. Injeções Parenterais. In: Revista da Escola de Enfermagem USP. 7(1): 46-79. 1973.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Practices for Injections and Related Procedures Toolkit**. 2010. Disponívelem http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: **Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP n° 40/2013.** São Paulo: 2013**.** Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Diário Oficial da União, DF, 25 de Setembro de 2013, Seção 1, p. 113. Acesso em 12 de dezembro de 2019.

- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Administração de medicamentos por Via IM em Pacientes que Usam Prótese de Silicone. Parecer Cofen nº 09/2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-092016ctascofen_42147.html. Acesso em 5 out.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 4 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA

1. Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, através da pele.

2. Objetivo

Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

- Bandeja
- Luvas de procedimento
- Algodão
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/ preparo do medicamento
- Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5)
- Seringa de 1 ml
- Medicamento prescrito.

6. Descrição do Procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote validade, condições de transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outros quesitos;

1 Reunir o material;

2 Higienizar as mãos (POP 42);

3 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

4 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

5 Calçar as luvas de procedimento;

6 Escolher o local da administração;

7 Realizar limpeza na pele com água e sabão, caso haja sujidade visível;

8 Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão dominante);

9 Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;

10 Aspirar, observando se atinge algum vaso sanguíneo;

11 Injetar o líquido lentamente;

12 Retirar a agulha com movimento único e firme.

13 Fazer leve compressão local com algodão;

14 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

16 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);

17 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

18 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observar qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra umdesses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro.
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição.
- Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação.
- Locais de aplicação: região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal.
- Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento).
- Realizar rodízio nos locais de aplicação.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017.

Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o- 545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. 2012.
- BARE, B. G.; SUDARTH, D. S. **BRUNNER: Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Practices for Injections and Related Procedures Toolkit**. 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP n° 40/2013.** São Paulo: 2013**.** Disponível em: https://portal.coren- sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- KOCH. R. M. et. al. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 22ª ed. Curitiba: Século XX Livros, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Diário Oficial da União, DF, 25 de Setembro de 2013, Seção 1, p. 113. Acesso em 12 de dezembro de 2019.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 5 – Administração de Medicamento por Via Intradérmica

1. Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da derme.

2. Objetivo

Realizar imunização com vacina antirrábica e BCG. Realizar reações de hipersensibilidade.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Bandeja
- EPIs (luvas de procedimento e óculos de proteção)
- Algodão
- Seringa descartável de 1 mL
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento
- Agulha 10x5 ou 13x4,5 para administração da substância
- Solução prescrita

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote,

validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 42);

7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

8 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

9 Calçar as luvas de procedimento e óculos de proteção individual;

10 Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura);

11 Realizar limpeza da pele com água e sabão, caso haja sujidade visível;

12 Colocar os óculos de proteção;

13 Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o dedo indicador;

14 Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;

15 Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;

16 Após a finalização da administração, retirar o polegar da extremidade do embolo e a agulha da pele;

17 Não friccionar o local;

18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

20 Retirar os EPIs;
21 Higienizar as mãos (POP 42);
22 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;
23 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 59).

7. Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente.
- Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação da mesma.
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação.
- Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição.
- Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.
- A aplicação de imunoterapia com alérgenos – comumente conhecida como “vacina antialérgica” – deverá seguir o padrão de boas práticas: checar

prescritor, instituição proveniente, rotulagem, orientação acerca da conservação, data de fabricação, data da validade, periodicidade na administração, dentre outros. As aplicações deverão ser registradas em prontuário e/ou formulário que garanta o acompanhamento das dosagens.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação de Pessoal em Sala de Vacinação: Manual do Treinando. Org. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP n° 40/2013.** São Paulo: 2013**.** Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp- content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. 2012.
- GIOVANI, A. M. M. **Enfermagem Cálculo e Administração de Medicamentos.** São Paulo: Scrinium, 2006.
- PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção**

Básica. 2ª ed. São Paulo, 2012.

- SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem**.** Uso de Luvas de Procedimento para a Administração de Medicamentos. **Parecer 14/2010.** Disponível em: https://portal.corensp.gov.br/wpcontent/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2010_14.pdf 2010. Acesso em: 5 out 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Practices for Injections and Related Procedures** T**oolkit**. 2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf. Acesso em: 27 nov 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprovaos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Diário Oficial da União. DF. 25 de Setembro de 2013, Seção 1, p. 113. Acesso em 12 de dezembro de 2019.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 6 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

1. Definição

Técnica pela qual os medicamentos são fornecidos pela boca e deglutidos com líquido ou dissolvidos na forma sublingual.

2. Objetivo

Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.

3. Contraindicação

Pacientes com incapacidade de deglutição ou com rebaixamento significativo do nível de consciência.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Copo descartável ou copo graduado quando xarope ou solução aquosa.
- Medicamento
- Bandeja
- Líquido para ingestão (copo de água)

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;

1 Reunir o material;

2 Higienizar as mãos (POP 42);

3 Separar o medicamento evitando tocá-lo com as mãos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. Em caso de suspensão aquosa ou xarope, agitar o frasco e separar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou conta-gotas;

4 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

5 ferecer o medicamento;

6 Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção;

7 Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo;

8 Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;

9 Certificar-se que o medicamento foi deglutido ou completamente dissolvido;

10 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

11 Higienizar as mãos (POP 42);

12 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

13 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP40/2013.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.

Referências Bibliográficas

- BARE, B. G.; SUDARTH, D. S. **BRUNNER: Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP n° 40/2013.** São Paulo: 2013**.** Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp- content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em:

https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.

- KOCH. R. M. et. al. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 22ª ed. Curitiba: Século XX Livros, 2004.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: **Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 7 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA

1. Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através do sistema respiratório.

2. Objetivo

Umidificar as vias aéreas. Fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração. Manter a permeabilidade da via aérea.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Máscara para nebulização
- Copo nebulizador
- Extensão de látex (chicote)
- Seringa descartável de 10 ml com dispositivo de segurança
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração da solução para diluição (se necessário)
- Solução de diluição prescrita
- Medicamento prescrito
- Fonte de oxigênio ou ar comprimido

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, condições de transporte, temperatura e outros quesitos;

4 Reunir o material;

5 Higienizar as mãos (POP 42);

6 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

7 Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados;

8 Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;

9 Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);

10 Conectar o copo nebulizador a extensão de látex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;

11 Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;

12 Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;

13 Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;

14 Comunicar ao prescritor que o procedimento foi finalizado, caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;
15 Desconectar o copo da extensão de látex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;
16 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
17 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
18 Higienizar as mãos (POP 42);
19 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;
20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Observação

- Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.
- Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.
- Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos.
- Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço.
- Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente.
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de **Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec)** deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada.
- Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais.
- Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura

e validade.

- Deve-se fazer a inalação com o paciente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

7. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP n° 40/2013.** São Paulo: 2013**.** Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp- content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- WILLIAMS, L. & WILLIAMS. **Enfermagem Médica e Hospitalar**. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2006.
- PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 8 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR

1. Definição

Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.

2. Objetivo

Administrar medicamentos na bolsa conjuntival como em casos de glaucoma, após cirurgia de catarata, uso de lágrimas artificiais e vasoconstritores.

3. Contraindicação

Uso de medicamentos que não sejam preparados para a administração oftálmica.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Colírio ou pomada oftalmológica
- Gaze

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

4 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

5 Reunir o material;

6 Higienizar as mãos (POP 42).

7 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução, solicitando que incline a cabeça para trás;

8 Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente e evitando tocá-la, pedindo ao paciente para olhar para cima;

9 Pingar o medicamento na bolsa conjuntival, orientando o paciente a fechar a pálpebra;

10 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

11 Higienizar as mãos (POP 42);

12 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

13 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Usar o medicamento apenas no olho afetado.
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla

checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem. Dupla Checagem. **Parecer Coren/SP n° 40/2013.** São Paulo: 2013**.** Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp- content/uploads/2013/08/parecer_coren_sp_2013_40.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem**.** Uso de Luvas de Procedimento para a Administração de Medicamentos. **Parecer 14/2010.** Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2010_14.pdf 2010. Acesso em: 5 out 2020
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: Assistência de Enfermagem. Campinas, 2009.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem:** Atenção Básica. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 9 – ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS

1. Definição

Método para a administração de duas insulinas no mesmo horário.

2. Objetivo

Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas numa mesma aplicação. Evitar duas aplicações subcutâneas.

3. Contraindicação

Incompatibilidade das associações de certas formulações numa mesma seringa.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Algodão
- Álcool a 70%
- Seringa de 01 ml
- Frascos de insulinas (NPH e Regular ou Ultra- Rápida).

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe. Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

3 Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelo paciente, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

6 Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;

7 Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;

8 Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;

9 Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultra- Rápida e retirar a dose;

10 Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;

11 Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo (POP 4);

12 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

13 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de

serviços de saúde;

14 Retirar as luvas de procedimento;

15 Higienizar as mãos (POP 42);

16 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

17 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.
- Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem conforme PARECER COREN-SP 40/2013.

No caso de uma aspiração da insulina maior que a necessária, descartar as insulinas e reiniciar o procedimento. NUNCA devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas

- Mistura de NPH e regular pode ser utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em até 30 dias e mistura de NPH e ultrarrápida deverá ser utilizada imediatamente após o preparo.
- Aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultra rápida (Lispro), que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (N) que possui aspecto turvo, leitoso. O objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou Lispro, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em outra aplicação.

- Rolar o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta

da insulina.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/20 notação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- **Cuidados com a insulina Diabetes.** Disponível em: www.diabete.com.br/cuidados- com-a-insulina. Acesso em 11 out 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Uma Seringa, Duas Insulinas: Aprenda a Mistura Correta**. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/publico/colunistas/39- dra-janice-sepulveda/162-uma-seringa-duas-insulinas-aprenda-a-mistura-correta. Acesso em 05 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Manual de Orientação Clínica- Diabetes Mellitus**, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 10 – ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL

1. Definição

Administração de dieta enteral, definida como um alimento para fins especiais, comingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, industrializado ou não, através de sondas.

2. Objetivo

Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.

3. Contraindicação

- Absoluta: obstrução mecânica.
- Relativa: pancreatite hemorrágica grave, enterocolite necrotizante, íleo paralítico prolongado, diarreia grave, refluxo de vômito, fístulas entéricas, disfunção da motilidade intestinal.
- Cada contraindicação deve ser avaliada pela equipe multiprofissional e de maneira individual.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- EPI (luva de procedimento e óculos de proteção)
- Dieta industrializada ou não
- Frasco para dieta
- Equipo de dieta enteral
- Seringa de 20 ml

- Estetoscópio

6. Descrição do procedimento

1 Conferir o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Reunir o material;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

Promover a privacidade do paciente;

4 Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizandotécnica limpa e luvas calçadas;

5 Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando ocontrole de infusão;

6 Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;

7 Com auxílio da seringa, injetar 20 ml de ar com pressão e auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica;

8 Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200 ml);

9 Conectar o equipo com dieta à sonda;

10 Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;

11 Injetar 40 ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;

12 Administrar água conforme prescrição médica;

13 Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão.;

14 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços

de saúde.

15 Retirar os EPI e higienizar as mãos (POP 42);

16 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

17 Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção (POP 13);

18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia.
- As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta.
- Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico.
- A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as recomendações do fabricante.
- O equipo e o frasco de dieta deve ser trocado a cada dieta.
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de dieta, para evitar obstrução da sonda.
- Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem;
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%.
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele.
- Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- Comunicar ao Enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação).
- As dietas não devem estar muito quentes ou frias.
- As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis

vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos.

- Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200 ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal, recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduonovamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração. Lembrar sempre de devolver o resíduo retirado quando este for inferior a 200 ml.

Para o cuidado domiciliar

- Orientar familiar/ cuidador a utilizar 1 frasco/ equipo para dieta e 1 frasco/ equipo para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/ equipo da dieta, substituindo pelo frasco/equipo da água e abrir novo frasco/ equipo para águae sucos.
- Utilizar seringa de 20 ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias.
- O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia, cuidando da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal-estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 453 DE 16/01/2014**. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de

Enfermagem em Terapia Nutricional. 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes. Acesso em 06 out 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atendimento Domiciliar: Protocolo de Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2015.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2012.
- UNAMUNO M. R. D. L.; JULIO S. M. **Sonda Nasogástrica/ Nasoentérica: Cuidados na Instalação, na Administração da Dieta e Prevenção de Complicações**. Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 11 – AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

1. Definição

Exame sanguíneo que obtem a concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital.

2. Objetivo

Obter e controlar a glicemia de usuários diabéticos ou não (também é utilizado em momentos que a avaliação clínica indica, por exemplo, em situações de emergência nas quais a pessoa encontra-se inconsciente, que utilizam ou não insulinoterapia.

3. Contraindicação

Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Bandeja
- Algodão
- Álcool a 70%
- Luvas de procedimento
- Lanceta
- Glicosímetro
- Fitas reagentes

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmando seu nome, apresentando-se e explicando o procedimento que será realizado, orientando e sanando eventuais dúvidas;
2 Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
3 Higienizar as mãos (POP 42);
4 Calçar as luvas de procedimento;
5 Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
6 Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antissepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;
7 Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
8 Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
9 Comprimir o local com algodão seco;
10 Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
11 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;
12 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
13 Retirar as luvas de procedimento;
14 Higienizar as mãos (POP 42);
15 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;
16 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas.
- Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada.

- Verificar a validade das fitas.
- Verificar a compatibilidade entre o número do “chip” /código com o número do lote da fita utilizada.
- Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado.
- Cumprir rodízio dos locais de punção.

8. Referências Bibliográficas

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de**
- **Procedimentos de Enfermagem**. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 12 - AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

1. Definição

Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial sistêmica da pessoa em atendimento dos indivíduos.

2. Objetivo

Detectar precocemente desvios de normalidade. Indicar variações individuais de níveis pressóricos.

3. Contraindicação

Aferir em membros com trombose venosa profunda, acessos venosos, lesões ou do lado em que foi realizada mastectomia.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Algodão
- Álcool a 70%
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Reunir o material;

3 Higienizar as mãos (POP 42).
4 Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
5 Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;
6 Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
7 Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetroem que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);
8 Desinsuflar o manguito rapidamente;
9 Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa);
10 Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
11 Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insufle o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;
12 Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
13 Desinsuflar totalmente o manguito;
14 Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
15 Retirar o manguito do braço do paciente;
16 Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
17 Higienizar as mãos (POP 42);

18 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;
19 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
20 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.
- Na primeira avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva.
- Certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos nos últimos 60 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição.
- O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração.

8. Referências Bibliográficas

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiologia. V.107. n.3. set 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 05 out 2020.
- CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 7ª ed. Rio de

Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 13 – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Definição

Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao processo de cuidar da pessoa.

2. Objetivo

Garantir a qualidade das informações e suporte para análise reflexiva da assistência prestada, assegurando a continuidade das informações e a comunicação entre a equipe de saúde.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Prontuário tradicional ou eletrônico ou ficha de atendimento
- Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta
- Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe)

6. Descrição do procedimento

1 Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional

de Enfermagem);

2 Nunca registrar procedimento ou cuidado realizado por terceiros;

3 Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;

4 Devem ser precedidas de data e hora, identificação do profissional com o número do Coren e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;

5 Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas ou espaços em branco;

6 O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página;

7 Registrar informações referentes aos cuidados prestados, sinais vitais, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);

8 A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;

9 Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

10 Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

7. Observação

- A informação deve ser exata, com dados subjetivos ou objetivos claramente discriminados.
- O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa.
- Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso.
- Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas.
- O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.

- As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada.
- Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen n° 441/2013 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS).

8. Referência Bibliográfica

- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 441/2013. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem, 2013
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Anotações de Enfermagem**. Disponível em http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de- enfermagem-coren-sp.pdf. Acesso em: 05 out 2020. São Paulo, 2009.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Campinas. **Guia de Acolhimento de Novos Profissionais**. Campinas, 2011.
- SANTOS, V. E. P.; VIANA, D. L. **Fundamentos e Práticas para Estágio em Enfermagem**. 3ª ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 0514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente, com a Finalidade de Nortear os Profissionais de Enfermagem, 2016. Disponível em: **http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes**. Acesso em 05 out 2020.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 14 – ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Definição

É o método utilizado para remover secreções da boca e da faringe, através de sucção, desobstruindo a entrada de ar nas vias aéreas superiores, bem como da traqueia e brônquios nos pacientes entubados e traqueostomizados.

1. Objetivo

Manter as vias aéreas permeáveis. Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar. Prevenir infecção.

2. Contraindicação

Não existem contraindicações absolutas para este procedimento. A maioria das contraindicações é relativa e diz respeito ao risco do paciente apresentar reações adversas ou piora de sua condição clínica.

3. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

4. Material

- EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica)
- Fluxômetro para aspiração
- Fonte de vácuo e oxigênio
- Frasco de aspiração
- Extensão de silicone
- Sonda aspiração 14ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico)
- Ampola de SF 0,9%
- Ressuscitador manual de respiração

- Gaze estéril
- Cânula de Guedel
- Oxímetro de pulso

5. Descrição do procedimento

Aspiração de Orofaringe:

1 Reunir o material;
2 Higienizar as mãos (POP 42);
3 Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
4 Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não forcontraindicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração;
5 Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através daextensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;
6 Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;
7 Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
8 Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;
9 Lavar a extensão com água destilada;
10 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
11 Retirar os EPIs;
12 Deixar o paciente confortável;
13 Higienizar as mãos (POP 42);
14 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e

carimbar;

15 Realizar anotação de enfermagem (POP 14) e registrar a produção;

16 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Aspiração Traqueal:

1 Reunir o material;

2 Higienizar as mãos (POP 42);

3 Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

4 Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação, reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;

5 Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para protege a sonda, mantendo-a estéril;

6 Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas estéreis (POP 75);

7 Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxilio de outro profissional, prevenindo hipoxemia;

8 Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;

9 Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;

10 Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;

11 Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;

12 Ao termino da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;

13 Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda ;

14 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

15 Retirar os EPIs;

16 Fechar fonte de vácuo;

17 Deixar o paciente confortável;

18 Higienizar as mãos (POP 42);

19 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

6. Observação

- Instilação de SF 0,9% (até 5 ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas.
- O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração.
- Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA.
- Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor).
- Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

7. Referência Bibliográfica

- AVENA, M. J.; CARVALHO, W. B.; BEPPU.O. S. **Avaliação do Mecanismo**

Respiratório e da Oxigenação Pré e Pós Aspiração de Secreção em Crianças Submetidas a Ventilação Pulmonar Mecânica. Universidade Federal São Paulo. São Paulo, 2007.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- SANTOS F. N. Q. **A Influencia da Aspiração Endrotraqueal Sobre a Pressão Intracraniana no Traumatismo Cranio- Encefalico Grave**. Rio de Janeiro, 2008.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Brasília, 2012.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 15 – AUXÍLIO DE BIÓPSIA DE MAMA GUIADO POR ULTRASSOM

1. Definição

Retirada de fragmentos da lesão suspeita através de uma pistola automática que dispõe de uma agulha, que ao disparar corta o material e o recolhe. Este procedimento é guiado por ultrassonografia.

2. Objetivo:

Colher material de uma ou mais lesões mamárias suspeitas para avaliação histopatológica.

3. Contraindicação:

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

4. Executante:

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

5. Material:

- Agulha 13x4,5
- Agulha para biópsia
- Álcool a 70%
- Avental para paciente
- Anestésico
- Caixa térmica
- Esparadrapo

- Formol
- Gazes estéreis
- Lápis
- Lençol
- Livro de registro de exames
- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Micropore
- Óculos de proteção
- Seringa de 3 ou 5 ml

6. Descrição do procedimento:

1 Chamar o paciente e confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante;

2 Reunir material necessário para realização do procedimento;

3 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental;

6 Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca;

7 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame;

8 Recolher e acondicionar os fragmentos de biópsia em frascos com formol (1/3 do frasco), previamente identificados com data da coleta, nome do paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico e unidade de saúde;

9 Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar pacientequanto a retirada do mesmo;

10 Higienizar as mãos (POP 42);

11 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data

de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade deorigem, local aspirado;

12 Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado;

13 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico;

14 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortantes;

15 Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

7. Observações

8. Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial Referências Bibliográficas

- **Biópsia de Mama**. Disponível em: <www.mamaimagem.com.br> . Acesso em: 30 nov 2015.
- **Protocolo de biópsia de mama**. Disponível em: <hcrp.fmrp.usp.br>. Acesso em: 05 Fev 2014.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 16 – AUXÍLIO A ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

1. Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas do coração e dos grandes vasos, e fluxo sanguíneo nos mesmos, durante o procedimento. A equipe de Enfermagem presta assistência nos períodos pré, intra e pós-exame.

2. Objetivo

Avaliar o funcionamento do coração, do ponto de vista anatômico e funcional.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para este procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Gel para ultrassonografia
- Lençol descartável
- Balança
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Lençol (se necessário)
- Avental (se necessário)
- Álcool 70%

- Hamper para roupas sujas;
- Equipamentos de Proteção Individual (Conforme a precaução)

Descrição do procedimento

1 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
3 Fornecer avental para o paciente se trocar, orientando manter abertura para frente;
4 Reunir material necessário para o exame;
5 Higienizar as mãos (POP 42);
6 Paramentar-se com EPI, conforme a precaução;
7 Verificar altura (POP 49) e peso (POP 52) e aferir pressão arterial (POP 12);
8 Posicionar paciente na maca, em decúbito lateral direito e membro superior esquerdo flexionado atrás da cabeça;
9 Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir- se, se necessário;
10 Orientar o paciente a desprezar o avental utilizado no hamper após a troca;
11 Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 em seguida, repor lençol de papel limpo;
12 Realizar a limpeza do transdutor, conforme observação abaixo;
13 Higienizar as mãos (POP 42);
14 Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo;
15 Entregar o laudo para paciente;
16 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

6. Observação

- O procedimento de ecocardiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza do transdutor ao término de cada exame com gaze, água e sabão.

- Caso o exame não possa ser realizado por motivos internos do setor (falta de energia, ausência do médico, defeito no aparelho), remarcar o exame para outro dia ou orientar a aguardar telefonema para novo agendamento.
- Atentar para risco de queda do paciente da mesa do exame.

Referências Bibliográficas

- LIRA FILHO et al. **Recomendações para Acreditação de Laboratórios de Ecocardiografia**. Arq Bras Cardiol: Imagem cardiovasc. 2018; 31(2):82-88.
- ARMSTRONG, W. F; RYAN, T. **Feigenbaum Ecocardiografia.** Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.
- BERNARDI, G. A; COSTA, T. C. M**. Avaliação da Atividade Antimicrobiana do Alcool 70% em Superfícies Contaminadas**. Journal of Infection Control. v.6, n.4, 2017.
- ABCMED. **Ecocardiograma: Você Conhece o Exame?**. 2013. Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/338334/ecocardiograma-voce- conhece-o-exame.htm>. Acesso em: 17 nov. 2019.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 17 – AUXÍLIO À ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA

1. Definição

Registro da atividade elétrica cerebral através da colocação de eletrodos superficiais no escalpe para detecção de possíveis anormalidades associadas à uma ampla gama de sinais e sintomas neurológicos.

2. Objetivo

Avaliar pacientes com fenômenos paroxísticos (epilépticos ou não). Avaliar encefalopatias tóxicas-metabólicas, infecciosas e degenerativas (demências). Classificar e seguir asvárias modalidades de epilepsias.

3. Contraindicação

Relativas: seborreia excessiva, infecção de pele no couro cabeludo e pediculose, cabelos úmidos.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Fita métrica
- Lápis para demarcar pontos dos eletrodos
- Pasta para EEG
- Espátula
- Separador de cabelos
- Papéis cortados para fixação dos eletrodos (lençol de papel)
- Gaze

- Cuba rim
- Água morna
- Álcool 70%

6. Descrição do procedimento

1 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado (longa duração, necessita de cooperação, não mexer a cabeça, manter os olhos fechados), sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;

3 Verificar se o paciente está com preparo necessário (cabelos limpos e secos). Inspecionar os cabelos do paciente quanto a umidade, gel, cremes ou pediculose. Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame, o mesmo deverá ser remarcado;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Reunir material necessário para realização do procedimento;

6 Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo;

7 Preencher o protocolo do exame EEG com seu respectivo número, entregá-lo ao paciente ou seu acompanhante, orientando quanto à retirada do laudo;

8 Preencher no sistema a ficha do paciente, contendo nome completo, data de nascimento, número do prontuário, número do exame, nome do médico(a) solicitante e origem. No campo observação, anotar informações relevantes como: cicatriz cirúrgica e sua localização; afundamento de crânio; tremores espontâneos em membros e face, agitação, demência, pseudocrise, anotar no campoobservações do sistema (informações relevantes, principalmente quando paciente não cooperante;

9 Iniciar a montagem dos eletrodos, utilizando-se o sistema 10-20 de colocação utilizando-se montagens mono e bipolares. Separar os cabelos e marcar com lápis específico os locais para aplicação de pasta condutora e respectivos eletrodos. O método utiliza quatro pontos padronizados: 1) raiz do nariz (*nasiun*), 2) protuberância occipital (*inium*), ambos no mesmo plano sagital, 3) ponto pré- auricular (depressão na raiz do zigoma anteriormente ao *tragus*).Os

pontos são encontrados utilizando 10 e 20 % das medidas encontradas;

10 Demarcar medidas ântero-posterior. Medir a distância entre o *nasiun* e *iniun* passando pelo vértex, na linha média. Cinco pontos são então marcados ao longo desta linha, designados como pólo frontal (Fp), frontal (F), central (C), parietal (P) e occipital (O);

11 Marcar o primeiro ponto (Fp) a 10 por cento da distância *násiun-íniun*, marcá-lo logo acima do *násiun*; Marcar segundo ponto (F) a 20 por cento da mesma distância e marcá-lo acima do Fp;

12 Marcar os pontos central (C), parietal (P) e occipital (O), na linha média a cada 10 por cento da distância *násiun- íniun*. Todos esses pontos marcados na linha média são seguidos de “z” no nome do eletrodo (PGND, Fz, Cz, Pz);

13 Medir linha coronal central, da distância os pontos pré-auriculares, passando pelo ponto central já determinado com a medida ântero-posterior. Dez por cento desta medida acima do ponto pré-auricular, marcar o ponto temporal médio (T3, T4) e 20 por cento acima do temporal médio está o ponto central (C3, C4);

14 Marcar linha ântero-posterior passando agora sobre a região temporal, frontal e occipital, medindo-se a distância entre o ponto da linha média Fpz e o ponto occipital também da linha média, Oz, passando-se pelo ponto temporal já previamente determinado;

15 Marcar 10 por cento da medida, a partir da posição do Fpz, assim como a partir do ponto occipital da linha média Oz;

16 Desta forma, marcar outros dois pontos “Fp” (1 e 2), um à direita e outro àesquerda e ainda dois outros pontos “O” (1 e 2), também um à direita e outro à esquerda. Os pontos temporal anterior e posterior (T5, T6) estão na posição 20 por cento da distância a partir dos pontos Fp e O determinados nesta linha;

17 Marcar pontos remanescentes, frontal (F3, F4, F7, F8)) e médio parietal (P3 e P4) estão posicionados ao longo da linha coronal frontal e parietal respectivamente, equidistante entre a linha média e a linha temporal. Sendo que, os eletrodosímpares ficam posicionados à esquerda e pares, a direita;

18 Ao iniciar o exame, verificar se as configurações estão corretas no sistema;

19 Fazer logo em seguida, na captação elétrica, o teste de impedância;

20 Com a luz apagada, pedir para o paciente fechar os olhos;

21 Iniciar a gravação observando o traçado e o paciente, clicar “vigília”, após 30 segundos pedir para abrir os olhos. Parar a gravação e corrigir artefatos ou eletrodos que se desprendem fácil do couro cabeludo. Parar quantas vezes for necessário e anotar qual eletrodo foi trocado;

22 Clicar “olhos abertos”, após 30 segundos pedir para o paciente fechar os olhos e clicar “olhos fechados”. Em seguida, o maior tempo em vigília, clicar “vigília”, observando o traçado. Sempre que necessário parar a gravação para recolocar ou trocar os eletrodos;

23 Observar se o paciente responde aos comandos verbais, orientá-lo antes de iniciar o estado de hiperventilação para que não haja deslocamento dos eletrodos. Solicitar que o paciente inspire e expire pela boca. Clicar hiperventilação;

24 Clicar estado de pós hiperpneia, ao término de hiperventilação. Pedir para o paciente respirar normalmente;

25 Orientar paciente a manter os olhos fechados durante a fotoestimulação e em seguida clicar na opção flashestimulação;

26 Ao término da fotoestimulação, clicar pós flashestimulação;

27 Clicar também durante a gravação alguns eventos, bocejo, tosse, tremores espontâneos, sono espontâneo;

28 Ao término da gravação, pedir para o paciente abrir os olhos, acender a luz da sala, pegar a cuba rim contendo água morna;

29 Tirar os eletrodos um a um, cuidadosamente, limpar a cabeça do paciente com gaze embebida em água morna e após gaze seca, removendo toda a pastarestante. Limpar também os eletrodos com gaze e água morna e secar com gaze seca;

30 Pedir para o paciente sentar, observar possível tontura, ajudar a descer da maca, se necessário, e se estiver bem dispensá-lo;

31 Retirar lençol de papel, realizar limpeza da maca com álcool 70%, repor lençol

de papel limpo;

32 Higienizar as mãos (POP 42);

33 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Exame deve ser realizado com o paciente em decúbito dorsal;
- Durante a gravação do exame, o profissional deve estar atento ao paciente; pode acontecer (raramente) que pacientes epilépticos tenham uma crise durante o procedimento;
- É fundamental que durante o procedimento tanto o celular do profissional quanto do paciente esteja desligado;

8. Necessário a cooperação do paciente para realizar o exame, por isso é realizado apenas em pacientes maiores de 6 anos quando estão conscientes e orientados. É possível realizar exames em menores de 6 anos quando estes estiverem em sono profundo.

Referências Bibliográficas

- American Electroencephalographic Society. **Guideline Twelve: Guidelines for Long- Term Monitoring for Epilepsy**. J Clin Neurophysiol, 11(1):88-110, 1994.
- Berger H. Ueber das Elektroenkephalogramm des Menschen. Archiv Psychiatr Nervenkr 1929, 87:527-570.
- Jasper H. H. **The Ten-twenty Electrode System of the International Federation**. Electroenceph Clin Neurophysiol 1958;10:370-375.
- Morris III H; Lüders H. **Electrodes**. In: Gotman J, Ives JR, Gloor P. (eds).
- Electroenceph Clin Neurophysiol 1985; (Suppl. 37):3-26.
- Garzon E. **Conventional EEG**: **The 10/20 system and the rationale for the use of the 10/10 system. Disponível em:** http://www.lasse.med.br/mat_didatico/lasse1/textos/eliana03.html. Acesso em: 30 nov 2015.
- ABCMED. Eletroencefalograma: Como é Feito? Como Se Preparar Para o Exame? Quais São as Complicações? Disponível em: https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/347519/eletroencefalograma-como-e-feito-como-se-preparar-

para-o- exame-quais-sao-as-complicacoes.htm. 2013. Acesso em: 17 nov. 2019.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 18 – AUXÍLIO A ELETRONEUROMIOGRAFIA

1. Definição

Método de estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognóstico de lesões do sistema nervoso periférico.

2. Objetivo

Localizar lesão no sistema nervoso periférico e muscular, prover informações sobre fisiopatologia da lesão, avaliar grau de comprometimento e o curso temporal da lesão.

3. Contraindicações

Absolutas: Não há contraindicações absolutas para a realização do exame.

Relativas: pacientes com marcapasso, cateter intracardíaco, plaquetopenia, coagulopatia, uso de anticoagulante e medicamentos anticolinesterásicos e pele com solução de continuidade.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Gel
- Lençol (se necessário)
- Camisola (se necessário)
- Eletrodos para eletroneuromiografia
- Álcool 70%
- Gaze
- Esparadrapo microporoso

6. Descrição do procedimento

1 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
3 Verificar se o paciente está com preparo necessário. (não ter usado cremes, óleos ou loções na pele. Orientar retirar adornos metálicos (brincos, anéis, cordões, pulseiras, etc.). Caso não esteja em condições adequadas para realização do exame, o mesmo deverá ser remarcado;
4 Higienizar as mãos (POP 42);
5 Reunir material necessário para realização do procedimento;
6 Ajudar o paciente, se necessário, a subir na maca e deitá-lo;
7 Posicionar o paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade. Oferecer camisola, se necessário;
8 Retirar excesso de gel da pele e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir-se, se necessário;
9 Realizar curativo oclusivo, se algum ponto permanecer com sangramento;
10 Retirar lençol de papel utilizado e friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos. Em seguida, repor lençol de papel limpo;
11 Higienizar as mãos (POP 42);
12 Devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;
13 Entregar o laudo para paciente;
14 Desprezar perfurocortantes no descarpack, se restar algum;
15 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- O procedimento de eletroneuromiografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.

- Pode haver leve dor ou a formação de hematomas nos locais de inserção da agulha.

8. Referências Bibliográficas

- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Eletroneuromiografia. Disponível em: <https://www.einstein.br/especialidades/neurologia/exames-tratamentos/eletroneuromiografia>. Acesso em 17 nov 2019.
- INTERFISIO. Eletroneuromiografia. Disponível em: <https://interfisio.com.br/eletroneuromiografia>. Acesso em 17 nov 2019.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 19 – AUXÍLIO DE PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE MAMA GUIADO POR ULTRASSOM

1. Definição

A punção aspirativa com agulha fina é um procedimento médico, sendo um método diagnóstico inicial na avaliação de doenças mamárias. A equipe de enfermagem realiza o preparo da sala pré e pós-procedimento ambulatorial e auxilia o médico durante realização do exame.

2. Objetivo

A punção aspirativa com agulha fina ou PAAF é um procedimento simples no qual se introduz uma agulha muito fina na lesão da mama a ser avaliada. Através de aspiração, são retiradas algumas células que serão analisadas no microscópio. O procedimento é realizado com anestesia e guiado por ecografia.

3. Contraindicação

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

4. Executante

Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem.

5. Material

- Agulha 40x12
- Álcool a 70%
- Avental para paciente
- Bisnaga de cloridrato de lidocaína geléia à 2%

- Caixa térmica
- Esparadrapo
- Gazes estéreis
- Lâminas
- Lápis
- Lençol Livro de registro de exames
- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Micropore
- Óculos de proteção
- Seringa de 20 ml

6. Descrição do Procedimento

1 Reunir material necessário para realização do procedimento;
2 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se, acolher e orientar paciente sobre o procedimento e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante;
3 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores;
4 Higienizar as mãos (POP 42);
5 Encaminhar o paciente para troca de roupa e oferecer avental;
6 Posicionar o paciente de acordo com o procedimento na maca;
7 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame;
8 Recolher a seringa com material colhido, identificá-la com data da coleta, nome paciente, nome da mãe, número de prontuário, médico, data de nascimento e unidade de saúde;
9 Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar paciente quanto a retirada do mesmo;
10 Higienizar as mãos (POP 42);
11 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data

de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade de origem, local aspirado;

12 Registrar em memorando (duas vias) os dados do paciente e procedimento realizado;

13 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico;

14 Acondicionar as seringas identificadas em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise;

15 Manter o ambiente limpo e organizado (POP 56).

Observações

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatorial.

7. Referências Bibliográficas

- PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA**. Manual de Preparo para Exames e Procedimentos Ambulatoriais**: **Guia Rápido**. Versão 2.0. Limeira, 2012.
- CÂNCER DE MAMA BRASIL. **O que é PAAF?**. Disponível em: <https://www.cancerdemamabrasil.com.br/o-que-e-paaf/>. Acesso em: 04 Fev 2014.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 20 – AUXÍLIO DE PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE TIREÓIDE GUIADO POR ULTRASSOM

1. Definição

A punção aspirativa com agulha fina é um procedimento médico, sendo um método diagnóstico inicial na avaliação da doença nodular da tireóide. A equipe de enfermagem realiza o preparo da sala pré e pós procedimento ambulatorial e auxilia o médico durante realização do exame.

2. Objetivo

A punção aspirativa com agulha fina ou PAAF é um procedimento simples no qual se introduz uma agulha muito fina no nódulo de tireoide que se quer avaliar. Através de aspiração, são retiradas algumas células que serão analisadas no microscópio. O procedimento é realizado com anestesia e guiado por ecografia.

3. Contraindicação

Em alguns pacientes que estão fazendo uso de anticoagulantes ou de aspirina, pode ser necessária a suspensão desses medicamentos alguns dias antes para se evitar sangramento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Luvas de procedimento
- Gazes estéreis
- Óculos de proteção
- Bisnaga de cloridrato de lidocaína geléia à 2%
- Máscara cirúrgica
- Álcool a 70%

- Lâminas
- Agulha 30x8
- Seringa de 20 ml
- Frasco porta lâminas de plástico contendo álcool à 70%
- Lápis
- Caixa térmica
- Livro de registro de exames

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente acolhendo o paciente e responsável com atenção;

2 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores;

3 Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, identificação do profissional solicitante (nome, número do registro e carimbo);

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado e aplicar o termo de consentimento do exame, orientando o paciente a esclarecer possíveis dúvidas com o médico executante;

6 Posicionar paciente em maca;

7 Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame;

8 Expor as lâminas em área plana identificadas a lápis com as iniciais do paciente e local a ser aspirado;

9 Acondicionar as lâminas em frascos apropriados, contendo álcool à 70%, previamente identificados com uma etiqueta contendo: nome completo do paciente, data de nascimento, sexo, n° do prontuário, nome da mãe, local aspirado, médico que realizou o procedimento, nome da unidade e data;

10 Registrar em livro de controle (número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, data da coleta, telefone, nome do médico solicitante, unidade deorigem, local aspirado e quantidade de frascos);

11 Registrar em memorando (3 vias) os dados do paciente e procedimento realizado;
12 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame e retorno médico;
13 Organizar sala após procedimentos, atentando para o descarte de material perfurocortantes;
14 Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisiçõesem envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

7. Observações

Este procedimento é executado pelo médico, sendo necessário o auxílio do profissional de enfermagem para realização do procedimento ambulatório.

Referências Bibliográficas

- YOKOZAWA, Tamotsu. **Câncer da Tireóide Detectado pela Punção Aspirativa por Agulha Fina Guiada pelo Ultra-Som**. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 1998, vol.42, n.4, pp. 296-298.
- MAIA, Ana Luiza et al . Nódulos de Tireóide e Câncer Diferenciado de Tireóide: Consenso Brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v. 51, n. 5, p. 867-893, July 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302007000500027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 out 2020.
- PITOIA, Fabián et al . Recommendations of the Latin American Thyroid Society on Diagnosis and Management of Differentiated Thyroid Cancer. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v. 53, n. 7, p. 884-887. Oct. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302009000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 out 2020.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

.

POP 21 – AUXÍLIO DE TESTE ERGOMÉTRICO

1. Definição

Método diagnóstico de doenças cardiovasculares, de determinação prognóstica, avaliação da resposta terapêutica, da tolerância ao esforço e de sintomas compatíveis com arritmias ao exercício.

2. Objetivo

Avaliar resposta clínica, hemodinâmica, autonômica, eletrocardiográfica, metabólica e, eventualmente, ventilatória ao exercício.

3. Contraindicação

Gerais: embolia pulmonar; enfermidade aguda, febril ou grave; limitação física ou psicológica; intoxicação medicamentosa; distúrbio hidroeletrolíticos e metabólicos não corrigidos.

Relativas: estenoses valvares moderadas e graves; insuficiências valvares graves; taquiarritmias e arritmias ventriculares complexas; afecções não cardíacas capazes de agravamento pelo TE.

Contraindicações de alto risco: IAM não complicado; angina instável estabilizada; lesão conhecida e tratada de tronco de coronária esquerda ou equivalente; arritmias ventriculares complexas; arritmias com repercussões clínicas e hemodinâmicas sob controle; síncopes por provável etiologia arritmogênica ou bloqueio atrioventricular de alto grau; presença de desfibrilador implantado; insuficiência cardíaca compensada Classe Funcional III (NYHA); lesões valvares estenóticas moderadas e graves em indivíduos assintomáticos e nas insuficiências valvares graves; hipertensão pulmonar; cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva; insuficiência respiratória, renal ou hepática. Dor torácica aguda

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Álcool 70%
- Gaze
- Cuba rim
- Eletrodo descartável
- Balança
- Avental (se necessário)

6. Descrição do procedimento

1 Conferir lacre do carrinho de urgência;

2 Verificar funcionamento da balança, desfibrilador e laringoscópio;

3 Chamar paciente conforme agenda, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

4 Orientar paciente a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, caso esteja de acordo com a realização do exame. Em caso de impossibilidade de leitura pelo paciente, ler e explicar o termo para paciente e carimbar a impressão digital;

5 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente. Paciente deve estar usando roupas confortáveis que não limitem movimentos, mulheres devem estar vestindo top ou sutiã, homens devem estar com o tórax tricotomizado, deve estar calçando tênis ou sapato confortável. Verificar se ingeriu refeição leve, deve estar portando receita de medicação em uso;

6 Conferir preparo específico com paciente;
7 Orientar o paciente quanto ao procedimento, aferir pressão arterial (POP 12), medir estatura (POP 49) e pesar (POP 52);
8 Registrar os dados e apresentá-los ao cardiologista, juntamente com a receita para confirmar a realização do exame;
9 Reunir material necessário para o exame;
10 Higienizar as mãos (POP 42);
11 Se exame confirmado, oferecer avental e limpar com gaze e álcool 70% os locais onde serão colados os eletrodos;
1 Monitorizar paciente com eletrodos nas seguintes localizações:
2 (RA) na região acrômio-clavicular D,
3 (LA) na região acrômio-clavicular E,
4 (RL) em crista ilíaca D,
5 (LL) em crista ilíaca E,
6 (V1) no 2° espaço intercostal a D,
7 (V2) no 2° espaço intercostal a E,
8 (V3) entre V2 e V4,
9 (V4) na linha hemiclavicular no 3° espaço intercostal,
10 (V5) na linha axilar anterior no 3° espaço intercostal, e
11 (V6) na linha axilar média no 3° espaço intercostal;
12 Auxiliar paciente a subir na esteira, posicionando o manguito no braço esquerdo, preferencialmente;
13 Acompanhar exame para auxiliar em eventuais intercorrências;
14 Ao término do exame, retirar o manguito do braço do paciente, auxiliar paciente a descer da esteira e retirar os eletrodos;
15 Encaminhar o paciente para se vestir, devolver a documentação e orientar paciente a aguardar o laudo;
16 Higienizar as mãos (POP 42);
17 Entregar o laudo para paciente;
18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Procedimento é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Antes de iniciar os exames, em cada plantão, realizar teste operacional do desfibrilador da seguinte forma:
- Verifique se o cabo de energia está ligado na tomada, desligue e verifique o acionamento da bateria.
- Ligue o desfibrilador, apertando a tecla LIGA (ON). Retire as pás e as mantenha no local de encaixe para disparo da carga.
- Selecione uma carga baixa, clicando ou girando o botão de seleção.
- Dê a carga no aparelho e dispare a carga pressionando os botões (conforme orientação do fabricante). Perceba sinal sonoro ou visual indicando o disparo da carga.
- Coloque as pás nos locais de encaixe se estas tiverem sido retiradas ou aS mantenha no encaixe.
- Desligue o desfibrilador clicando ou girando o botão para a posição DESLIGA(OFF).
- Religue o cabo de energia à tomada e mantenha ligado.
- Registre o teste realizado em impresso próprio.
- Caso o exame não possa ser realizado por motivos internos do setor (falta de energia, ausência do médico, defeito no aparelho) remarcar o exame para outro dia ou orientar a aguardar telefonema para novo agendamento.
- Atentar para risco de queda do paciente da esteira.

8. Referências Bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SÁUDE. ANVISA. **Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil**. Brasília, 2011.
- MENEGHELO, R. S.; ARAÚJO C. G. S.; STEIN, R.; MASTROCOLLA, L. E.; ALBUQUERQUE, P. F.; SERRA, S. M.; ET AL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico. **Arq Brás Cardiol.** 2010; 95 (5 supl.1); 1-26.
- ABCMED. **Teste Ergométrico ou Teste de Esforço: O que Devo Saber Sobre**

Ele?. Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/738767/teste- ergometrico-ou-teste-de-esforco-o-que-devo-saber-sobre-ele.htm>. Acesso em: 17 nov. 2019.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 22 – AUXÍLIO A ULTRASSONOGRAFIA

1. Definição

Método de exame de imagem que utiliza ondas sonoras de alta frequência, os quais após atravessarem os tecidos dos órgãos estudados, retornam em forma de ecos fornecendo imagens instantâneas durante o procedimento.

2. Objetivo

Avaliar órgãos e estruturas internas do corpo humano.

3. Contraindicação

Não há contraindicação absoluta para realização deste procedimento. Existem contraindicações relativas pertinentes a cada tipo de exame. Porém, sugere-se evitar a ultrassonografia em pacientes com febre, processo inflamatório no local do exame, transvaginal no período menstrual, e exame com Doppler no primeiro trimestre gestacional. Por questões legais, não se pratica ultrassonografia transvaginal em pacientes virgens.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas
- Gel para ultrassonografia
- Lençol descartável
- Avental (se necessário)
- Preservativo sem lubrificante (para exame transvaginal)
- Álcool 70%

- Hamper para roupas sujas
- Equipamentos de Proteção Individual

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2 Conferir agendamento, documento de identidade e cartão SUS do paciente;
3 Conferir se o paciente fez preparo específico para cada tipo de exame;
4 Fornecer avental para o paciente se trocar, quando necessário;
5 Reunir material necessário para o exame;
6 Higienizar as mãos (POP 42);
7 Paramentar-se com EPI;
8 Posicionar paciente conforme exame a ser realizado, preservando sua privacidade;
9 Retirar o excesso de gel e auxiliar o paciente a levantar-se após o exame, e vestir- se, se necessário;
10 Orientar o paciente a desprezar o avental utilizado no hamper após a troca;
11 Retirar lençol descartável utilizado e desprezar em lixo comum se não houversangue, secreções dos pacientes e/ou gel após contato com mucosa de paciente. Friccionar superfície da maca com álcool 70% por 30 segundos, repor lençol descartável limpo;
12 Realizar a limpeza dos transdutores de ultrassom conforme observação abaixo;
13 Higienizar as mãos (POP 42);
14 Devolver a documentação do paciente e orientá-lo a aguardar o laudo;
15 Entregar o laudo para paciente;
16 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Procedimento de ultrassonografia é realizado pelo profissional médico, cabendo a enfermagem as ações acima descritas.
- Realizar limpeza dos transdutores linear e convexo ao término de cada exame com gaze, água e sabão, e do transdutor endocavitário, com gaze, água e sabão, e após friccionar com álcool 70% por 30 segundos.

8. Referências Bibliográficas

- RUMACK, C. M. ; WILSON, S. R. ; CHARBONEAU, J. W. **Tratado de Ultrassonografia Diagnóstica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- MASSELLI, I. B.; WU, D. S. K. **Manual Básico de Ultrassonografia.** São Paulo: Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP, 2013. BERNARDI, G. A.; COSTA, T. C. M. **Avaliação da Atividade Antimicrobiana do Álcool 70% em Superfícies Contaminadas**. Journal of Infection Control, v.6, n.4, 2017.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 23 – BACILOSCOPIA DE HANSENÍASE

1. Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e tratamento da Hanseníase.

2. Objetivo

Realizar coleta de linfa cutânea para diagnóstico e acompanhamento da Hanseníase.

3. Contraindicação

Não se aplica

4. Executante

Enfermeiro Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Algodão hidrófilo
- Avental/Jaleco
- Álcool 70°GL ou 70%
- Esparadrapo ou bandagem antisséptica
- Fósforo
- Garrote
- Gaze não estéril
- Lâmina de vidro para microscopia, nova, limpa e desengordurada, com extremidade fosca
- Lamparina a álcool 90°GL ou bico de Bunsen
- Lâmina de bisturi nº 15 ou bisturi descartável

- Lápis comum
- Livro-registro para controle de exames realizados
- Luvas de procedimento
- Máscara
- Óculos
- Pinça Kelly curva ou reta para fazer isquemia no local da incisão
- Porta-lâminas de plástico para o transporte da amostra
- Recipiente para descarte do material utilizado

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, conferir o nome, apresentar-se e acolher o paciente com atenção;

2 Receber a guia de requisição de exames;

3 Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo);

4 Explicar o procedimento que será realizado;

5 Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente, o número da etiqueta do formulário único e data da coleta;

6 Verificar e coletar os sítios de coleta indicados na solicitação do exame.

7 Higienizar as mãos (POP 42);

8 Calçar as luvas de procedimento, máscara cirúrgica, óculos e avental;

9 No momento de cada coleta realizar antissepsia com álcool a 70º GL ou 70%, dos sítios indicados na solicitação médica;

10 Utilizar a padronização do Laboratório Municipal de Campinas, realizando a coleta da linfa do lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e cotovelo esquerdo (CE);

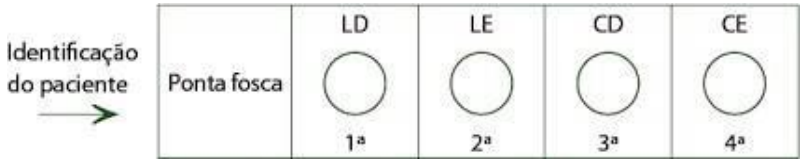
11 Caso haja solicitação de outros sítios de coleta, por exemplo, Joelho D (JD), Joelho E (JE), Lesão (L), entre outros, confeccionar outra lâmina, conformeorientação abaixo;

12 Com o auxílio da pinça Kelly, com suas pontas envolvidas por garrote, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça;

13 Fazer um corte na pele de aproximadamente 5 mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material;

14 Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7 mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme;

15 O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca), e o segundo próximo ao primeiro observandouma distância, de pelo menos 0,5 cm entre cada amostra e



assim sucessivamente;

16 Entre um ponto de coleta e outro, limpe a lâmina e a pinça com álcool a 70%;

17 Fazer curativo compressivo nos sítios de coleta;

18 Deixar a lâmina secar em temperatura ambiente durante cinco a dez minutos. Após essa etapa os esfregaços devem ser fixados passando-se as lâminas duas a três vezes, rapidamente, na chama de uma lamparina ou bico de Bunsen, com os esfregaços voltados para cima;

19 Após a fixação, acondicionar as lâminas em porta-lâminas de plástico;

20 Os porta-lâminas deverão ser acondicionados conforme normas de biossegurança e identificadas, com a etiqueta do laboratório, contendo a unidade de origem, o endereço de destino e o remetente, para serem transportadas à

unidade laboratorial no prazo máximo de 24h, acompanhada do formulário próprio do laboratório;

21 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);

22 Registrar em livro-controle data da coleta, os dados do paciente e os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle e registrar em planilha de produção;

23 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

24 Higienizar as mãos (POP 42);

25 Manter o ambiente limpo e organizado (POP 56).

7. Observações

Se não houver porta-lâminas de plástico disponíveis, para realização do transporte, pode- se colocar espátulas entre as lâminas para não haver o contato das mesmas e embrulhar o material com papel alumínio.

Referências Bibliográficas

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Padronização da Fase Pré-analítica das Análises Laboratoriais nas Unidades Básicas da Rede Municipal de Saúde de Campinas.** Laboratório Municipal de Patologia Clínica. pg. 68. Campinas, 2010/2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilancia em Saúde. Departamento de Vigilancia Epidemiologica. **Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância e Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Guia Prático sobre Hanseníase.** Brasília, 2017.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 24 – BOTA DE UNNA

1. Definição

É uma bandagem de algodão umedecida e não aderente, impregnada principalmente de óxido de zinco, glicerina, óleo de castor ou mineral, utilizada para a realização de terapia de contenção em MMII.

2. Objetivo

Realizar a contenção, auxiliando o retorno venoso, reduzir o edema e em consequência a cicatrização de lesões em membros inferiores.

3. Contraindicação

Lesões arteriais e mistas. Presença de infecção e miíase. Sensibilidade conhecida a algum de seus componentes. Pacientes que não deambulam. Cardiopatia descompensada.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Mesa auxiliar ou bandeja
- Bacia/cuba, se necessário
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly (se necessário)
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário)
- Tesoura
- Pacote de gazes esterilizadas
- Atadura de rayon estéril (se necessário)
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente

- Seringa de 20 ml
- Agulha 25x12 ou 40x12
- Sabão neutro
- Luvas de procedimento
- Esparadrapo
- Atadura de crepe
- Espátula (se necessário)
- Bota de Unna
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão
- EPI (óculos, avental e máscara)
- Gaze não-estéril

6. Descrição do procedimento

1 Conferir a prescrição;
2 Higienizar as mãos (POP 45);
3 Reunir o material;
4 Chamar o paciente confirmando o nome apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5 Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada. Repouso mínimo de 15 minutos, com MMII elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário;
6 Higienizar novamente as mãos;
7 Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
8 Retirar a bota anterior (se houver);
9 Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
10 Mensurar com fita métrica a circunferência da panturrilha e tornozelo e registrar;
11 Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze

não- estéril;

12 Trocar luvas de procedimento;

13 Acoplar seringa de 20 ml na agulha 25X12 ou 40X12;

14 Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador;

15 Utilizar o produto/cobertura adequado;

16 Iniciar pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés; 17 Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé;

18 Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcanhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo, em posição de dorsiflexão;

19 Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior formando visualmente um X;

20 Ao chegar à altura da panturrilha, manter o pé apoiado na maca, de modo que esta musculatura fique relaxada;

21 Realizar o enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tíbia, aproximadamente 2 dedos abaixo do joelho;

22 Enfaixar com atadura de crepe, colocar gazes/ chumaços por cima da atadura no local da lesão. Colocar atadura sobre a gaze. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

23 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);

24 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

25 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- No caso de úlceras mistas a Bota de Unna poderá ser realizada desde que indicada pelo especialista que irá avaliar o IPTB (índice pressão tornozelo-

braço) com auxílio do Doppler vascular para verificação do grau de comprometimento arterial.

- A indicação da Bota de Unna é realizada por médicos e enfermeiros capacitados.
- Em MMII de maior tamanho (largura e comprimento), reduzir número de voltas na região do pé e calcâneo.
- É possível realizar além do enfaixamento em 8, o enfaixamento circular. Avaliar a melhor técnica de acordo com o produto.
- Na presença de sujidade na atadura secundária e nas gazes as mesmas podem ser trocadas. Após a primeira colocação agendar retorno após 48 hs. para reavaliação. Orientar e avaliar sinais de alerta como piora da dor, cianose de extremidades, formigamento e piora do edema. As demais trocas devem permanecer em até 7 dias ou antes de acordo com a necessidade, assim como o curativo secundário deve ser trocado diariamente ou conforme a quantidade de exsudato.

Referências Bibliográficas

- CONSELHO REGINAL DE ENFERMAGEM. Parecer Técnico Coren/SP 007/2013: **Competência e capacitação para realização de curativo bota de Unna**. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2013_7.pdf. Acesso em 05 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas.** Campinas, 2006.
- PREFEITURA DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas**, 2011.
- Jorge S. A.; Dantas S. R. P. E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BRIZZIO, E. **Bandagens e Técnicas de Aplicação**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2009.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas**, São Paulo, 2010.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 25 – CAMPANHA DE VACINAÇÃO

1. Definição

Determinação das normas e procedimentos necessários na organização e funcionamento das campanhas de vacinação.

2. Objetivo

Organizar o processo de trabalho antes, durante e após a campanha de vacinação. Controlar a ocorrência de agravos preveníveis por vacinação. Garantir a máxima segurança na administração de imunobiológicos.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Informe técnico da campanha a ser realizada
- Plano operativo (população alvo, meta de vacinação, mapeamento geográfico da população alvo, cronograma, número de postos fixos e volantes, previsão de insumos e RH, distribuição das ações de divulgação e comunicação)
- Mapa para registro da temperatura das caixas de transporte
- Mapa de registro de doses aplicadas na campanha
- Material informativo
- Impresso para registro da vacina administrada
- Cartão de vacina
- Adesivos de campanha

- Seringas
- Agulhas
- Caixas térmicas
- Termômetros digitais
- Bobina de gelo reutilizável
- Caixa de perfurocortantes

6. Descrição do procedimento

Antes da Campanha

1 Preencher o plano operativo e enviar para a VISA de referência;

2 Realizar reunião com a equipe de enfermagem, orientando os fluxos e atualizando quanto aos procedimentos e orientações do Programa Nacional de Imunização e do DEVISA para a campanha em curso;

3 Organizar a escala de trabalho para o período da campanha, garantindo que os funcionários que participarão da campanha passem por reunião prévia de atualização;

4 Organizar a equipe de postos fixos e volantes, observando que os postos volantes podem funcionar por meio período, a critério do planejamento prévio feito na Unidade;

5 Divulgar com antecedência na região, o dia, horário de funcionamento e local dos postos de vacinação;

6 Na véspera da campanha, separar e organizar todo o material a ser utilizado, identificando por posto de vacinação;

Durante a campanha

1 Reunir a equipe para distribuir o material e dar as últimas instruções, assegurando que a equipe de trabalho esteja completa e que tenha os insumos necessários;

2 Preparar as caixas térmicas segundo procedimento padrão para rede de frio, realizando a ambientação das bobinas reutilizáveis;

3 Verificar a temperatura das caixas térmicas durante TODO o período da campanha e registrar em impresso próprio a cada 3h;

4 Avaliar o desenvolvimento da campanha e alterar as estratégias, se necessário, para captar maior número de pessoas durante a campanha (Enfermeiro);

5 Registrar as doses realizadas no estoques de vacinas e insumos;

Consolidar as informações (doses aplicadas nos grupos específicos, perdas eventuais e intercorrências) e enviar o consolidado de campanha para o coordenador da campanha da VISA de referência, conforme a periodicidade pactuada para cada campanha. sistema de informação vigente.

Após a campanha

1 Realizar reunião com os participantes da campanha, avaliando as estratégias utilizadas, problemas ocorridos, propostas para novas campanhas, cobertura vacinal, homogeneidade e efetividade de captação dos postos extramuros;

2 Arquivar os registros da avaliação da campanha, a fim de subsidiar o planejamento de campanhas futuras.

7. Observação

- Planejamento das doses de vacina necessárias para campanha: considerar a população a ser vacina somando um percentual de 20% para perdas eventuais.
- **Postos fixos e volantes**: a localização dos postos de vacina, a divulgação dos locais e cumprimento dos horários de funcionamento devem ser estratégicos para o alcance das metas.
- **Atualização da Equipe de Enfermagem que trabalhará na Campanha**: o Enfermeiro deverá registrar toda capacitação técnica ofertada aos funcionários que estiverem na sala de vacina e/ou que participarão de futuras campanhas de vacina.
- **Escala de Campanha**: a composição da equipe mínima de vacinação é composta por: um anotador, um preparador e um vacinador e, se necessário,

um organizador de fila.

- O dimensionamento de referência do Ministério da Saúde para o vacinador é de cerca de 30 doses de vacinas injetáveis ou 90 doses de vacinas administradas por via oral, por hora de trabalho.
- As unidades de saúde deverão manter um arquivo com o registro do processo de organização das campanhas anteriores (plano operativo, equipe de trabalho, etapas, consolidado) para facilitar o processo de trabalho de campanhas posteriores.

8. Referências Bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola no Brasil. Brasília,** 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Disponível em:**
- **<**http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/11/Manual-procedimentos-vacinacao-web.pdf.>. Acesso em 30 jan 2015. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adverso.**

  <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/10/manual-eventos- adversos-pos-vacina--ao-dez14-web.pdf.> Acesso em 30 jan 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <** http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/manual-rede-frio.pdf.> Acesso em 30 jan 2015.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 26 – CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

1. Definição

Cateterismo vesical: É a introdução de um cateter na bexiga, através da uretra para drenagem de urina. Uretral supra púbica: Uretra feminina= 3 a 4 cm. Uretra masculina aproximadamente 18 cm.

2. Objetivo

Controlar o volume urinário. Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.

3. Contraindicação

Obstrução mecânica do canal uretral; Uretrite; Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica)

4. Executante

Enfermeiro (privativo)

5. Material

- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril)
- Biombo
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado)
- Sonda de Foley de calibre adequado
- Sistema fechado de drenagem urinária estéril
- Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda)

- Agulha para aspiração
- Seringa de 20 ml sem luer lock
- Lidocaína gel 2%
- Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico)
- Gaze estéril se necessário
- Clorexidina degermante Solução 2% e ou aquoso 1%
- Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

6. Descrição do procedimento

Paciente do sexo feminino

1 Explicar o procedimento a paciente e posicioná-la confortavelmente;
2 Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento;
3 Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre o leito;
4 Realizar a higiene íntima;
5 Lavar as mãos novamente;
6 Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível;
7 Calçar as luvas estéreis;
8 Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;
9 Realizar antissepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado;
10 Lubrificar a sonda com xylocaína 2%;
11 Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita;
12 Insuflar o balonete com água destilada conforme orientação do fabricante. Certifique que a sonda está drenando adequadamente. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência;
13 Fixar a sonda de demora juntamente com o equipo de drenagem na coxa;
14 Secar a área e manter paciente confortável;

15 Higienizar as mãos (POP 42);

16 Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;

17 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Paciente do sexo masculino

1 Explicar o procedimento ao paciente e posicioná-lo confortavelmente;

2 Lavar as mãos calçar as luvas de procedimento;

3 Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendidas;

4 Realizar a higiene íntima;

5 Lavar as mãos novamente;

6 Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica;

7 Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;

8 Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de demora, gazes e seringa;

9 Calçar luvas estéreis;

10 Solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de xylocaína;

11 Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica;

12 Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;

13 Limpar o corpo do pênis;

14 Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glande. Limpar a glande com movimentos circulares, começandoa partir do meato;

15 Limpar o orifício da uretra;

16 Colocar o campo fenestrado;

17 Injetar 10 ml de xylocaína no meato;

18 Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema

fechado pela uretra, de forma a deslizar até que flua a urina;

19 Insuflar balonete com água destilada de acordo com a orientação do fabricante;

20 Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na direção vertical;

21 Secar a área e manter paciente confortável;

22 Higienizar as mãos (POP 42);

23 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda).
- A mudança de cateteres de demora ou bolsas de drenagem em intervalos fixos de rotina não é recomendada. Em vez disso, a troca de cateteres e bolsas de drenagem acontece com base em indicações clínicas como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado está danificado. Segundo orientações da ANVISA a

equipe de saúde não precisa monitorar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter, mas recomenda-se a sua retirada precocemente.

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente.
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias.
- Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo.
- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida.
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição.
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga.
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas.
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia.
- Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, Clorexidina e/ou fita adesiva (micropore ou esparadrapo).

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer n° 006/2015.
- **Sondagem/cateterismo Vesical de Demora, de Alívio e Intermitente no Domicílio.** Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp- content/uploads/2015/07/parecer%2006-2015.pdf>. Acesso em 05 out 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>. Acesso em 05 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 27 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

1. Definição

É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

2. Objetivo

Colher material para exame. Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária.

3. Contraindicação

Obstrução mecânica do canal uretral. Uretrite. Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

- EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril)
- Biombo
- Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba, redonda gazes esterilizadas e campo fenestrado)
- Sonda uretral de alívio
- Lidocaína gel 2%
- Gaze estéril se necessário
- Clorexidina degermante Solução 2% e ou aquoso 1%
- Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão)

6. Descrição do procedimento

Paciente do sexo feminino

1. Explicar o procedimento a paciente e posicioná-la confortavelmente;
2. Lavar as mãos (POP 42) e calçar luvas de procedimento;
3. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre o leito;
4. Realizar a higiene íntima;
5. Lavar as mãos novamente (POP 42);
6. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível. Calçar as luvas estéreis (POP 75);
7. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;
8. Realizar antissepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado;
9. Evitar contaminar a superfície da sonda;
10. Realizar o esvaziamento total da bexiga ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;
11. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir;
12. Secar a área, tornar o paciente confortável;
13. Lavar as mãos (POP 42);
14. Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar;
15. Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
16. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Paciente do sexo masculino

1 Explicar o procedimento ao paciente e posiciona-lo confortavelmente;

2 Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;

3 Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendida;

4 Realizar a higiene íntima;

5 Lavar as mãos novamente;

6 Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica;

7 Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;

8 Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de alívio, gazes e seringa Calçar luvas estéreis (POP 75);

9 Solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de xylocaín;

10 Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica;

11 Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento;

12 Limpar o corpo do pênis;

13 Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glande. Limpar a glande com movimentos circulares, começando a partir do meato;

14 Limpar o orifício da uretra;

15 Colocar o campo fenestrado;

16 Injetar 10 ml de xylocaína no meato;

17 Introduzir delicadamente o cateter no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;

18 Depois de esvaziar a bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial remover delicadamente o cateter;

19 Após a sondagem vesical, o prepúcio deve ser recolocado sobre a glande, pois sua posição retraída pode vir a causar edema;

20 Posicionar o paciente confortavelmente;

21 Lavar as mãos (POP 42);

22 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

23 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente.
- Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer n° 006/2015. **Sondagem/cateterismo Vesical de Demora, de Alívio e Intermitente no Domicílio.** Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp- content/uploads/2015/07/parecer%2006-2015.pdf> . Acesso em 05 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17. pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020
- POTTER P. A.; PERRY A. G.; **Fundamentos de Enfermagem.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- PUPULIM J. S.L.; SAWADA N. O., Privacidade Física Referente à Exposição e Manipulação Corporal: Percepção de Pacientes Hospitalizados. **Revista Texto**

Contexto – Enfermagem. Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 36-44.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. B**exiga Urinária: Cateterismo Intermitente**. Projeto Diretrizes. Brasília: ABM; CFM, 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/12-Bexiga.pdf. Acesso em: < 26 dez 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Cateterismo Vesical Intermitente. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2016/11/Recomenda%C3%A7%C3%B5es_Cateterismo-Vesical-SBU- 2016_final.pdf> . Acesso em 26 nov 2019.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 28 CAUTERIZAÇÃO UMBILICAL

1. Definição

Aplicação de nitrato de prata para realizar cicatrização completa do coto umbilical.

2. Objetivo

Remover granuloma presente em região da cicatriz umbilical. O granuloma umbilical consiste em tecido de granulação de cor avermelhada resultante da persistência de pequena porção do cordão umbilical.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

- Luvas de procedimentos
- Gazes
- Álcool a 70%
- Haste de algodão flexível (cotonete®)
- Bastão de nitrato de prata
- AGE, óleo de amêndoa ou similar

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente/acompanhante, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas

antes de iniciar a execução;

2 Reunir o material;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Encaminhar o bebê junto com a mãe ou responsável para um local privativo;

5 Calçar as luvas de procedimento;

6 Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool a 70%;

Proteger a p

7 Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma;

8 Aproximar o bastão de nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical e aplicar por alguns segundos até ocorrer leve mudança na coloração. Trocar de região até passar por todo o coto umbilical;

9 Proteger o coto com uma gaze sem fixar, cobrir com a fralda;

10 Orientar a mãe ou responsável para realizar as trocas das fraldas normalmente e após o banho realizar a higienização do coto com álcool a 70%, sempre observando se o mesmo mantém-se seco;

11 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

12 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);

13 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Reavaliar diariamente e fazer aplicação uma vez ao dia até cicatrização completa por até três dias.
- Sempre observar presença de sinais flogísticos no local (hiperemia, calor, dor, secreção). Em caso de qualquer alteração, solicitar avaliação do enfermeiro imediatamente.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>. Acesso em 05 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.

15 ele ao redor da cicatriz umbilical com óleo;
16

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÁS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde**. Goiás, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Clínico de Saúde da Criança.** 1ª ed. Londrina, 2006.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 29 COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA (PAPANICOLAOU)

1. Definição

O exame de prevenção pela técnica de Papanicolaou ou citologia oncótica, consiste na coleta e análise de material celular da cérvice uterina para o rastreamento do câncer de colo uterino e de suas lesões precursoras, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. É um exame bastante aceito pela comunidade científica e de relevância para a Saúde Pública, por ser de baixo custo e fácil realização.

2. Objetivo

Realizar coleta de material cervical (endocérvice e ectocérvice) de colo uterino para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino.

3. Contraindicação

Presença de sangramento vaginal expressivo e/ou menstruação; Relação sexual nas últimas 48 horas. Paciente virgem, a coleta deverá ser realizada por profissional médico.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

- EPIs: avental e luvas de procedimentos
- Espéculo vaginal inoxidável estéril ou espéculo vaginal descartável estéril
- Lâmina de vidro com uma extremidade fosca para identificação
- Espátula de Ayres
- Escova cervical

- Solução de fixação apropriada
- Recipiente para acondicionamento das lâminas
- Gaze
- Pinça Cheron
- Solução de Lugol
- Camisola/Avental para paciente
- Lençol
- Formulário de Requisição do exame e de remessa de exames
- Livro de registro
- Lápis para identificação da lâmina

6. Descrição do procedimento

1 Chamar a paciente pelo nome completo e pedir para que a mesma identifique-se, dizendo o seu próprio nome. Apresentar-se a paciente, recepcionando-a no local onde será feita a coleta;

2 Realizar anamnese e registrar em prontuário (DUM, data última coleta, idade, antecedentes pessoais e obstétricos, queixas, dentre outros);

3 Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;

4 Preencher formulário de solicitação do exame;

5 Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome, FF e código do CS), colocando- a na mesa auxiliar, para receber o material coletado;

6 Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando que retire toda a roupa, vista o avental com a abertura para frente e esvazie a bexiga;

7 Higienizar as mãos (POP 42);

8 Solicitar à paciente que se deite sobre a mesa ginecológica, cobrindo-a com o lençol;

9 Expor as mamas e realizar exame clínico das mamas, sempre explicando o procedimento;

10 Em seguida auxiliar a paciente a se posicionar na mesa ginecológica adequadamente, para a coleta do exame citopatológico;

11 Colocar os EPI's;

12 Realizar inspeção dos órgãos genitais externos (observar: integridade do clitóris, meato uretral, grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anogenitais), anotando qualquer alteração como lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias;

13 Escolher o espéculo adequado (vide observações);

14 Introduzir o espéculo, na posição vertical, ligeiramente inclinado (15º), fazendo uma rotação de 90º mantendo- o em posição transversa de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;

15 Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza;

16 Se ao visualizar o colo uterino houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça Cheron, sem esfregar, para não perder a qualidade da amostra;

Coleta Ectocervical

1 Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayres no orifício do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360º ao redor de todo o orifício. Caso mostra não tenha sido representativa repetir o movimento;

2 Estender na lâmina o material ectocervical coletado, dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 iniciais da parte transparente da lâmina, com movimento de cima para baixo, utilizando as duas laterais da espátula;

Coleta Endocervical

1 Utilize a escova de coleta endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal cervical realizando movimento circular em 360º;

2 Estender o material ocupando o 1/3 restante da lâmina, rolando a escova de cima para baixo, em sentido único;

Fixação do Material coletado

1 Fixar o esfregaço imediatamente após a coleta, garantindo a manutenção das características originais das células, preservando-as do dessecamento (fixação inadequada) que impossibilita a leitura do exame;

2 Possíveis formas de fixação da lâmina:

Polietilenoglicol (mais recomendada): Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido. Deixar secar ao ar livre, em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície. Álcool 95%: A lâmina com material deve ser submersa no álcool 95%, em vidros de boca larga.

Propinilglicol: Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm.

Teste de Schiller:

Preparar a pinça Cheron com uma gaze na ponta e umedecer em solução iodada (Lugol), pressionar a gaze delicadamente contra o colo uterino e proceder à leitura do exame:

Positivo: quando a reação com o iodo for negativa, ou seja, quando não houver coloração do colo uterino. Resultado Alterado.

Negativo: quando houver fixação do iodo nas células e o colo se apresentar colorido após aplicação do lugol. Resultado Normal.

1 Fechar o espéculo, retirando-o delicadamente. Colocar em recipiente próprio;

2 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

3 Retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando- a para vestir-se;

4 Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta com cessação espontânea;

5 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

6 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

7 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- A faixa etária prioritária para o rastreamento do Câncer de Colo Uterino: mulheres de 25 a 64 anos. Mulheres em outra faixa etária a coleta do Exame de Citopatologia fica a critério clínico.
- Na faixa etária de 25 – 64 anos, a coleta do Exame de Citopatologia para rastreamento do Câncer Uterino deve ser feita com a seguinte periodicidade: osdois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o próximo exame deve ser feito a cada três anos (Ministério da Saúde, 2016).
- Os serviços de saúde que realizam a coleta de citologia oncótica com acesso à colposcopia e biópsia o teste de Schiller perde sua importância.
- Caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Não coletar de mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.
- Não usar creme vaginal, ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame.
- Em mulheres idosas, com vagina resseca da recomenda-se molhar o espéculo com solução salina (SF 0,9%). Não lubrificar o espéculo com solução oleosa.
- Em paciente gestante ou com suspeita de gravidez realizar apenas coleta de material ectocervical.
- Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.
- Na requisição do exame, informar Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. EXCEÇÃO: Se histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (lesão precursora –

controles cito/ colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal,citologia de rastreio anual.sempre a indicação da histerectomia (lesão tratada).

- Os procedimentos de acondicionamento, conferência, preenchimento de lâminas, preenchimento de guia de remessa e envio ao Laboratório de Citologia podem ser realizados pelos Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem, tendo os seguintes cuidados:

a) As lâminas devem ser acondicionadas em local próprio e adequado para o transporte (caixa plástica).
b) Conferir cada lâmina com o formulário de solicitação do exame;
c) Preencher a relação de remessa na mesma sequência das lâminas e das requisições;
d) Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia conforme rotina do serviço;

Tamanho do espéculo:

Tamanho	**Indicação**
Pequeno	Mulheres jovens, sem parto vaginal, magras ou menopausadas;
Médio	▪ Mulheres com IMC normal;
Grande	Multíparas, Obesas.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÙDE. **Cadernos de Atenção Básica nº 13.** Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama. DF: Brasília, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>. Acesso em 05 out 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 381**. Normatiza a Execução, pelo Enfermeiro, da Coleta de Material para Colpocitologia Oncótica pelo Método de Papanicolaou. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n- 3812011_7447.html> Acesso em: 06 out 2020.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para a Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas, 2009.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** DF: Brasília, 2016.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 30 COLETA DE CITOLOGIA HORMONAL ÚNICA

1. Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e tratamento.

2. Objetivo

Avaliar a ação hormonal, por meio da leitura dos esfregaços com secreção vaginal para diagnóstico de telarca precoce.

3. Contraindicação

Não se aplica.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Álcool a 70%
- Lâminas
- Cotonetes
- Frasco porta-lâminas de plástico
- Lápis
- Caixa térmica
- Requisição de exame
- Livro de registro de exames

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e acolher o paciente e responsável com atenção;
2 Receber a guia de requisição de exames;
3 Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo);
4 Identificar as lâminas com iniciais do nome e número do prontuário a lápis;
5 Identificar o frasco porta-lâmina com nome do paciente, número do prontuário e

nome da unidade;

6 Orientar paciente e responsável quanto à coleta, posicionando a paciente na maca com auxílio do responsável;

7 Realizar a coleta de secreção vaginal, em introíto vaginal com cotonete;

8 Realizar esfregaço da secreção, em duas lâminas, em forma de Z e três esfregaços paralelos nos lados não fosco, acondicionando-as em frasco porta-lâminas preenchidos com álcool à 70%;

9 Orientar a responsável sobre o resultado do exame e retorno à consulta médica;

10 Registrar em livro de controle o número do prontuário, nome do paciente, data da coleta, nome do médico solicitante;

11 Acondicionar os frascos identificados em caixa térmica e as requisições em envelope, encaminhando-os para o laboratório de análise.

7. Observações

Orientar a responsável pela criança no momento do agendamento do exame, para que a mesma não realize higiene intima na criança 12 horas antes da coleta do exame.

8. Referências Bibliográficas

- **Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais.** Secretaria Municipal da Saúde São Paulo, 2006. Disponível em: < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p =1930> Acesso em 12 nov 2019.
- **Manual de Exames Laboratoriais.** Instituto de Patologia Clínica. Campinas, 2010.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 31 COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE

1. Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento.

2. Objetivo

Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

3. Contraindicação

Distúrbios de coagulação

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

- EPIs (luvas de procedimento, óculos de proteção, avental, máscara cirúrgica)
- Tubos para coleta de sangue à vácuo
- Agulha descartável
- Seringa descartável
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável
- Kit estéril para urocultura
- Kit não estéril para Urina I
- Frasco para exame protoparasitológico de fezes
- Frasco para coleta de Urina 24 h
- Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa)

- Caixa vermelha sem gelo reciclável para hemoderivados que deverão ser separados em estantes pela cor da tampa
- Gelo reciclável
- Caixa para descarte de material perfurocortante
- Livro de registro para controle de exames realizados.

Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos. Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame;

2 Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Separar a guia de requisição de exames;

4 Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta);

5 Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames;

6 Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do formulário;

7 Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos para os exames solicitados (vide Manual do Laboratório Municipal);

8 Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri- los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume;

9 Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina),

com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame. Checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar comgelo reciclável congelado na quantidade padronizada e devidamente fechada;

10 Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;

11 Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;

12 Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

13 Fornecer etiqueta com número do exame para controle;

14 Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;

15 Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material;

Na sala de coleta:

1 Chamar o paciente pelo seu nome completo e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade;

2 Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto. Conferir os exames solicitados e os tubos;

3 Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária;

4 Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado;

5 Higienizar as mãos utilizando água e sabão (POP 42) ou utilizar o álcool 70%;

6 Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção;

7 Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver

usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a;

8 Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá- la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado;

9 Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados;

10 Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30°;

11 Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão;

12 Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI (*Clinical and Laboratory Standards Institute)*: 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2º tubo de tampa amarela e/ou vermelha com Gel Ativador, 3º tubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA/ K2 ou K3);

13 Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo à posição inicial;

14 Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço;

15 Descartar a agulha em caixa própria para resíduos perfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização e desinfecção;

16 Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente;

17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos

etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas;

18 Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;

19 Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames em malote próprio e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;

20 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);

21 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

6. Observação

- Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.
- Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.
- Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.
- Deve-se identificar o nome do funcionário que efetuou cada coleta ou que recebeu amostras, mantendo-se o registro na unidade de forma a garantir a rastreabilidade, conforme a RDC nº 302 de 13/10/2005.
- Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia deexames em mãos, vinda de outro serviço (Policlínicas, Hospital Mario Gatti, etc).
- Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio (POP 27).
- Para coleta de cada exame e orientar o paciente quando este for realizar coleta em residência ver descrição do procedimento no Manual de Coleta de Exames Laboratoriais.
- Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria n° 77

MS/GM 12/01/2012.

- Exames de Microbiologia: as amostras para exames de: A fresco de Secreção vaginal – Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe) – Grupo 15 e Cultura de fezes – Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.
- RDC 302 (item 6.1.7): “A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente”. O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.
- Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

7. Referência Bibliográfica

- BRASIL. Portaria n°77 MS/GM de 12/01/2012. Disponível em;< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html>. Acesso em: 12 nov 2019. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 out 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Coleta de Exames Laboratoriais**. Disponível em: < http://www.saude.campinas.sp.gov.br/unidades/laboratorio/Manual_de_Coleta_de_Exa mes.pdf >. Acesso em 12 nov 2019. Campinas, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem**: Assistência de Enfermagem. Campinas, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno de Coleta de Exames Laboratoriais**. São Paulo, 2006.

- LABORATÓRIO MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Fluxograma para coleta de sangue, 2015**

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 32 COLETA PARA VERIFICAÇÃO DO TEMPO DE PROTROMBINA (PUNÇÃO DIGITAL)

1. Definição

Método de exame com amostra de sangue capilar onde mede-se o tempo de Protrombina (PT). É apresentado em valores de RNI (Relação Normalizada Internacional), informação chave necessária para se escolher a dose mais correta do medicamento anticoagulante.

2. Objetivo

Monitoramento de RNI em pacientes recebendo tratamento com varfarina como alternativa ao monitoramento laboratorial convencional, em especial para o tratamento da fibrilação atrial crônica.

3. Contraindicação

Uso de álcool no local da punção capilar. Condições adversas (estados febris, diarreia, náuseas e vômitos).

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Luva
- Gaze
- Lanceta
- Tiras testes
- Aparelho de análise de coagulação humana

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente e confirmar documento de identidade, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Reunir o material apropriado para a técnica a ser realizada;

3 Colar a etiqueta no pedido laboratorial;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Ligar o aparelho e seguir as instruções do fabricante;

6 Posicionar o paciente na cadeira e avaliar o dedo que se encontra em melhor condição para a punção capilar (sem lesões e com melhor perfusão periférica);

7 Calçar as luvas de procedimento;

8 Realizar a antissepsia da região lateral do dedo escolhido, aguardando a total evaporação do álcool;

9 Introduzir a tira teste no aparelho e seguir as instruções do fabricante;

10 Realizar a punção digital com lanceta e pressionar o dedo a fim de obter uma gota de sangue volumosa e depositá-la no local indicado na fita;

11 Desprezar a lanceta no perfurocortante;

12 Orientar o paciente a pressionar o dedo com gaze por alguns instantes até parar o sangramento;

13 Aguardar a análise do aparelho e anotar o resultado no impresso disponível; desprezar a tira teste no perfurocortante;

14 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);

15 Informar o resultado ao paciente;

16 Registrar o resultado no pedido do exame e no livro de controle interno. Anotar o horário, assinar e carimbar;

17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- As temperaturas elevadas do ambiente influenciam na sensibilidade do aparelho.
- Sempre que for utilizado um novo frasco, colocar o novo chip que acompanha as tiras. A utilização do chip de código trocado pode produzir resultados incorretos.
- Manter o aparelho numa superfície horizontal, plana ou segurá-lo na posição horizontal. O frasco recipiente das tiras devem permanecer sempre fechado.
- O local de inserção da fita no aparelho deve ser limpo com álcool 70º. Carregar o aparelho após o uso para manter a bateria na próxima utilização.
- Realizar o teste controle semanalmente conforme orientação do fabricante.

8. Referências Bibliográficas

- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. **Coaguchek XS no Monitoramento do INR em Pacientes recebendo tratamento com varfarina**. Disponível em: <www.saude.gov.br/sctie> Acesso em 12 nov 2019. Brasília, 2012.
- RAMOS, F. S; HOLGADO, J. S, et al. **Protocolo de Anticoagulación Oral.** Disponível em: < https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/Protocolo_Anticoagulacion%20Oral.pdf > Acesso em: 12 nov 2019. Castilla-La Mancha, 2007.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 33 - COLETA DE PKU

1. Definição

Exame laboratorial realizado com a amostra de sangue coletado do recém-nascido (após 48 horas de vida e antes de 28 dias, preferencialmente entre o 3º e 5º dia), normalmente através de punção do calcanhar.

2. Objetivo

Diagnosticar precocemente doenças genéticas, endocrinológicas e metabólicas com sintomatologia inespecífica ou assintomática no período neonatal.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, auxiliares/ técnicos de Enfermagem.

5. Material

- Luvas de procedimento
- Álcool a 70%
- Gaze ou algodão
- Lanceta
- Papel filtro específico para coleta

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Higienizar as mãos (POP 42);

3 Apresentar-se ao responsável/família e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

4 Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família;

5 Calçar as luvas de procedimento;

6 Solicitar ao responsável que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical;

7 Massagear suavemente o calcanhar da criança para ativar a circulação;

8 Realizar antissepsia no local;

9 Secar o excesso de álcool, evitando que haja diluição da amostra e hemólise;

10 Segurar o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o polegar, todo o calcanhar;

11 Puncionar, com movimento firme e contínuo, uma das laterais da região plantar do calcanhar;

12 Desprezar a primeira gota, evitando a interferência de outros fluidos teciduais nos resultados;

13 Encostar o verso do papel filtro na nova gota que se formar na região demarcada para a coleta e fazer movimentos circulares com o papel, até o preenchimento de todo o círculo;

14 Deixar o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea no papel;

15 Repetir o procedimento até preencher todos os círculos;

16 Colocar a criança deitada, após a coleta, e comprimir levemente o local da punção com algodão ou gaze;

17 Colocar a amostra para secar, em temperatura ambiente, na posição horizontal, por cerca de 3 horas;

18 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado.

19 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);

20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Não há necessidade de jejum da criança.
- Não preencher os espaços vazios dos círculos com pequenas gotas de sangue para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere nos resultados.
- Caso necessário, faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.
- Não expor as amostras ao sol para evitar o ressecamento.
- Após secar, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa térmica com gelox e enviar ao laboratório.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 822**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html>. Acesso em: 12 nov 2019. Brasília, 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica**. 2ª Ed. São Paulo, 2012.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf> Acesso em: 12 nov 2019. Brasília, 2002.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 34 COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL

1. Definição

Imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.

2. Objetivo

Proteger a coluna cervical de compressão. Evitar o agravamento de possíveis lesões.

3. Contraindicação

Resistência ao movimento. Espasmos dos músculos do pescoço. Aumento da dor.

Comprometimento da via aérea ou da ventilação.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Colar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.

6. Descrição do procedimento

1 Explicar o procedimento ao paciente caso este esteja consciente e solicitar que não mova a cabeça e nem o pescoço;

2 **Primeiro socorrista:** fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima em posição alinhada neutra; utilizar ambas as mãos, colocando o 2º ao 5º dedo e palmas da mão sob a região occipital e cada um dos polegares na

região temporomandibular. Manter ligeira tração cefálica e o alinhamento da coluna cervical, eixo nariz, umbigo, pés;

3 **Segundo socorrista:** retirar suavemente, roupas e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical. Medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) com uma das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar. Utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar (considerando apenas o plástico rígido e não a parte de espuma), para a seleção do tamanho adequado ou para fazer a regulagem nos colares ajustáveis;

4 Colocar o colar de tamanho apropriado, enquanto o primeiro socorrista mantém a estabilização neutra alinhada da cabeça. Se a vítima estiver sentada a colocação deve ser iniciada pela frente, a partir do mento e o fechamento com o velcro na parte posterior, de forma firme, porém sem apertar. Na vítima deitada, a colocação deve ser iniciada pela parte da nuca, tendo o cuidado de dobrar o velcro para não enroscar nos cabelos e prender cabelos compridos, se necessário. Concluir a colocação do colar ajustando-o ao mento e fazer o fechamento com o velcro na lateral, mantendo uma folga apenas para conforto; Em caso de utilização de colar ajustável, certificar- se que este está travado no tamanho correto, antes de colocá-lo no pescoço da vítima;

5 **Primeiro Socorrista**: Permanecer na posição inicial de estabilização manual da cabeça e do pescoço até que a vítima esteja totalmente imobilizada e não apenas com o colar cervical.

7. Observação

- Os colares devem ser de tamanho adequado para cada paciente.
- O colar não deve impedir a abertura da boca do paciente (espontânea ou realizada pelo socorrista caso ocorra saída de secreção/ êmese).
- O colar não deve obstruir ou dificultar a ventilação.

8. Referência Bibliográfica

- PHTLS/NAEMT. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. Tradução Renata Acavone ET al. – 7ªed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 35 COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1. Definição

Dispositivo de uso externo utilizado em pacientes do sexo masculino com incontinência urinária ou inconscientes.

2. Objetivo

Conforto e controle da diurese em pacientes incontinentes ou inconscientes.

3. Contraindicação

Alergia ao látex.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- EPI (luva de procedimento)
- Bandeja
- Material para higiene: água morna, sabão, bacia e toalha
- Material para tricotomia, se necessário
- Dispositivo para incontinência urinária de tamanho adequado
- Coletor de urina sistema aberto
- Fita hipoalergênica
- Tesoura

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar a paciente, confirmar o nome, e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
3 Higienizar as mãos (POP 42);
4 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
5 Preparar os materiais, cortando a fita hipoalergênica previamente (1 tira de 20cm);
6 Paramentar-se com os EPI;
7 Realizar a tricotomia dos pêlos pubianos se necessário;
8 Realizar higiene íntima, secando o pênis;
9 Colocar o dispositivo como um preservativo, deixando um espaço livre na ponta do pênis;
10 Enrolar a fita hipoalergênica, metade sobre o dispositivo e metade sobre a pele para garantir a fixação;
11 Conectar o coletor ao dispositivo;
12 Recolher o material utilizado;
13 Retirar o EPI e higienizar as mãos (POP 42);
14 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
15 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Trocar o dispositivo diariamente.
- Realizar a higiene do pênis e do dispositivo, com água e sabão e secar muito bem.
- Se possível, retirar o dispositivo durante a noite, dando preferência ao uso de fralda.
- Observar frequentemente: garroteamento, fixação, vazamentos e lesões decorrentes do trauma pela fita hipoalergênica.
- Suspender o uso se apresentar lesões ou edema no pênis. Aguardar restabelecimento da pele.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Cuidador.** Secretaria de

Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2ª ed. Brasília, 2009.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual para Cuidadores Informais de Idosos**. Campinas, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 36 CONTENÇÃO MECÂNICA

1. Definição

É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais.

2. Objetivo

Evitar danos à integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.

3. Contraindicação

Deve ser usado apenas quando todos os outros recursos terapêuticos se mostraram ineficazes ou quando paciente se encontra agitado. Sendo vedado o uso da contenção com o com o propósito de disciplina, punição e coerção.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Conjunto de faixas específicas para contenção física
- Lençol
- Algodão Ortopédico

6. Descrição do procedimento

1 É necessário que um dos membros coordene as ações, explicando o

procedimento ao paciente e orientando a equipe;

2 Iniciar a aplicação sempre pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente - dos MMSS pelos punhos e dos MMII pelos tornozelos, protegendo com algodão ortopédico e mantendo a faixa dobrada;

3 Abrir a faixa, juntar as pontas e passá-las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;

4 Proceder a contenção do tórax passando a faixa própria pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso de mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas devolvendo-as à posição original;

5 Colocar os dedos médio e indicador entre a faixa e o tórax, avaliando se há compressão excessiva. Se os dedos entrarem com dificuldade deve-se relaxar a tração e se entrarem com muita facilidade deve-se ajustá-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima (em mochila);

6 Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os e fixando a faixa na lateral do leito;

7 Reavaliar o paciente continuamente mantendo a elevação da cabeça do paciente, perfusão sanguínea, edema e pulsos periféricos dos quatro membros, avaliando se há presença de lesões cutâneas, expansão da caixa torácica, nível de consciência e estado psíquico, verificando sinais vitais antes e após a administração de fármacos e outros cuidados gerais;

8 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

9 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56). 10 Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

7. Observação

- A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multidisciplinar para que a decisão de a realizar faça parte de um projeto terapêutico baseado

clinicamente, não o realizando com finalidade punitiva ou intimidadora.

- Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro.
- Deve-se iniciar a retirada das faixas de contenção a partir do membro inferior não dominante e cerca de um minuto após, retira-se a faixa do membro superior do lado contrário, aguardando novamente um minuto até a liberação de um outro membro.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 427/2012.** Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n- 4272012_9146.html> Acesso em 12 nov 2019. Brasília, 2012.

- MARCOLAN, J. F. **A contenção Física do Paciente: Uma Abordagem Terapêutica**. São Paulo. 2004.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 37 DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR

1. Definição

É a remoção do material estranho ou não viável da lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável. Consiste na remoção do tecido desvitalizado no qual são utilizados objetos cortantes, tais como tesouras ou bisturis. Poderá ser utilizado para remoção de necrose de coagulação (escara seca), área de necrose extensas e de necrose de liquefação (esfacelo).

2. Objetivo

Promover a limpeza da ferida, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar. Reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo à proliferação dos mesmos e, também, preparar a ferida para intervenção cirúrgica (ex. enxerto e cicatrização por terceira intenção).

3. Contraindicação

Paciente em fase terminal. Necrose no calcanhar de pacientes com insuficiência vascular. Necrose seca em membros com insuficiência vascular. Pacientes em terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos (contra-indicação relativa).

4. Executante

Enfermeiro capacitado.

5. Material

- EPI (luvas de procedimento, avental, óculos de proteção, máscara cirúrgica)
- Mesa auxiliar ou bandeja
- Bacia/cuba, se necessário

- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly
- Cabo e lâmina de bisturi
- Tesoura curva (se necessário)
- Pacote de gazes esterilizadas
- Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente)
- Agulha 25x12 ou 40x12
- Luvas de procedimento e/ou estéril
- Equipamento de proteção individual
- Produtos/ cobertura padronizados selecionados

6. Descrição do procedimento

1 Chamar paciente confirmando o nome e apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Reunir material necessário para o procedimento;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Paramentar-se com os EPI's;

5 Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

6 Observar o curativo anterior antes da remoção;

7 Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada da fita adesiva hipoalergênica e desprendimento da cobertura;

8 Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;

9 Se necessário proceder à limpeza, nas áreas próximas da ferida e pele peri-ferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze;

10 Retirar luvas e higienizar as mãos (POP 42);

11 Abrir o pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;

12 Calçar luvas de procedimento ou estéreis;

13 Acoplar a seringa de 20 ml na agulha 25X12 ou 40X12;

14 Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%;

15 Secar a pele periférica com gaze;

16 Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (com autorização do paciente), semanal/quinzenal;

17 Tracionar com a pinça dente de rato o tecido não viável, próximo à borda, em seguida corta-se paralelamente ao leito, removendo o tecido como uma tampa. Outra opção é realizar a técnica de escarotomia que consiste na realização de incisões quadriculadas de aproximadamente 2 a 5 mm de profundidade, favorecendo a escarectomia;

18 Realizar o curativo utilizando produtos/coberturas indicadas;

19 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

20 Retirar as luvas de procedimento/estéreis;

21 Higienizar as mãos (POP 42);

22 Agendar retorno de acordo com a necessidade;

23 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

24 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

Desbridamento métodos:

- **Seletivo**: remove apenas o tecido inviável sem afetar o tecido vivo.
- **Não-seletivo**: pode remover tecido viável e inviável.

Classificação quanto ao mecanismo de ação:

- **Autolítico**: refere-se à lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas do próprio corpo, que entraram em contato no leito da ferida, durante

a fase inflamatória (ex: hidrogel, hidrocoloide, etc).

- **Químico**: são substâncias enzimáticas exógenas e são seletivas, porém se otecido viável estiver presente pode ser levemente dolorido (ex: papaína gel).
- **Biológico**: são utilizadas larvas de moscas que secretam coquetel de enzimas proteolíticas que liquefazem a necrose e facilita a limpeza da ferida. Desbridamento seletivo.
- **Mecânico**: Consiste na remoção dos tecidos mortos ou de corpos estranhos do leito da ferida com a utilização de força física (ex: fricção, úmido seco, irrigação com SF 0,9 %). Esse é um método não seletivo.
- **Instrumental conservador**: este método é realizado com a utilização de objetos cortantes, tais como tesoura, lâminas de bisturi e outros instrumentais necessários dependendo da agressividade do procedimento, e pode variar desde a retirada de calosidades até grandes excisões (Atenção: o plano de fáscia é o limite do enfermeiro). Os enfermeiros devem ser qualificados para realizar a técnica.
- A escolha do método deve considerar as condições clínicas do paciente, a urgência do tratamento (infecção, sepse, osteomielite), o tipo de tecido necrosado e a habilidade e competência do profissional.
- As situações clínicas citadas NAS CONTRAINDICAÇÕES são consideradas exceções para a prática, porém se houver instalação de processo infeccioso, essas orientações não se aplicam e o desbridamento deve ser implementado.
- Na presença de sangramento ou reação de sensibilidade à dor avaliar a continuidade do procedimento.
- Avaliar os casos de pacientes em uso de antiplaquetários ou anticoagulantes.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-

17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- JORGE S. A; DANTAS S. R. P. E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas.** São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2003.
- SANTOS, J. B. D; PORTO, S. G; SUZUKI, L. M.; SOSTIZZO, L. Z; ANTONIAZZI, J. L. Hospital das Clínicas de Porto Alegre. **Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde**. Porto Alegre, 2011.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP. **Manual de Processos de Trabalho da EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS E ESTOMAS.** Disponível em:< https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/emptfe.pdf>. Acesso em: 12 nov 2019. 2ª ed. Campinas, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 38 - EXAME DE ESPIROMETRIA

1. Definição

A espirometria também conhecida como Prova de Função Pulmonar ou Prova Ventilatória é o exame que permite avaliar a velocidade e a quantidade de ar que um indivíduo é capaz de colocar para dentro e para fora dos pulmões por meio do espirômetro.

2. Objetivo

A espirometria serve para diagnosticar ou acompanhar a evolução de doenças pulmonares e avaliar a capacidade pulmonar. Indica se a quantidade de ar inspirado está sendo suficiente às necessidades do indivíduo.

3. Contraindicação

Instabilidade cardiocirculatória, infarto do miocárdio recente, tromboembolismo pulmonar, aneurismas cerebral, torácico ou abdominal, cirurgia ocular recente, náusea ou vômitos e cirurgia torácica e abdominal recente ou qualquer outra situação que limite a adequada técnica do exame (pertuito de traqueostomia que não haja oclusão adequada, diminuição do nível do sensório, incapacidade para permanecer sentado).

4. Executante

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem (habilitado pela Sociedade Brasileira Pneumologia e Tisiologia).

5. Material

- Álcool 70%

- EPI (Avental descartável, máscara N95, luvas de procedimento)
- Gazes
- Bocal descartável
- Clips nasal
- Papel toalha
- Medicação broncodilatadora (prescrição médica)
- Caneta azul
- Lápis comum
- Papel sulfite A4
- Balança calibrada
- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Computador com programação específica para o exame
- Impressora
- Espirômetro
- Filtro descartável para função pulmonar
- Seringa calibradora

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando e explicando o procedimento que será realizado;

2 Conferir se a guia de requisição está preenchida com letra legível contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, exames solicitados, identificação do profissional (nome, número do registro e carimbo);

3 Verificar se as orientações do preparo para exame foram seguidas;

4 Solicitar a presença de um acompanhante;

5 Preparar e calibrar o espirômetro (computador), conferir os parâmetros conforme normas técnicas (SBPT);

6 Mensurar dados antropométricos;
7 Higienizar as mãos (POP 42);
8 Calçar luvas de procedimento, avental descartável, máscara N95, e outros EPIs necessários;
9 Preparar e orientar os pacientes, verificando se há contraindicações;
10 Manter paciente sentado de 5 a 10 minutos, pedir que respire através do tubo contendo o bocal conectado ao espirômetro;
11 Colocar presilha de borracha no nariz, respiração pela boca e tenha que passar pelo aparelho;
12 Pedir que o paciente respire tranquilamente por algum tempo;
13 Encher o pulmão de ar completamente e assoprar com máxima de força e rapidez possível depois lentamente;
14 Aplicar a medicação broncodilatadora spray (prescrição medica), aguardar 20 minutos em repouso;
15 Repetir o exame novamente;
16 Orientar o paciente a higienizar a cavidade oral pós uso da medicação broncodilatadora;
17 Entregar o resultado do exame em duas vias para o paciente;
18 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
19 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (POP 42);
20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- O paciente deve estar em repouso por 5 a 10 minutos antes do exame.
- Não é necessário jejum.
- Não ingerir chás, cafés, ou bebidas alcóolicas 6 horas antes do inicio do exame
- Suspender por 4 horas o uso do broncodilatadores de ação rápida (Sabutamol) e por 10 horas de ação prolongada (Tiotropio).
- Não fumar nas 2 horas que antecedem o exame.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TIRIOLOGIA. **Espirômetros: Requisitos** Rio de Janeiro, 1996: pp. 1-9.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 39 EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

1. Definição

Avaliação clínica das mamas para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual.

Procedimento compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

2. Objetivo

- Identificar alterações e anormalidade;
- Avaliar sintomas referidos pela paciente;
- Detectar precocemente nódulos mamários.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

- Camisola/Avental.
- Lâmina para coleta de secreção papilar (se necessário)

6. Descrição do procedimento

1 Chamar a paciente e pedir para que a mesma confirme seu nome.

2 Apresentar-se a paciente, recepcionando-a no local onde será feita o exame.

3 Reunir o material;

4 Higienizar as mãos (POP 45);

5 Realizar anamnese e registrar em prontuário;

6 Oferecer camisola/avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/local reservado solicitando-a que retire a parte superior da roupa e coloque a camisola com a abertura para frente;

7 Solicitar à paciente que sente na maca;

8 Realizar a inspeção estática das mamas, observando lesões, alterações na pele, retrações, edemas e abaulamentos;

9 Realizar a inspeção dinâmica das mamas: Solicitar à paciente que abra os braços paralelos ao corpo e levante até a cabeça, e com as mãos na cintura contraia a musculatura peitoral;

10 Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada.

11 Solicitar à paciente que deite na maca e coloque os braços atrás da cabeça;

12 Observar o acrômio BREAST (em inglês):

B - massa na mama (*breast mass*), R - retração (*retraction*),

E - edema (*edema*),

A - linfonodos axilares (*axillary nodes*),

S - ferida no mamilo (*scaly nipple*) e

T - sensibilidade na mama (*tender breast*);

13 Realizar palpação das mamas, uma de cada vez;

14 Utilizar as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos para examinar todo o tecido mamário de forma circular da área distal para proximal do mamilo;

15 Cada quadrante deve ser examinado com três níveis de pressão: leve, médio e profundo;

16 A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não pressionada (comprimida) a menos que haja descarga papilar espontânea;

17 Auxiliar a paciente a descer da mesa ginecológica, encaminhando-a para vestir-se;

18 Orientar a paciente sobre os achados e solicitar exame complementar se necessário;

19 Higienizar as mãos (POP 45);

20 Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, Resolução COFEN n° 545/2017 e 429/2012 (POP 13);

21 Registrar o procedimento, conforme sistemas vigentes

22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 59).

7. Observação

- Em caso de mulheres mastectomizadas a palpação deve ser realizada na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica;
- Em caso de descarga papilar presente, independente do aspecto, proceder à coleta da secreção em uma lâmina, identificando a mama coletada. Preencher impresso específico para coleta de secreção papilar. Encaminhar ao laboratório e anotar procedimento no prontuário;
- O exame clínico das mamas deve ser feito sempre que houver alguma queixa relacionada às mamas;
- Em caso de alterações/achados durante o exame clínico das mamas é necessário a solicitação de exames complementares;

8. Referências Bibliográficas

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Disponível em: <www.campinas.sp.gov.br/saúde>. Acesso em: 18 nov 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 545/2017. Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-

content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429/2012. Dispõe Sobre o Registro das Ações Profissionais no Prontuário do Paciente, e em Outros Documentos Próprios da Enfermagem, Independente do Meio de Suporte - Tradicional ou Eletrônico. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=242097. Acesso em 5 out 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Saúde da Mulher**. Disponível em: <www.campinas.sp.gov.br/saude>. Acesso em: 12 nov 2019. Campinas, 2017.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 13. **Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama**. Brasília, 2006.
- BARROS, S. M. O. de **Enfermagem Obstétrica E Ginecológica: Um Guia Para A Prática Assistencial**. São Paulo: Rocca, 2002.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 40 REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

1. Definição

Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma.

2. Objetivo

Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Eletrocardiógrafo;
- Papel milimetrado;
- Eletrodo Cardioclip (Braçadeiras de ECG);
- Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção (eletrodo precordial - Pêra de ECG);
- Álcool a 70%;
- Algodão seco ou gaze;
- Gel condutor;
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);
- Lençol;

- Lençol descartável.

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente eexplicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2 Checar a prescrição/solicitação;
3 Reunir o material;
4 Higienizar as mãos (POP 42);
5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
6 Checar o funcionamento do eletrocardiógrafo, verificando a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente e conectado à rede de energia. Atentar para orientações do fabricante);
7 Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;
8 Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados, Certificando-se que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica no leito;
9 Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;
10 Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;
11 Inserir papel milimetrado no local indicado;
12 Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;
13 Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;
14 Efetuar a remoção de gordura, com algodão/gaze embebido em álcool a 70%, das faces internas dos punhos e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
15 Instalar/colocar eletrodos em membros superiores e membros inferiores, (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das

derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (RA) em membro superior direito;

Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo;

Cabo preto (RL) em membro inferior direito;

Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.

16 Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;

Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;

Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4; **Cabo marrom (V4)** em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular; **Cabo preto (V5)** em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;

Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.

17 Verificar, no aparelho, as luzes de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo solto, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;

18 Iniciar o exame;

19 Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;

20 Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;

21 Retirar todos os eletrodos cardioclip (braçadeira);

22 Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores;

23 Retirar e/ou destacar folha do ECG;

24 Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;

25 Desligar o aparelho, desconectando os cabos do paciente;
26 Auxiliar o paciente a levantar da maca, se necessário;
27 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
28 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
29 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
30 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;
- Realizar tricotomia, caso seja necessário;
- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos eletrodos Cardioclip (braçadeiras) e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25 mm/s, modo automático e derivação DII;
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidoscasos, deve- se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações nas quais os eletrodos cardioclip (braçadeiras) não possam ser utilizados nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, devem ser utilizados eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;
- Em crianças, dependendo da idade, devemos utilizar eletrodos descartáveis nos membros, em substituição ao eletrodo cardioclip (braçadeiras);

8. Referências Bibliográficas

- SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- VASCONCELOS, C. C. C. S. **Eletrocardiograma**. Natal, 2010.
- FISCHBACH, F. T. **Manual De Enfermagem: Exames Laboratoriais E Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- SOUZA, L. P; LIMA, M. G. Atuação Do Enfermeiro Na Realização e Interpretação do Eletrocardiograma (ECG) Em Unidade De Terapia Intensiva (UTI). **UNINGÁ** n.37, p.173-194, 2013. Disponível em:
- <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131122_175052.pdf>. Acesso em 11 Set 2018.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 41 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

1. Definição

Obrigatoriedade de uso dos Equipamentos de Proteção Individual nas Unidades de Saúde.

2. Objetivo

Garantir a saúde e a proteção do servidor, minimizando e/ou evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. O EPI também é usado para garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida durante e depois da fase ativa de trabalho.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Descrição

1 Utilizar em todos os locais/ situações de trabalho que possuam riscos ambientais capazes de causar danos à saúde dos servidores e/ou nas áreas identificadas por aviso;

2 A Prefeitura Municipal de Neópolis deverá fornecer os EPI's gratuitamente aos seus servidores cuja atividade exija a sua utilização, sendo obrigatório o uso nas circunstâncias ou situações de trabalho definidas no Programa de

Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA;

3 Os EPI's, por questão de organização e higiene, devem ser de uso individual, ou seja, cada servidor deve possuir o seu;

4 Os servidores poderão solicitar informação/ treinamento específico sobre EPI quando necessário;

5 O servidor deverá ser responsabilizado pela conservação e guarda dos EPI's distribuídos, no caso de dano, perda ou extravio dos mesmos, o servidor deverá receber outro em substituição;

6 A recusa, por parte do servidor, da utilização de qualquer EPI estabelecido pela Prefeitura, o sujeitará as sanções legais;

7 Medidas de controle a serem adotadas:

- Os Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados durante todo o período em que a atividade realizada ofereça risco a segurança e saúde do servidor, não podendo levá-los para a residência e tão pouco a trabalhos realizados fora do expediente que não sejam a serviço da Prefeitura Municipal de Neópolis.

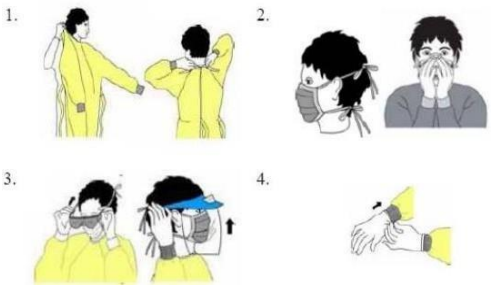
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL											
Atividade realizada/ EPI	Óculos de proteção	Máscara Cirúrgica descartável	Máscara N95 / PFF2	Luva térmica	Luva para proteção contra agentes químicos	Luva de procedimento (látex ou vinil)	Touca descartável	Bota em EVA ou PVC	Avental plástico	Avental descartável manga longa	Japona térmica
Vacina	X										
Expurgo / Lavagem de	X	X			X	X	X	X	X		

materiais											
Preparo e acondicion a/to. área limpa	X *	X				X	X				
Pequenas cirurgias	X	X				X Luva estéril	X			X	
Autoclave				X							
Assistência a pacientes com Tuberculose, Varicela (Catapora) e Herpes Zoster, Sarampo e Influenza.			X			X					
Limpeza da Unidade (uso de produtos domissanitários)					X			X			
Motorista material de coleta						X				X	
Atividades na câmara fria								X			X

EPI	OBJETIVO	MODELO
Avental descartável, manga longa	Proteger de respingos e contato com materiais biológicos tais como sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.	
Avental plástico	Proteger parte frontal do usuário contra riscos químicos, biológicos e físicos.	
Bota em PVC ou EVA	Proteger os membros inferiores contra umidade e produtos químicos.	
Luva de procedimento descartável (látex, vinil e/ou nitrílica)	Proteger as mãos contra riscos biológicos e químicos. Obrigatório quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, como mucosas ou áreas da pele não íntegra, ferimentos, escaras e feridas cirúrgicas, procedimentos ginecológicos, etc.. As luvas estéreis estão indicadas para procedimentos invasivos e assépticos.	
Luva em borracha nitrílica	Proteger as mãos do usuário contra riscos químicos.	
Luva térmica em silicone	Proteger as mãos do usuário contra agentes térmicos – temperatura até 250 Cº.	
Máscara cirúrgica descartável	Proteger o servidor da Saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas à curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluidos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias; minimizar a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo próprio servidor ou pelo paciente em condição de transporte.	
Respirador semifacial PFF2 / N95	Proteger as vias respiratórias para evitar contaminação por agentes biológicos e químicos. Deve ser usada na assistência a pacientes em Precauções Aéreas, ou seja, sempre que houver possibilidade de contato com partículas suspensas no ar (≤5µm), das seguintes doenças: Tuberculose, Varicela (Catapora) e	

	Herpes Zoster, Sarampo e Influenza. (aerossóis)	
Óculos de segurança lente incolor	Proteger durante procedimentos que haja a possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, sendo indicados também durante a manipulação de produtos químicos em atividades no expurgo e desinfecção de materiais.	
Touca descartável	Proteger o servidor contra exposição a fluídos infectantes; prevenir de contaminação dos cabelos dos funcionários (no expurgo) e a queda dos cabelos no preparo de produtos para a saúde (no preparo, esterilização e arsenal).	

8 Sequência de paramentação dos EPI's:



1 – Avental
2 – Máscara
3 – Óculos
4 – Luvas

9 Retirada correta dos EPI's:



1 – Luvas
2 – Óculos
3 – Máscara
4 – Avental

10 Orientação higienização e conservação dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI's:

- Caso o EPI seja lavável, prefira sempre realizar a lavagem com sabão neutro;
- Esteja atento para EPI's que devem ser higienizados com produtos específicos;
- Seque os EPI's na sombra, pois eles podem ser danificados quando expostos ao sol;
- Tome cuidado para não derrubar o EPI durante a higienização, pois isso pode comprometer sua integridade;
- Assim que utilizar o EPI, guarde-o corretamente em local seguro e livre de fatores potencialmente prejudiciais ao material do equipamento — como calor ou umidade;
- Nunca guarde o EPI molhado ou úmido, pois ele pode criar mofo ou outras bactérias;
- Não utilize os calçados de segurança sem meias;
- Se o EPI foi descartável sempre faça o descarte em um local adequado.

11 Reutilização e guarda do respirador PFF2 / N95:

- As PFF podem ser reutilizadas pela mesma pessoa enquanto estiverem em bom estado, isto é, com vedação aceitável, tirantes elásticos íntegros e não estiverem sujas ou contaminadas por fluidos corpóreos.

- Para a guarda recomenda-se colocá-la em embalagem individual não hermética, de forma a permitir a saída da umidade (por exemplo, embalagem plástica perfurada). Não é recomendável o uso de embalagem de papel ou de outro material que absorva umidade ou sirva de substrato para a proliferação do patógeno.

12 Como colocar máscara cirúrgica descartável e PFF2 / N95:

Máscara cirúrgica descartável



Colocar sobre o nariz, boca e queixo;

Adaptar a peça flexível sobre o nariz;

Amarrar logo acima das orelhas e na nuca;

Respirador descartável PFF2/ N95



6. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde.** *Brasília/DF; ANVISA; 1ª ed.; 2009. 95 p. tab, ilus.* Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=327062&_101_type=document>. Acesso em: 6 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 6 – Equipamento de proteção individual.** Disponível em: <https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-06.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.** Disponível em: <https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-32.pdf> . Acesso em: 6 jan. 2020.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO – RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>. Acesso em: 6 jan. 2020.
- TRAMONTINI, Cibele Cristina et al. **Composição da fumaça produzida pelo bisturi elétrico: revisão integrativa da literatura.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 50, n. 1,p. 144-153, Feb. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342016000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Nov. 2019.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 42 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

1. Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

2. Objetivo

Remover a sujidade e outros resíduos, reduzir a microbiota transitória e prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Pia
- Papel toalha
- Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas

6. Descrição do procedimento

1 Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
2 Retirar adornos;
3 Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
4 Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
5 Abrir a torneira;

6 Molhar as mãos;

7 Fechar a torneira;

8 Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;

9 Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:

- palma contra palma;
- palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
- palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;
- palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
- parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai e vem;
- rotação dos polegares direito e esquerdo;
- friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
- esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice- versa;

10 Abrir a torneira;

11 Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;

12 Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;

13 Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e desprezá-lo na lixeira de resíduos comuns.

7. Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho.
- Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente.
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais.

- Evite espirrar, pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para prática de higiene das mãos em serviços de saúde.** Elaborado pela Equipe técnica da ANVISA. Brasília, 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- STACCIARINI T.S.G., **Procedimentos operacionais padrão em enfermagem**. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria n° 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº 32 (NR32)**: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. ANEXO I, artigo 32.2.4.5 b, 2005.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 43 HIGIENIZAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DAS MÃOS

1. Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

2. Objetivo

Eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional. Prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Solução antisséptica degermante
- Escova cirúrgica estéril
- Compressa cirúrgica estéril
- Espátula caso seja necessário

6. Descrição do procedimento

Utiliza-se a mesma técnica para a lavagem das mãos simples, substituindo-se o sabão por uma solução degermante (POP 42).

1 Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
2 Retirar adornos;
3 Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
4 Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
5 Abrir a torneira;
6 Molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
7 Recolher com as mãos em concha, a solução antisséptica e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de usar escova impregnada com antisséptico, pressionar a parte da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes;
8 Friccionar ou escovar, com a escova estéril, as mãos, antebraços e cotovelos, por 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
9 Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador (espátula);
10 Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto usado;
11 Manter as mãos em um nível mais alto que os cotovelos;
12 Fechar a torneira com o cotovelo, se a torneira não for fotossensível;
13 Enxugar as mãos e antebraços com compressa estéril, iniciando pelas mãos e seguindo por antebraço e cotovelo;
14 Colocar a compressa estéril em local apropriado.

7. Observação

- Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho.
- Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais.
- A degermação das mãos deve ser sempre realizada antes de procedimentos cirúrgicos ou invasivos.
- Antes de iniciar a degermação das mãos e antebraços, colocar a touca, a máscara cirúrgica e os óculos de proteção.
- Evitar o uso de água muito quente ou muito fria na lavagem das mãos para evitar ressecamento da pele.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n° 529, de 01 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde**. MINISTERIO DA SAÚDE / ANVISA / FIOCRUZ, 2013.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de procedimentos de enfermagem.** COREN DF. Distrito Federal, 2012.
- SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 14/2010**. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos**,** São Paulo, 2010
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Higienização das Mãos**. Brasília/DF, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria n° 485 de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº 32 (NR32): Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde**. ANEXO I, artigo 32.2.4.5 b, 2005.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 44 LAVAGEM GÁSTRICA

1. Definição

Procedimento realizado para diminuir a absorção de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos), bem como remover secreções irritantes à mucosa gástrica.

2. Objetivo

Diminuir a exposição dos agentes tóxicos por medidas de esvaziamento gástrico ou pela diminuição da absorção intestinal. Drenar secreções da cavidade gástrica. Limpar eremover secreções irritantes. Diagnosticar e tratar hemorragia gástrica. Obter conteúdos gástricos para análise laboratorial. Esvaziar o estômago para preparo de exame endoscópico.

3. Contraindicação

Ingestão de substância corrosiva.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- EPI (luva de procedimento)
- Sonda nasogástrica calibrosa
- Gaze não estéril
- Gel hidrossolúvel
- Seringa de 20ml

- Soro Fisiológico 0,9%
- Equipo macro gotas
- Bolsa coletora.

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Checar a prescrição;

3 Reunir o material;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

6 Paramentar-se com o EPI;

7 Proceder à técnica de Sondagem nasogástrica, se o paciente não estiver sondado (POP 62);

8 Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na sonda nasogástrica e infundir lentamente;

9 Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;

10 Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica,permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;

11 Retirar a sonda e recolher o material;

12 Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca;

13 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

14 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

15 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

16 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

17 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.
- Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.
- Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.
- Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Brasil, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasil, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de**
- **Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 45 LAVAGEM INTESTINAL

1. Definição

Lavagem intestinal consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. O processo de lavagem intestinal também é denominado enteroclisma. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

2. Objetivo

Auxiliar no amolecimento do conteúdo fecal viabilizando sua exteriorização, aliviando a constipação. Preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.

3. Contraindicação

- Portadores de apendicite
- Obstrução intestinal
- Hemorragia retal não diagnosticada
- Lesões intestinais

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem

5. Material

- EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)
- Solução prescrita
- Sonda retal
- Equipo macrogotas
- Suporte de soro

- Comadre ou fralda descartável
- Xylocaína 2% (se for necessário realizar toque retal)
- Biombo se necessário

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
2 Checar a prescrição;
3 Reunir o material;
4 Higienizar as mãos (POP 42);
5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
6 Aquecer a solução prescrita a 37º e conectar o equipo macrogotas e a sonda retal;
7 Paramentar-se com os EPIs;
8 Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;
9 Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaina 2%;
10 Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7 cm nas crianças e 10 a 13 cm nos adultos;
11 Infundir a solução de acordo com a prescrição médica;
12 Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas;
13 Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;
14 Deixar o paciente confortável;
15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
16 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
17 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
18 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento.
- Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico.
- Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente.
- O enfermeiro deve avaliar os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicilio até o final do gotejamento.
- O cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento.
- Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

8. Referências Bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento domiciliar:** Protocolo de assistência de enfermagem. Campinas/SP, 2014.
- SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer n° 032/2010.** Lavagem Intestinal, 2010.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 46 LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

1. Definição

Remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza,por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio do profissional, adequadamente limpo e preparado para desinfecção e ou esterilização, conforme especificidade dos artigos, garantindo a eficácia do processamento.

2. Objetivo

Diminuir carga microbiana dos artigos através da remoção de biofilmes e endotoxinas. Remover resíduos orgânicos e inorgânicos para que os mesmos não comprometam a integridade dos artigos e nem a eficácia do processamento, tornando-se barreira física que impeça a ação do agente desinfetante e esterilizante.

3. Contraindicação

Não há.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material (por sala)

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

- EPIs: gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental

impermeável, sapato fechado impermeável, antiderrapante, protetor auricular se necessário

- Recipientes plásticos de cor opaca com tampa
- Seringa de 20 ml
- Jarra medidora 1litro
- Detergente enzimático
- Panos limpos e macios e/ou toalhas descartáveis que não soltem resíduos, preferencialmente de cor clara
- Escovas de cerdas duras, finas e acessórios de limpeza não abrasivos não liberem partículas, ou cerdas
- Álcool 70%
- Protetor auditivo se necessário
- Detergente neutro próprio para limpeza de produtos para saúde (proibido uso de detergente doméstico)

Preparo e esterilização de materiais

- EPIs: Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, sapato fechado impermeável, antiderrapante, protetor auricular se necessário
- Embalagem: Papel grau cirúrgico
- Tesouras
- Panos limpos e macios e/ou toalhas descartáveis que não soltem resíduos e de cor clara
- Álcool 70%
- Detergente neutro próprio para limpeza de produtos para saúde (proibido uso de detergente doméstico)
- Caixas plásticas com tampa
- Máquina seladora
- Pacote desafio tipo BOWIE & DICK
- Pacote desafio com indicador biológico e integrador químico classe 5, ampolas com indicador biológico para controle

- Pacote desafio com integrador químico classe 5 (liberador de carga)
- Incubadora para indicador biológico
- Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico
- Etiquetas
- Livro de registro para monitoramento do processo de esterilização contendo o resultado dos testes (BOWIE & DICK, indicador biológico e integrador químico) e impressos da autoclave com os parâmetros de cada ciclo (tempo, temperatura e pressão) e da incubadora
- Instrumento para controle dos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão) da autoclave (na falta da impressão da autoclave)
- Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes)

Desinfecção de materiais termossensíveis

- EPIs: luvas de borracha, máscara (compatível com a toxicidade do germicida), óculos de proteção, gorro, avental impermeável, sapato fechado impermeável antiderrapante, protetor auricular se necessário;
- Recipiente plástico de cor opaca e com tampa para solução química;
- Recipientes plásticos com tampa para armazenamento e transporte de materiais;
- Embalagens plásticas;
- Detergente enzimático;
- Seringa de 20 ml;
- Jarra medidora 1litro;
- Instrumento para controle dos parâmetros físicos/ químicos da solução e tempo de imersão;
- Solução química desinfetante (Ex:Hipoclorito de sódio 1%, Dióxido de cloro 7%, Ácido Peracético, álcool 70%);
- Toalhas descartáveis que não soltem resíduos
- Escovas de cerdas duras, finas e acessórios de limpeza não abrasivos que não liberem partículas, ou cerdas;
- Detergente neutro próprio para limpeza de produtos para saúde (proibido uso de detergente doméstico);
- Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções (conter:

nome do produto, data do preparo, validade da solução, nome do profissional e COREN).

- Seladora.

6. Descrição do procedimento

Expurgo – Área Suja: Descontaminação Prévia/Limpeza:

1 Higienizar as mãos (POP 42);

2 Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional e os fluídos corporais e matéria orgânica;

3 Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões;

4 Remover o excesso de matéria orgânica visivelmente presente com auxílio de gaze, pois a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes, tornando o método ineficaz;

5 Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação de diluição do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição de material, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante e não excedendo este tempo, para a solução não se tornar substrato para as bactérias, propiciando aumento da contaminação dos artigos;

6 Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;

7 Enxaguar os materiais em água corrente para remoção da solução;

8 Esta etapa deve ser feita com o artigo dentro de uma solução para que não haja dispersão de gotículas no ambiente. O uso do detergente enzimático não substitui a fricção dos artigos;

9 Realizar limpeza manual com auxílio de escova/bucha não abrasiva e detergente, com movimentos de fricção. A presença de ferrugem, crostas, umidade, oxidações, ranhuras comprometem a qualidade do processo de esterilização;

10 Enxaguar novamente até completa remoção dos resíduos;
11 Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com toalha descartável, para secagem do material;
12 Secar individualmente cada material com o auxílio de toalha descartável e realizar atenta inspeção a fim de identificar presença de resíduos, ranhuras, oxidações, umidade ou secreções. Caso perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza ou inutilização;
13 Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para a sala de preparo e esterilização de materiais;
14 Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem (POP 56): hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas;
15 Higienizar as caixas plásticas e as lavar as luvas de borrachas;
16 Higienizar as mãos (POP 42).

Área Limpa - Preparo e esterilização de materiais

1 Higienizar as mãos (POP 42);
2 Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os insumos, testes para monitoramentos químico, físico e biológico, todos os tamanhos de sistema de barreira estéril, livro de registros e soluções estão disponíveis e aptos para uso;
3 Realizar limpeza diária da câmara interna da autoclave com solução de detergente neutro e posteriormente umedecidas apenas com água até a remoção total dos resíduos de detergente. Isso aumenta a vida útil do equipamento e evita a obstrução do dreno com resíduos liberadas pelo sistema de barreira estéril;
4 Realizar limpeza diária da face externa da autoclave e demais equipamentos observando as orientações dos fabricantes, quanto a limpeza dos mesmos;
5 Realizar desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes

de iniciar as atividades;

6 Higienizar novamente as mãos (POP 42);

7 Colocar os EPIs - luvas de procedimento, gorro e máscara;

8 Separar os materiais que serão embalados e observar limpeza, integralidade e funcionalidade;

9 Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço;

10 Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem-acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização (abertura e manuseio do material sem risco de contaminação). Ao utilizar embalagem dupla garantir que não apresentem dobras internas.

11 Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas falhas permitem a entrada de microrganismos;

12 Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor. O acondicionamento adequado dos pacotes dentro da autoclave permite a circulação do ar e do vapor, garantindo que todos os materiais sejam expostos ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto;

13 Manter as paredes livres e espaços entre os pacotes, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara. Os pacotes dos materiais devem ser dispostos de modo que o lado filme fique em contato com o lado filme do outro pacote;

14 Posicionar o Indicador Biológico “pacote desafio” no local com maior dificuldade de circulação do vapor - em cima do dreno e na posição horizontal, no primeiro ciclo, diariamente, atentando para que as paredes da câmara permaneçam livres e também deixar espaço entre os pacotes;

15 Ligar autoclave conforme orientações do fabricante e aguardar completar ciclo de esterilização, registrando os parâmetros do ciclo em impresso próprio;

16 Observar durante o ciclo de esterilização se temperatura e pressão foi atingida;

17 Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão e entreabrir a porta por dez minutos para saída do vapor;

18 Quando os pacotes estiverem frios, higienizar as mãos e retirá-los da câmara da autoclave;

19 Observar integralidade dos pacotes e presença de umidade, manchas, sujidade, perfurações, rasgos. Caso ocorre alguma alteração, comunicar a enfermeira e reprocessar o material;

20 Separar o Teste Biológico “pacote desafio”, colocar na incubadora para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em livro controle. Liberar os materiais para uso conforme resultado da leitura do teste. A Incubadora deverá ser ligada 1 hora antes da incubação. As cargas não devem ser liberadas quando houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão), os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico não corarem indicando que os materiais não foram expostos à esterilização ou o indicador biológico der resultado positivo;

21 Identificar os pacotes processados com a data da esterilização, data de validade, ciclo e funcionário responsável. As anotações podem ser feitas na aba de papel de manuseio do material;

22 Armazenar em local limpo, seco e arejado os materiais esterilizados, evitando sobrecarga de peso, amassar os pacotes ou amarrar com fitas e elásticos, pois danificam a integridade do papel grau cirúrgico;

23 Observar os materiais já estocados quanto a integralidade da embalagem e validade da esterilização (7 dias) e se necessário encaminhar para ser reprocessado;

24 Manter a sala em ordem (POP 56).

Observações: o primeiro ciclo do dia deverá ser realizado sem carga contendo o teste de Bowie&Dick, seguindo orientações do fabricante. No primeiro ciclo com carga, deverá ser realizado o teste biológico com integrador químico e em todos os demais ciclos, apenas o teste com integrador químico.

Desinfecção de materiais

1 Higienizar as mãos (POP 42);

2 Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional, os fluídos corporais, matéria orgânica e não orgânica;

3 Preparar o setor para o início das atividades verificando se todos os materiais, acessórios e soluções estão disponíveis e aptos para uso, fazendo higienização e desinfecção das mesas, bancadas, caixas e armários com álcool a 70%;

4 Efetuar limpeza dos materiais conforme descrito no item: Expurgo: Área suja;

5 Respeitar as barreiras técnicas na ausência de barreira física ao realizar a desinfecção química, cuidando de utilizar entre outras coisas, acessórios de limpeza exclusivos para produtos que serão desinfetados e pia exclusiva para limpeza, para garantir que não tenha contaminação cruzada entre o ambiente sujoe o limpo;

6 Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras, inspecionando a limpeza, dosentido proximal para o distal (controle do processo de limpeza), mantendo desmontadas e desconectadas todas as peças removíveis. Os artigos com lumens devem ser secos com ar sob pressão;

7 Escolher o agente desinfetante de acordo com a classificação dos produtos para saúde: artigos semicríticos ou não críticos;

8 Observar a compatibilidade dos artigos em relação ao desinfetante e seu tempo de ação: O hipoclorito a 1% é corrosivo com metais, tem ação descolorante, é inativado na presença de matéria orgânica, quando exposto a radiação ultravioleta e ao calor. O álcool 70% deixa opaco o acrílico, resseca alguns plásticos e borrachas e não é recomendado para produtos óticos;

Desinfecção de nível intermediário com hipoclorito a 1%:

1 Preparar a solução desinfetante de hipoclorito a 1% em recipiente opaco, com tampa e de uso exclusivo, previamente identificado com o nome da solução;

2 Preencher instrumento para controle do processo de desinfecção e rastreamento, o qual deve conter: identificação da solução desinfetante,

horário que foi preparada, tempo de validade, assinatura/COREN do profissional que realizou o preparo da solução e o teste de concentração, horário de imersão e retirada dos produtos, itens desinfetados e assinatura/COREN do profissional executor;

3 Imergir completamente todas as peças no recipiente contendo solução de hipoclorito a 1%, preenchendo todas as estruturas ocas e lumens com o auxílio de uma seringa de 20 ml. Os materiais leves, que tendem a boiar, devem ser mantidosimersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobreos itens;

4 Retirar os materiais após 30 minutos, cronometrados a partir do último item imerso na solução;

5 Enxaguar abundantemente em água potável até a retirada total do agente desinfetante, a presença de resíduos de hipoclorito nos artigos inalatórios pode causar irritação na mucosa respiratória dos pacientes.

6 Colocar os artigos sobre pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras e secar de forma minuciosa, imediatamente após enxague, inspecionando novamente do sentido proximal para o distal (monitoramento do processo de desinfecção), montar as peças removíveis/ kits e secar os lumens com ar sob pressão;

7 Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa previamente limpa e desinfetada;

8 Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardá-los em recipiente plástico com tampa previamente limpo, desinfetado e identificados;

9 Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade e assinatura e COREN do profissional executor;

10 Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;

11 Desprezar solução de hipoclorito após o vencimento, lavar e secar recipiente e tampa para evitar a criação de biofilme. A solução de hipoclorito de sódio 1%

tem validade de 24 horas, porém recomenda-se desprezá-la a cada 12 horas, ou conforme necessidade;

Desinfecção de nível intermediário com Álcool 70%:

1 Friccionar os artigos não críticos ou superfícies após a limpeza, com álcool 70% por 30 segundos, aguardando a secagem por evaporação ou passar o álcool em toda superfície do artigo por 3 vezes, aguardando a evaporação total do mesmo em todas elas. O processo de desnaturação proteica dos componentes microbianos ocorre durante a evaporação do álcool 70%;
2 Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa previamente limpa e desinfetada;
3 Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardar os artigos em recipiente plástico com tampa previamente limpo,desinfetado e identificado;
4 Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade, assinatura e COREN do profissional executor;
5 Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;
6 Manter o álcool 70% em recipiente fechado, previamente identificado (almotolia), em local ventilado e fresco, distante de fonte de faísca, por ser volátil e inflamável. Este produto em almotolia tem validade de 7 dias.

Desinfecção de alto nível com dióxido de cloro estabilizado a 7%:

1 Preparar a solução desinfetante de dióxido de cloro estabilizado a 7% em recipiente opaco, com tampa e de uso exclusivo, previamente identificado com o nome da solução, diluindo o produto conforme orientação do fabricante (5 ml para cada litro de água);
2 Aguardar a homogeneização do produto (10 minutos) e testar a sua concentração com fita dosadora. Esse teste deve ser realizado logo após o preparo e/ou a cada troca de plantão, se necessário. Se houver alteração da concentração deve se desprezar a solução;
3 Identificar a data de abertura e data de validade após aberto do frasco de fitas

dosadoras, sempre que abrir um novo;

4 Preencher instrumento para controle do processo de desinfecção e rastreamento, o qual deve conter: identificação da solução desinfetante, horário que foi preparada, tempo de validade, assinatura/COREN do profissional que realizou o preparo da solução e o teste de concentração, horário de imersão e retirada dos produtos, itens desinfetados e assinatura/COREN do profissional executor;

5 Imergir completamente todas as peças no recipiente contendo dióxido de cloro estabilizado a 7%, preenchendo todas as estruturas ocas e lumens com o auxílio de uma seringa de 20 ml. Os materiais leves, que tendem a boiar, devem ser mantidos imersos por meio de estruturas plásticas perfuradas mais pesadas colocadas sobre os itens;

6 Retirar os materiais após 15 minutos, cronometrados a partir do último item imerso na solução;

7 Enxaguar abundantemente em água potável até a retirada total do agente desinfetante;

8 Colocar os artigos sobre pano limpo ou toalha descartável de cor clara que não liberem fibras e secar de forma minuciosa, imediatamente após enxague, inspecionando novamente do sentido proximal para o distal (monitoramento do processo de desinfecção), montar as peças removíveis/ kits e secar os lumens com ar sob pressão;

9 Encaminhar os produtos secos para área de preparo em caixa com tampa e previamente limpa e desinfetada;

10 Embalar os artigos em sacos plásticos atóxicos, selando-os (quando aplicável) e/ou guardar os artigos em recipiente plástico com tampa previamente limpo,desinfetado e identificado;

11 Identificar os materiais desinfetados com o nome do artigo, nome do agente desinfetante, data da desinfecção, data de validade, assinatura e COREN do profissional executor;

12 Armazenar os materiais desinfetados em local separados dos esterilizados;

13 Desprezar solução de dióxido de cloro ao fim do processo de trabalho, esta solução desinfetante tem validade de 24 horas após a diluição.

14 Após processo de desinfecção dos produtos para saúde higienizar e guardar as caixas plásticas para evitar formação de biofilme. Lavar, secar, desinfetar (quando aplicável) e guardar as EPI reutilizáveis (luvas de borrachas, óculos ou protetor facial), guardar os produtos desinfetantes utilizados no processo em local adequado, deixar hamper vazio, pia limpa e seca, friccionar álcool 70% em todas as bancadas, após limpeza;

15 Manter a sala em ordem (POP 56).

16 Higienizar as mãos (POP 42);

7. Observações

- **Limpeza:** primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterelização, sendo um processo mecânico de remoção de sujidade de artigos e superfícies, mediante o uso da água e detergente neutro ou detergente enzimático.
- **Desinfecção:** processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados, realizada através de água quente ou em ebulição (acima de 60°C). Quando utiliza produtos desinfetantes (hipoclorito de sódio, glutaraldeído, álcool 70%) é chamada desinfecção por meio químico.
- **Esterelização:** processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, não sendo mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.
- Após retirar os pacotes da autoclave não colocar sobre superfícies frias, para evitara condensação do vapor que ainda resta dentro deles.
- Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água diariamente e controlar seu funcionamento, mantendo caderno de registro dos parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.

- Ao condicionar os materiais na autoclave, colocar bacias, vidros e cubas sempre com sua abertura voltada para baixo. No momento da embalagem, esses materiais devem ter a abertura voltada para o lado papel do papel grau cirúrgico.
- Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.
- A Comissão de Processamento de Artigos Médico-Odontológicos - S.M.S Neópolis, definiu como prazo de validade dos materiais - 07 dias, tendo em vista a diversidade de condições de estocagem.

8. Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações gerais para central de esterilização** - Série A normas e manuais técnicos nº 108. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/orientacoes_gerais_cen tral_es terilizacao.html>. Acesso em: 27 dez. 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Manual de normas e rotinas de processamento de artigos e superfícies para a rede municipal de saúde de Florianópolis.** 2008. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.50.39.d685b587 07 6a740 1197dd7a94b 058abd.pdf. Acesso em: 13 dez. 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 47 MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

1. Definição

Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo.

2. Objetivo

Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/ inelástica.

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
5 Afastar a roupa do paciente de forma que a região da cintura fique despida;
6 Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;
7 Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;
8 Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;
9 Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente;
10 Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;
11 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
12 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
13 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde**. Brasília/DF, 2011.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde.

Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas/SP, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 48 Medida da Circunferência do Quadril

1. Definição

Medida da circunferência do quadril obtida ao nível das espinhas ilíacas anteriores.

2. Objetivo

Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada com a circunferência abdominal do indivíduo.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e

com mínimo de roupas possível;

5 Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;

6 Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;

7 Realizar a leitura;

8 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

9 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

10 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas/SP, 2009.
- PORTO, CC. **Exame clínico - Bases para a prática médica**. Guanabara Koogan- 4ª edição; 2000.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 49 MEDIDA DE ESTATURA

1. Definição

Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

2. Objetivo

Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Antropômetro

6. Descrição do procedimento

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos (POP 42);
- Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Crianças menores de 2 anos:

1 Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;

2 Manter, com a ajuda do responsável: a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;

3 Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;

4 Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;

5 Retirar a criança;

6 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

7 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

8 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

1 Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;

2 Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;

3 Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;

4 Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com

pressão suficiente para comprimir o cabelo;

5 Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;

6 Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;

7 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

8 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

9 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

Antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde**. Brasília/DF, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas/SP, 2009.
- PORTO, CC. **Exame clínico - Bases para a prática médica**. Guanabara Koogan - 4ª edição; 2000.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 50 MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO

1. Definição

Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.

2. Objetivo

Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;

5 Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre

as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima;

6 Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;

7 Realizar a leitura;

8 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

9 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

10 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Não incluir pavilhão auricular.
- Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 51 MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO

1. Definição

Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.

2. Objetivo

Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;

5 Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
6 Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
7 Realizar a leitura;
8 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
9 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
10 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio
- de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimentos Operacionais Padrão para as Unidades Básicas de Saúde.** Colombo/PR, 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 52 MEDIDA DO PESO CORPORAL

1. Definição

Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.

2. Objetivo

Avaliar a evolução pondero estatural do indivíduo.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Balança mecânica ou digital
- Papel toalha

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Forrar a base da balança com papel- toalha;

5 Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá- la e verificar a tara (eletrônica);

6 Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos;

7 Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);
8 Ajudar o paciente a descer da balança;
9 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
10 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
11 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
12 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Aferir periodicamente as balanças.
- Calibragem: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelação da agulha.
- Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme.
- Pesar os pacientes com a menor quantidade possível de roupas.
- Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas.
- Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado.
- Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do profissional e descontar o peso do colaborador.

8. Referências bibliográficas

- CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem.** Campinas/SP, 2009.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 53 MOVIMENTAÇÃO EM BLOCO

1. Definição

Deslocar/rolar em bloco o paciente enquanto se mantém a estabilização manual, com mínimo movimento da coluna. O rolamento em bloco é indicado para colocar o paciente na prancha longa, ou outro dispositivo que facilite o transporte do mesmo, e para virar o paciente com suspeita de trauma vertebromedular para examinar seu dorso.

2. Objetivo

Impedir a angulação da coluna cervical.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar/ de Enfermagem.

5. Material

- Prancha longa
- Colar cervical

6. Descrição do procedimento

Para realizar este procedimento com segurança é necessário a presença de três socorristas.

Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal ou Posição Supina:

1 Realizar colocação do colar cervical adequada e eficiente, protegendo a coluna cervical de compressão (POP 34);
2 **Primeiro socorrista**: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento;
3 **Segundo socorrista**: ajoelhar-se na altura da metade do tórax;
4 **Terceiro socorrista**: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente;
5 Esticar os braços do paciente e colocá-los juntos ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, enquanto as pernas são colocadas em posiçãoneutra alinhada;
6 Segurar o paciente pelos ombros (segundo socorrista) e quadris (terceiro socorrista) de tal forma que se mantenha a posição neutra alinhada das extremidades inferiores;
7 Rolar o paciente “em bloco”, ou seja, ao mesmo tempo, para decúbito lateral;
8 Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além dacabeça do paciente;
9 Manter a prancha longa contra o dorso do paciente, e deslocá-lo em bloco sobre a mesma, que deve ser abaixada ao chão com o paciente sobre;
10 Logo após deve-se segurar o paciente firmemente pelos ombros, pelve e extremidades inferiores;
11 Movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do paciente);
12 Verificar se o paciente encontra-se posicionado na prancha longa com sua cabeça no topo da prancha e seu corpo centrado.

Paciente em Decúbito Ventral ou Semipronação:

1 Primeiro socorrista: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição

neutra alinhada durante todo procedimento.

2 Segundo socorrista: ajoelhar-se na altura da metade do tórax e segurar o ombro, o punho e a pelve do lado oposto.

3 Terceiro socorrista: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente e segurar o punho, a pelve e as extremidades inferiores.

4 Colocar a prancha longa na borda lateral e posicionada entre o paciente e os socorristas;

5 Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;

6 Após ter colocado o paciente deitado em posição supina sobre a prancha longa deve-se movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do doente);

7 Após posicionar o paciente corretamente na prancha deve-se colocar o colar cervical correto e então fixá-lo na prancha longa.

7. Observação

- Os braços do paciente são posicionados prevendo-se a posição final que o este ficará após a rotação completa. No método do rolamento em bloco com o paciente em semipronação, o colar cervical só pode ser colocado com segurança quando o paciente estiver em posição supina alinhada sobre a prancha longa e nunca antes que isso ocorra.
- Sempre que possível, o paciente deve ser girado na direção oposta daquela para onde sua face está direcionada.

8. Referência bibliográfica

- PHTLS/NAEMT. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. Tradução Renata Acavone ET AL. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 54 MONTAGEM DE CAIXAS TRANSPORTE DE VACINA

1. Definição

Procedimentos necessários para a retirada dos imunobiológicos da Sala de Vacinas para outro serviço ou setor em caso de falta de energia ou problemas na rede de frio, a fim de garantir as condições adequadas de armazenamento.

2. Objetivo

Manter os imunobiológicos em temperaturas adequada (entre +2° e +8°C), de forma a preservar a eficácia do produto.

3. Contraindicação

Não realizar transferência de imunobiológicos que tenham passado por altas temperaturas (incêndio); ou enchentes; ou que tenham sofrido descaracterização do rótulo ou embalagem.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Caixas térmicas para transporte de imunobiológicos, de preferência de material Poliuretano, ou isopor (para grandes volumes), em quantidade e tamanho suficiente para garantir o transporte adequado (temperatura adequada e baixa mobilidade do produto)
- Bobinas reutilizáveis em quantidade suficiente a manter a temperatura dos imunobiológico nas caixas térmicas
- Impresso: **Controle de Imunobiológicos em Situação de Transferência para**

outra unidade/almoxarifado (guarda provisória) – para situações que **não** ocorreram alteração de temperatura

- Impresso: **Ficha de Notificação de Alteração de Temperatura** (da Divisão de Imunização/CVE/SES) – para situações que ocorreram alteração de temperatura

6. Descrição do procedimento

Falta de energia elétrica:

1 Ligar para a central de atendimento da companhia de energia - CPFL, munido do CEP da unidade, a fim de obter elementos para a tomada de decisão (Fones: 0800 101010/ 3756-8627/ 3756-8625);

2 Em caso de **retorno da energia em período menor que 2 horas**: não abrir a geladeira/câmara até o retorno da energia;

3 Em caso de interrupção da energia por um período **maior que 2 horas ou a previsão de retorno da energia ocorrer no horário em que a unidade de saúde estiver fechada**, o enfermeiro deverá seguir os procedimentos semelhantes aproblemas na rede de frio;

Problemas na rede de frio dos imunobiológicos:

1 Higienizar as mãos (POP 42);

2 Montar a caixa para transporte de vacinas;

3 Comunicar a VISA de referência do ocorrido e o Distrito de Saúde para providenciar o transporte desses imunobiológicos até o almoxarifado/ou outra unidade para armazenamento. Em horários, fora do expediente administrativo (segunda a sexta, das 17:00 às 22:00h; ou sábado, domingo e feriados) acionar o Plantão DEVISA (fone: 99529-6722) para **o transporte** dos imunobiológicos para o almoxarifado;

4 Relacionar as vacinas (vacina e quantidade de frascos) a serem transferidas em 2 vias do impresso **- CONTROLE DE IMUNOBIOLÓGICOS EM SITUAÇÃO**

DE TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE/ALMOXARIFADO - Guarda Provisória, e encaminhar 1 via junto com a caixa de vacinas para o almoxarifado/outra unidade receptora. Atenção: este impresso somente deverá ser utilizado se não ocorrer alteração de temperatura dos imunobiológicos;

5 Se houve alteração de temperatura dos imunobiológicos (transporte para quarentena) deve-se acrescentar 1 via do impresso **Ficha de Notificação de Alteração de Temperatura** preenchida. Quando a situação ocorrer à noite, finaisde semana ou feriados, a ficha deve ser encaminhada junto com as vacinas para o almoxarifado; quando ocorrer em horário administrativo esta ficha deve ser encaminhada a VISA Regional. **A unidade de origem é a responsável pela notificação da alteração de temperatura ao sistema de vigilância em saúde;**

6 O Enfermeiro responsável pela sala de vacinas da UBS deverá verificar e testar a adequação da rede de frio para receber os imunobiológicos retirados da unidade, caso o transporte tenha sido realizado por alteração na rede elétrica;

7 Providenciar transporte para buscar os imunobiológicos armazenados em outra Unidade/Almoxarifado, montar caixa térmica e abastecer a câmara de vacina novamente;

8 Em caso de defeito da Câmara de Vacina, encaminhar e-mail para o INASP (administrativo@inasp.org.br). Neste chamado descrever o equipamento, número de patrimônio e alterações apresentadas pelo equipamento. Após o conserto da geladeira/câmara, executar os passos **6** e **7** desta orientação;

9 Se for necessário, providenciar pedido eventual de vacina ao Almoxarifado para as atividades diárias, até a decisão da viabilidade de utilização das vacinas quando os imunobiológicos estiverem em quarentena;

7. Observação

O coordenador da UBS e/ou equipe de enfermagem da unidade são os responsáveis pela montagem da caixa e acondicionamento das vacinas para o transporte ao

almoxarifado/outra unidade.

8. Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. 5ª edição, Brasília, 2017. 136 p.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 55 OXIGENOTERAPIA

1. Definição

É a administração de oxigênio suplementar em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.

2. Objetivo

Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.

3. Contraindicação

Altas concentrações de O2 em pacientes com DPOC.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- EPI (luvas de procedimento)
- Bandeja ou cuba rim
- Kit cateter nasal e/ou kit máscara de Venturi e/ou kit máscara de nebulização
- Fonte de oxigênio
- Água destilada
- Fluxômetro de O2

6. Descrição do procedimento

1 Conferir a prescrição médica;

2 Reunir o material;
3 Higienizar as mãos (POP 42);
4 Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
5 Paramentar-se com o EPI;
6 Posicionar adequadamente o paciente (elevando a cabeceira do leito se acamado ente 30 a 45º).

Cateter nasal

- Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido;
- Lubrificar a ponta do cateter, antes da introdução, com lubrificante hidrossolúvel;
- Introduzir o cateter nasal até local marcado;
- Fixar o cateter com esparadrapo e/ou micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sinta-se confortável;
- Preencher o umidificador com água destilada até o nível recomendado pelo fabricante;
- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

Máscara de nebulização

- Preencher o umidificador com água destilada até o nível recomendado pelo fabricante;
- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a traqueia da máscara no umidificador de oxigênio;

Máscara de Venturi

- Conectar o umidificador, sem água destilada, no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

- Abrir válvula reguladora e do fluxo de oxigênio do fluxômetro, de acordo com a prescrição médica, certificando-se da sua permeabilidade;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
- Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Kit cateter nasal é composto por: cateter com numeração adequada, extensor de silicone e umidificador.
- Kit máscara de Venturi é composto por: máscara facial, extensor de silicone, traqueia, umidificador, regulador de fluxo de oxigênio e adaptador para nebulização.
- Kit máscara de nebulização é composto por: máscara facial, traqueia, cadarço e umidificador.
- Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio.
- Verificar se a fonte de oxigênio contem oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita.
- Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do paciente a fim de evitar ressecamento das mesmas.
- Fornecer cuidados orais de higiene frequente.
- Ajustar corretamente e frequentemente a força da fita elástica e/ou outros dispositivos para fixação, fazendo o uso de protetores, se necessário, para evitar lesões.
- Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta dopaciente à terapia e instruções dadas ao paciente e familiar.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação

de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. Campinas/SP, 2009.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. **Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2014.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 56 ORGANIZAÇÃO DE SALAS E SETORES

1. Definição

Compreende a preparação da sala ou setor para as atividades de enfermagem a serem desenvolvidas no plantão. Inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas eequipamentos permanentes nas diferentes áreas de uma unidade de saúde e a providenciados materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.

2. Objetivo

Preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Luvas de borracha
- Álcool a 70%
- Panos limpos
- Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matériaorgânica)
- Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor

6. Descrição do procedimento

1 Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;

2 Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Calçar as luvas;

5 Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;

6 Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza comhipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;

7 Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

7. Observação

- As superfícies referidas neste protocolo compreendem: mobiliários, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.
- Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência.
- Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço.
- Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente

e ao profissional.

- Para realização de limpeza concorrente e terminal utilizar o POP 42.

8. Referência bibliográfica

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde**: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília/DF, 2010.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- CUNHA F. M. B.; et al. **Manual de boas práticas para o serviço de limpeza** –abordagem técnica e prática. Faculdade de odontologia, São José dos Campos/ SP, 2010.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO. **Procedimento OperacionalPadrão de Limpeza Hospitalar.** Hospital Universitário Julio Müller – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Disponível em: www.ufmt.br/hujm/arquivos/0d06282c06e20b99866b120ae0e0e523.pdf. Acesso em:30 nov. 2015.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 57 PRANCHAMENTO EM POSIÇÃO SUPINA

1. Definição

Imobilizar a coluna do paciente traumatizado e que deambula, e que tenha a indicação para imobilização da coluna.

2. Objetivo

Imobilização total do paciente em pé na prancha longa enquanto a cabeça e o pescoçosão mantidos em posição neutra, diminuindo o risco de outras lesões.

3. Contraindicação

Não existe contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Prancha longa
- Colar cervical

6. Descrição do procedimento

Três ou mais Socorristas:

1 Os socorristas devem realizar a estabilização e o alinhamento manuais tanto pela frente como por trás do paciente;

2 Uma vez obtida a estabilização alinhada manual da cabeça e do pescoço do paciente,o colar cervical de tamanho correto pode ser colocado (POP 34);

3 A prancha longa é colocada atrás do paciente e pressionada contra ele. Assim que a prancha estiver no lugar, mantém-se a estabilização manual por todo o procedimentoe o paciente é fixado na prancha longa;

4 Dois socorristas ficam em pé de cada lado do paciente, virados na direção do deste,e inserem a mão que se encontra mais próxima do paciente sob a axila dele,segurando a alça mais próxima sem movimentar o ombro do paciente. A outra mão segura a alça superior da prancha. Enquanto o alinhamento e a estabilizaçãomanuaissão mantidos o paciente e a prancha são deitados no chão;

5 Conforme o paciente é baixado ao chão, o socorrista, atrás dele, mantém a estabilização manual, rotacionando suas mãos;

6 Os outros socorristas, posicionados um de cada lado da maca, precisam soltar sua porção superior e colocar as mãos sob o braço do profissional responsável pela estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente;

7 Com o paciente e a prancha no chão, este é imobilizado na prancha longa.

Dois Socorristas:

1 O primeiro socorrista faz e mantêm a estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente, enquanto o segundo socorrista verifica a medida e coloca o colar cervicalde tamanho adequado (POP 34);

2 Após a colocação do colar, o segundo socorrista posiciona a prancha atrás do paciente e na frente do primeiro socorrista;

3 O segundo socorrista segura a prancha com a mão mais próxima a ela. Esse profissional agora põe a outra mão, com a palma e os dedos estendidos, na cabeça do paciente, e aplica uma leve pressão para auxiliar a manutenção da estabilização manual;

4 O primeiro socorrista agora pode liberar a cabeça do paciente com as mãos mais próximas do segundo socorrista. Com sua outra mão, o socorrista se reposiciona ao lado da cabeça do paciente, aplicando pressão lateral enquanto se move e posiciona a prancha à altura da cabeça do paciente ou mais acima;

5 O paciente e a prancha são colocados no chão, enquanto os dois socorristas mantêma estabilização manual, exercendo igual pressão lateral na cabeça do paciente. Os socorristas responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar precisam trabalhar juntos durante esse movimento, garantindo a máxima estabilização manual;

6 Assim que o paciente e a prancha estiverem no chão, a estabilização manual pode ser mantida por um socorrista localizado acima da cabeça do indivíduo, até que este seja imobilizado na prancha longa;

7. Observação

Quando três ou mais socorristas não estão disponíveis, dois socorristas podem realizar a imobilização conforme descrito acima.

8. Referência bibliográfica

- **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, PHTLS/NAEMT**; [tradução RenataAcavone ET AL.] – 7ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 58 REALIZAÇÃO DE CURATIVO

1. Definição

O curativo consiste no cuidado dispensado a uma região do corpo em que há ruptura da integridade de um tecido corpóreo. O procedimento compreende o processo de limpeza e/ou desbridamento, seleção e aplicação de cobertura e/ou tratamento tópico em uma determinada lesão a fim de proporcionar um meio adequado ao processo de cicatrização.

2. Objetivo

Manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas, manter a umidade no leito da ferida em proporções adequadas (absorver/controlar o excesso de exsudato) viabilizando o processo de cicatrização e cura.

3. Contraindicação

É importante verificar se há contraindicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão, e se o paciente apresenta alergia a algum componente do material a ser utilizado (Consultar Manual de Curativos 2016).

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Mesa auxiliar ou bandeja
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e umapinça Kelly
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário)

- Tesoura
- Pacote de gazes esterilizadas
- Atadura de rayon estéril
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente
- Agulha 25x12 ou 40x12
- Seringa de 20 ml
- Álcool 70%
- Luvas de procedimento e/ou estéril
- Micropore/ Esparadrapo
- Atadura de crepe de largura adequada a extensão da lesão
- Espátula
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme as características da lesão
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário
- Papel Toalha

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome e o número do prontuário, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;

2 Conferir a prescrição médica ou de enfermagem, se não houver, solicitar avaliação;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/ domicílio);

5 Aquecer o soro;

6 Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

7 Higienizar novamente as mãos;

8 Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

9 Observar o curativo anterior antes da remoção;

10 Remover o curativo anterior com cuidado, umedecendo com SF 0,9%, se houver aderência, removendo a cobertura sem traumatizar a lesão;

11 Caracterizar a ferida quanto ao tamanho (extensão e profundidade), evolução, tipo de tecido, exsudato, odor, bordas e pele ao redor, atentando-se a presença de sinais de infecção (edema, hiperemia, calor e dor). Solicitando reavaliação

do caso pelo enfermeiro/médico se necessário;

12 Na presença de sujidades em áreas próximas da ferida ou ao redor, proceder a limpeza com sabonete neutro, água corrente tratada, e secar com gaze ou papel toalha;

13 Descartar curativo anterior e luvas no lixo apropriado;

14 Abrir o pacote de curativo utilizando a técnica asséptica, arrumar as pinças no campo,abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;

15 Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

16 Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%**.** Utilizar preferencialmente o frasco de SF0,9% de 250ml ou seringa de 20 ml para realizar a irrigação;

17 Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%;

18 Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície daferida. Evitar limpeza mecânica e/ou fricção onde houver tecido de granulação;

19 Na presença de tecido desvitalizado (leito/bordas, aderido/solto), solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;

20 Secar apenas a região perilesional e bordas com gaze, a fim de evitar a maceração dos mesmos;

21 Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (mediante autorização prévia do paciente), semanal ou quinzenalmente;

22 Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo **enfermeiro/médico***, e ocluir o curativo conforme a necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);

23 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados; 24 Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

25 Orientar o paciente quanto a periodicidade de troca de curativos primários/secundários conforme a prescrição do enfermeiro/médico, bem como

os cuidados na manutenção do curativo e retornos programados a Unidade;

26Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

27Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção; 28 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observações

- Os curativos crônicos devem ser avaliados pelo Enfermeiro desde o primeiro atendimento, contemplando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com a prescrição do cuidado a ser prestado, e se responsabilizando pelas subsequentes evoluções e avaliações periódicas necessárias, sendo delegada aos profissionais de nível médio a execução do procedimento.
- Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo. No domicílio recomenda- se a técnica limpa.
- Na Unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda- se o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.
- A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
- A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizada por profissional de enfermagem capacitado (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro, conforme parecer Coren 07/2015.
- *O desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
- A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde. Consultar o Manual de Curativos Nov/2016 e o Guia de Tratamento

de FeridasNov/2016 no site da SMS.

8. Referências bibliográficas:

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Parecer n° 07/2015.** Realização de curativo pelo técnico de imobilização ortopédica. 2015.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Tratamento de Feridas**. Campinas/SP, 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Curativos.** Campinas/SP, 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas**. Campinas/SP 2006
- POTTER P. A.; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro:Elsevier, 2009.
- HESS, C. T. **Tratamento de Feridas e Úlceras**. Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso, 2002.
- RIBEIRÃO PRETO. SMS. **Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas,** 2011.
- SANTOS,J. B. D.; PORTO,S. G; Suzuki,L. M.; Sostizzo, L. Z.; Antoniazzi, J. L. Hospital das Clínicas de Porto Alegre, RS. **Avaliação e Tratamento de Feridas: Orientações aos profissionais de saúde**. 2011

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 59 RETIRADA DE PONTOS

1. Definição

Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura).

2. Objetivo

Facilitar a cicatrização.

3. Contraindicação

Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- EPIs: luvas de procedimentos e avental
- Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dentede rato ou Kocker
- Soro Fisiológico 0,9%
- Gazes (estéreis)

6. Descrição do procedimento

1. Reunir o material;
2. Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando oprocedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3. Higienizar as mãos (POP 42);
4. Paramentar-se com os EPIs;
5. Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com sorofisiológico;
6. Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pelecom a tesoura de Íris;
7. Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;
8. Cobrir a ferida se houver necessidade;
9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
10. Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
11. Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
12. Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção; 13.Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fiosabsorvíveis não precisam ser retiradas.
- Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitaravaliação do enfermeiro.
- Retirada de pontos de curativos Pós-Operatórios devem ter a supervisão doEnfermeiro e a prescrição médica (Parecer n° 39/2013 COREN/SP).
- Entendemos que o Parecer 39/2013 excetua a retirada de pontos de ferimentosleves corto-contusos e sem sinais flogísticos.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer 039/2013.**

  Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem**.** 2013.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação

de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer 039/2013.**

  Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem**.** 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 60 REALIZAÇÃO PEAK FLOW

1. Definição

O Peak Flow meter (debitómetro) é um instrumento que serve para medir a eficácia dafunção pulmonar e indicando permeabilidade vias respiratórias.

2. Objetivo

Diagnosticar doenças respiratórias como: asma, bronquite crônica e enfisema.

Avaliar severidade das doenças.

Monitorizar a evolução das doenças e registrar dados objetivos, instrumentando o médico para intervenções específicas.

Verificar a resposta à medicação. Prevenir crises.

3. Contraindicação

- Deficiência da capacidade cognitiva
- Afecções da cavidade bucal
- Algumas situações podem representar um potencial risco para o paciente devido às manobras forçadas realizadas durante o exame, sendo sempre necessário a avaliação médica para indicação do exame

4. Executante

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem habilitado.

5. Material

- Peak Flow meter (debitómetro)
- Planilha específica para registro dos dados pessoais do paciente
- Balança para mensurar altura e peso do paciente
- Planilha de Pico de Fluxo Expiratório (PFE)

- Lápis
- Bocal descartável

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se, acolher o paciente e responsável com atenção;

2 Receber a guia de requisição de exames, conferindo documentação do paciente e exames anteriores;

3 Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida e com letra legível, contendo: nome completo do paciente, matrícula, número do cartão do SUS, data de nascimento ou idade, data da solicitação, identificação do profissional solicitante (nome, número do registro e carimbo);

4 Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;

5 Mensurar peso e altura do paciente;

6 Preencher a planilha de pico de fluxo expiratório com nome do paciente, idade,sexo, peso e altura;

7 Solicitar ao paciente que realize o exame em pé;

8 Certifique-se de que o “contador” está a zero;

9 Encaixar o bocal no fluxômetro;

10 Solicite ao paciente que inspire o mais profundamente possível;

11 Posicione o bocal descartável, solicitando ao paciente que o aperte a boquilha comos lábios para evitar que o ar se escape para fora do medidor;

12 Oriente o paciente a soprar o mais forte e rapidamente que conseguir, durante 2segundos;

13 Orientar o paciente a não tossir, nem bloquear a boquilha com saliva ou com alíngua;

14 Anote o valor obtido;

15 Repita o processo mais duas vezes e aponte o valor mais elevado no seu registro(os três valores obtidos devem ser similares).

7. Observações

Este procedimento é executado pelo profissional de enfermagem habilitado, porém olaudo médico é realizado pelo pneumologista.

8. Referências Bibliográficas:

- CAMELO, J. S.; TERRA FILHO, J. ; MANÇO, J. C. **Pressões respiratórias máximas em adultos normais**. Jornal de Pneumologia, v.11, n.4, p. 181-184, 1985.
- COSTA, D. **Fisioterapia Respiratória Básica**. São Paulo. Editora Atheneu, 1999.
- COSTA, D; SAMPAIO, L. M. M.; LORENZZO, V. A. P.; JAMAMI, M.; DAMASO, A.
- R. **Avaliação da força muscular respiratória e amplitudes torácicas e abdominais após a RFR em indivíduos obesos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 11, n. 2, p.156- 160, 2003.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 61 SONDAGEM NASOENTERAL

1. Definição

Introdução de uma sonda maleável, com fio guia metálico, flexível e radiopaco, através da narina até o intestino.

2. Objetivo

Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição.

3. Contraindicação

Pacientes com desvio de septo. Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fraturade base de crânio. Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicandovarizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana. Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material:

- EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos)
- Bandeja
- Sonda nasoenteral tipo Dobhoff
- Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante)
- Gaze não estéril
- Seringa de 20ml
- Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico
- Estetoscópio
- Soro fisiológico 0,9%

- Toalha ou papel toalha
- Biombo (se necessário)

6. Descrição do procedimento

1 Checar a prescrição;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Reunir o material;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

6 Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;

7 Paramentar-se com os EPIs;

8 Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;

9 Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;

10 Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;

11 Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;

12 Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndicexifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;

13 Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;

14 Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;

15 Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;

16 Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;

17 Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose;

18 Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;

19 A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narinautilizada,com fita adesiva fina;

20 Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;

21 Deixar o paciente confortável;

22 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a corretasegregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

23 Higienizar as mãos;

24 Encaminhar o paciente para controle radiológico;

25 Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar anutrição/medicação;

26 Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado eidentificado, para repassar a sonda se necessário;

27 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

28 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

29 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem dasonda, para facilitar a saída do fio guia;
- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sobsuspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;
- No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificarlocalização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades

Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE);

- Aguardar 30 minutos para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração dasonda para duodeno/jejuno;
- Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma novadieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus paraevitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitarobstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, paraevitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;
- Se houver resistência durante a passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda, e passar pela outra narina;
- Deixar toalhas próximas do paciente, para o caso deste sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 453/2014**. 0453/2014 -Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional.2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros

documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 6 de julho de 2000**. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. Brasília/DF, 2000.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisadopor**	**Validado por**

POP 62 SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1. Definição

Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.

2. Objetivo

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

3. Contraindicação

Pacientes com desvio de septo. Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio. Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicandovarizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana. Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave. Pacientes com neoplasia de esôfago ou estômago. Pacientes com mal formação e/ou obstrução mecânica/ cirúrgica do trato gastrointestinal.

4. Executante

Enfermeiro, Técnicos / Auxiliares de Enfermagem.

5. Material

- EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos)
- Bandeja
- Sonda nasogástrica tipo Levine
- Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante)
- Gaze não estéril
- Seringa de 20ml
- Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico
- Estetoscópio

- Toalha ou papel toalha
- Coletor de secreção (se necessário)
- Biombo (se necessário)

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Checar a prescrição;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

6 Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;

7 Paramentar-se com os EPIs;

8 Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;

9 Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;

10 Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;

11 Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;

12 Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndicexifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;

13 Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;

14 Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;

15 Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;

16 Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;

17 Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;

18 Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com

estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;

19 A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;

20 Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdogástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do paciente, a fim de possibilitara drenagem;

21 Deixar o paciente confortável;

22 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a corretasegregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

23 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

24 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

25 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sobsuspeita de fratura de ossos da base do crânio;
- Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;
- Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar umanova dieta e antes de administrar medicamentos;
- Realizar higiene oral a cada 6h;
- Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus paraevitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;
- Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, paraevitar obstrução da sonda;
- Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, paraevitar saída acidental;
- Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;

- Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós- operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

8. Referência bibliográfica

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 453/2014**. 0453/2014 -Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional.2014
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/ DF, 2012.
- UNAMUNO M.R.D.L,; JULIO S.M. **Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações**. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar. 2002.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisadopor**	**Validado por**

POP 63 TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIO

1. Definição

Prontuário do paciente é o conjunto de documentos e informações relativos à assistência prestada a um Usuário. A instituição de saúde é a responsável legal pela guarda e conservação desses documentos. Transferência é o ato de deslocar / movimentar esses documentos de um serviço de saúde para outro.

2. Objetivo

Realizar a movimentação de prontuário de usuários, de forma a preservar e conservar as informações nele contidas.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Administrativo com apoio de equipe multiprofissional da qual a equipe de enfermagem (Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem) faz parte.

5. Material

- Guia de remessa específica
- Envelope
- Prontuário do paciente

6. Descrição do procedimento

Ação Administrativa

1 Solicitar ao usuário endereço antigo e endereço atual obrigatoriamente;

2 Verificar qual o CS destino da área de abrangência de transferência;

3 Numerar as folhas do prontuário (apenas a frente da folha) e anotar o total de

folhas na última página do prontuário, como o modelo: “Nesta data, feito a transferência deste prontuário para o CS XXXX, com um total de número de folhas de 98 até o momento”;

4 **Transferência intramunicipais:** Fazer guia de remessa em QUATRO vias completas (1ª via: CS de origem; 2ª via: CS de origem após assinatura do CS de destino; 3ª via: CS de destino, 4ª via: Distrito). Transferências intermunicipais/interestaduais: utilizar mesmo fluxo enviando ao DRS;

5 Atentar para que todos os nomes contidos no prontuário estejam completos e com o respectivo número da FF;

6 Colocar novo endereço no sistema SIGA e alterar vínculo para a nova unidade de referência.

Descrição do procedimento:

1 Colocar as fichas individuais em pasta específica (para melhor organização interna)que será retirada na rotina do malote.

2 Profissional do Distrito, no ato da retirada do malote, assina de forma legível aprimeira via da guia de remessa e a deixa no serviço.

Entrada de Prontuário

1 Verificar os prontuários (inclusive o conteúdo), assinar a planilha de controle do distrito, assinar a 2ª via da guia de remessa recebida e entregar para o profissional do distrito, devolvendo-a para a origem.

2 Guias de remessa (prontuários) sem endereço atual serão devolvidas para a unidadede origem.

7. Observação

- Recomenda-se que transferência do prontuário seja realizada pelo Agente Comunitário de Saúde da área de abrangência do Usuário, ou por outro profissional indicado pela gestão local.
- Recomenda-se que nas transferências entre municípios, seja realizada

cópia doprontuário para transferência e o prontuário original fique arquivado na unidade.

- Recomenda-se que após o recebimento do prontuário, este seja incluído no arquivo da unidade.
- Recomenda-se que o prontuário não seja transferido pelo próprio usuário.

8. Referências bibliográficas

- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC N° 63 de 25 de Novembro de2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N°1.638/2002** (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5). 2002.
- CONARQ. Conselho Nacional de Arquivos. **Resolução N° 22, 30 de junho de 2005**. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. 2005.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisadopor**	**Validado por**

POP 64 TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

1. Definição

Terapia realizada através da administração de sais de reidratação oral para repor líquidoe eletrólitos.

2. Objetivo

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e os seus agravos.

3. Contraindicação

Pacientes apresentando desidratação grave, impossibilitado de receber líquido por via oral na quantidade adequada, (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões e choque hipovolêmico).

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO
- Água filtrada ou fervida (fria)
- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)
- Copo descartável

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento queserá realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar

a execução;

3 Conferir prescrição de enfermagem ou médica;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;

6 Ofertar ao paciente em curtos intervalos toda vez que ele desejar;

7 Solicitar reavaliação do paciente após o término da terapia;

8 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados garantindo a corretasegregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

9 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

10 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

11 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Crianças poderão receber o SRO no volume de 50 a 100 ml/kg de peso, por umperíodo máximo de 4 a 6h.
- Considera-se fracasso da reidratação oral se as dejeções aumentam, se ocorremvômitos incoercíveis, ou se a desidratação evolui para grave.
- Não apresentando melhora do quadro, solicitar a avaliação médica.
- Durante a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde, orientar a reconhecer os sinais de desidratação, preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral, praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros

documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio deJaneiro: Elsevier, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia Prático de Atualização Departamento Científico de Gastroenterologia**. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento**.** N.01. Março, 2017.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 65 TESTE DE GRAVIDEZ

1. Definição

Exame realizado com fita reagente, em mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual (geralmente igual ou maior a 7 dias), para identificação do hormônio gonadotrofina coriônica (HCG) em uma amostra de urina.

2. Objetivos

Detectar precocemente a gravidez. Identificar situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência. Orientar planejamento reprodutivo. Identificar situações de exposição à violência sexual e ao risco de infecção por doenças sexualmente transmissíveis.

3. Público alvo

Mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual. Mulheres com atraso do MAC >3 dias.

4. Contraindicação

Mulheres em idade não fértil (acima de 49 anos) ou que não tenham atividade sexual;

5. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

6. Material

- Luvas de procedimento
- Frasco limpo e seco de plástico ou vidro, sem nenhum conservante
- Tiras reagentes para Teste Rápido HCG urinário

7. Descrição do procedimento

1 Chamar a paciente pelo nome completo e pedir para identificar-se dizendo o seunome e para que apresente um documento de identidade com foto;

2 Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente paraque diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

3 Reunir o material;

4 Higienizar as mãos (POP 42);

5 Apresentar-se a paciente e explicar o procedimento a ser realizado, sanando asdúvidas antes de iniciar a execução;

6 Questionar a paciente sobre o período de amenorreia e sintomas, registrando emprontuário;

7 Calçar as luvas de procedimento;

8 Oferecer o frasco ou copo descartável e encaminhá-la ao sanitário;

9 Orientar a paciente a coletar uma pequena amostra de urina;

10 Anotar o lote e validade do teste rápido no prontuário da paciente e abrir aembalagem do teste;

11 Receber a amostra de urina e proceder à realização do teste, introduzir a tira emposição vertical com as setas na posição vertical e para baixo;

12 Emergir até a linha “Mark line” retire a tira após 10-15 segundos e colocar a tira sobmaterial ou superfície não absorvente;

13 Esperar as faixas coloridas aparecerem e aguardar tempo da reação completa de 5minutos;

14 Interpretar o resultado (ENFERMEIRO):

a. **Negativo:** aparece apenas uma faixa na região do controle.
b. **Positivo:** aparecem duas faixas iguais e separadas de cores na região docontrole e do teste;

15 Explicar o resultado a paciente;

16 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a corretasegregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

17 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

18 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

19 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

8. Observação

- A intensidade da cor das faixas do teste pode variar visto que estágios diferentes da gravidez têm concentrações diferentes do hormônio de hCG.
- É recomendado que o teste seja feito na Unidade Básica de Saúde, caso seja feito fora deve orientar o paciente a realizar um teste confirmatório sob supervisão da equipe de enfermagem.
- O enfermeiro deve estar atento a mudanças de marca utilizada e, após leitura da bula,capilarizar possíveis mudanças à equipe.
- Coletar preferencialmente a primeira urina da manhã, por conter maior concentração do hormônio.
- Poderá ser também utilizada outra amostra de qualquer período do dia, respeitandoo intervalo entre micções recomendado pelo fabricante.
- Não há necessidade de realizar teste rápido de gravidez se atraso menstrual for acima de 15 a 16 semanas. Deve ser confirmada a gravidez pelo exame clínico, com palpação e ausculta de batimentos cardíacos fetais.
- Preferencialmente acolher a usuária em sala que possua sanitário.
- Em caso de resultado positivo, agendar o mais breve possível a primeira consultade pré-natal.
- Caso a gravidez seja indesejada, a paciente deverá ser encaminhada paraatendimento da equipe de referência e de IMEDIATO com o enfermeiro.
- Caso resultado negativo com manifestação de desejo de engravidar: agendamentode consulta para orientações.
- Caso resultado negativo sem manifestação de desejo de engravidar: agendamentode planejamento reprodutivo para escolha e indicação de método anticoncepcional.

9. Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento deAções Programáticas Estratégicas. **Teste Rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico**./Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Brasília, 2014.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer n° 031 /2013** – CTPRCI n° 101.092. Realização de teste de gravidez e informação do resultado.2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 66 TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B

1. Definição

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite B, por meio da detecção do de antígeno do HBs (HBsAg) no soro, plasma ou sangue total.

2. Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado. Detectar precocemente a infecção,permitindo a antecipação do início do tratamento. Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.

3. Contraindicação

Não deve ser utilizado em fase post-mortem;

4. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudoé privativo do enfermeiro.

5. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas deprocedimentos
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ouplaca de teste, frasco de solução tampão
- Manual de instrução
- Álcool 70%
- Algodão ou gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante

- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
- Laudo TR HBsAg (anexo 1)

6. Descrição do procedimento

1 Ler o manual de instrução;

2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Colocar os EPIs;

5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;

*Cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.

6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;

7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;

8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;

9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;

10 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;

11 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;

12 Realizar punção digital;

13 Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e coleteo sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.

14 Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar três gotas da amostra nopoço (S) do dispositivo de teste (verificar o manual do fabricante).



15 Adicionar uma gota de solução tampão no poço, sobre a amostra (verificar o manualdo fabricante).

16 Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado; se resultadonegativo aguardar mais 15 minutos.

17 Fazer a interpretação conforme:

a. Se após 30 minutos aparecer apenas uma linha azul na área de controle, aamostra será considerada **NÃO REAGENTE**.



b. Se aparecer a linha vermelha na área de controle e azul na área de teste, a amostra será considerada **REAGENTE**.



c. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado **INVÁLIDO**. Armazene para análise técnica

do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids eHepatites Virais pelo e-mail *diagnostico@aids.gov.br*



18 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiaiscom risco biológico;

19 Retirar os EPIs;

20 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

21 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

22 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite B. Este resultado deve ser sempre interpretado em

conjunto com outras informações clínicas disponíveis.

- Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais, via sistema on-line.
- Resultados positivos devem ser confirmados com um teste confirmatório.

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV).** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capaci tacao_de_tr_para_as_hepatites_b 17745.pdf> Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais.** Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014.Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2020.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 67 TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C

1. Definição

Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), por meio da detecção do anticorpo anti-HCV no soro ou sangue total

2. Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado. Detectar precocemente a infecção,permitindo a antecipação do início do tratamento. Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.

3. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudoé privativo do enfermeiro.

4. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas deprocedimentos
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ouplaca de teste, frasco de solução diluente
- Manual de instrução
- Álcool 70%
- Algodão ou gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos

- Laudo TR HCV (anexo 1)

5. Descrição do Procedimento

1 Ler o manual de instrução;

2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Colocar os EPIs;

5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;

*cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.

6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;

7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre devibrações, seca e forrada com material absorvente;

8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;

9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;

10 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;

11 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;

12 Realizar punção digital;

13 Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta.

a. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.

b. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste.

c. Adicionar três gotas de solução tampão no poço, sobre a amostra.

d. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;

14 Fazer a interpretação conforme:

a. Se aparecer apenas uma linha vermelha na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE.



b. Se aparecer a linha vermelha na área de teste e vermelha na área de controle,a amostra será considerada REAGENTE.



c. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail <diagnostico@aids.gov.br>.



15 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiaiscom risco biológico;
16 Retirar os EPIs;
17 Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção (POP 14);
18 Emitir o laudo diagnóstico em duas vias;
19 Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 59).

6. Observação

- Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento noambulatório de hepatites virais, via sistema on-line.
- Resultados positivos devem ser confirmados com um teste confirmatório.

7. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV).** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para _capa citacao_de_tr_para_as_hepatites_b 17745.pdf> Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais.** Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014.Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2020.

- MESTRINER, C.A. **Teste-rápido no diagnóstico laboratorial da hepatite c.** Wama Diagnóstico, Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento. Disponível em: <https://www.wamadiagnostica.com.br/reagentes/imuno-rapido/> Acesso em: 10 fev. 2020.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 68 TESTE RÁPIDO DUPLO PERCURSO PARA HIV COM AMOSTRA DEFLUIDO ORAL

1. Definição

Diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da detecção de anticorpos contra o vírus no fluído oral.

2. Objetivo

Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Detectar precocemente a infecção, permitindo aantecipação do início do tratamento.

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado. Diminuir o risco de transmissão vertical.

3. Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem nãoproduzir anticorpos contra o vírus;

Uso prolongado de antirretroviral;

Crianças menores de 02 anos, filhos de mãe soropositiva.

4. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém olaudo é privativo do enfermeiro.

5. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas deprocedimentos
- Kit diagnóstico: Coletor de amostras de fluido oral, frasco para eluição da

amostra,com dosador e tampa, suporte de teste HIV e frasco com solução-tampão de corrida

- Manual de instrução
- Gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente
- Recipiente para descarte de material biológico
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
- Laudo TR DPP HIV Fluído Oral (anexo 2)

6. Descrição do procedimento

1 Ler o manual de instrução;

2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório, pois a quantidade desangue e diluente utilizados poderá ser modificada conforme fabricante.

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Colocar os EPIs;

5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;

* cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.

6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;

7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;

8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso nãofor visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece;

9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;

10 Abrir o frasco para eluição da amostra;

11 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;

12 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;

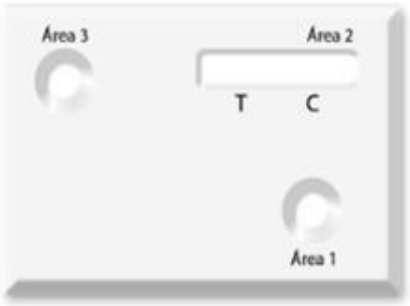
13 Questionar o usuário, antes de iniciar o teste, para saber se ele comeu, fumou, bebeu, inalou qualquer substância, escovou os dentes ou praticou qualquer atividade oral 30 minutos antes do teste. Em caso afirmativo, orientar o usuário a lavar a boca com água e aguardar 30 minutos para fazer a coleta de fluido oral;

14 Solicitar a retirada total de batom antes do teste, fornecendo gaze não estéril;

15 Orientar o usuário a inserir o coletor acima dos dentes, no espaço que fica entre o final da gengiva e o começo da bochecha, realizar ligeira fricção, passando o coletor gentilmente, quatro vezes, tanto na arcada superior quanto na arcada inferior;

16 Inserir o coletor no frasco de eluição, identificado, quebrar a haste, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;

17 Retirar a tampa do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01; realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;



Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso

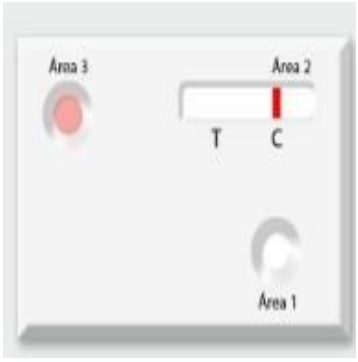
18 Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se aslinhas nas áreas T e C desapareceram;

19 Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03 (conformeorientação do fabricante);

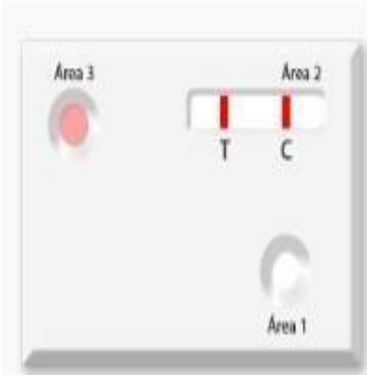
20 Aguardar10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;

21 Fazer a interpretação conforme:

a. Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostraserá considerada NÃO REAGENTE.



b. Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE.



c. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na áreade teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para

análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@aids.gov.br

7. Observação

- Se o resultado do exame for considerado **REAGENTE** para a infecção pelo HIV,realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico;
- Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS comreferência/contra referência, em horário comercial de segunda à sexta.
- Em casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para oLaboratório Municipal (formulário LMC campo 06 HIV).

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para utilização de Teste Rápido DPP HIV com amostra de fluido oral**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2014. Disponível em: <http://telelab.aids.gov.br>. Acesso em 10/02/2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico para diagnóstico da infecção peloHIV**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 10/02/2020.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo.** Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes Técnicos Institucionais. Rev. Saúde Pública 2009; 43(2):383-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-SES.pdf>. Acesso em 10/02/2020.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Capacitação para o diagnóstico**

da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Manual treinando, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 69 TESTE RÁPIDO PARA HIV COM AMOSTRA DE SANGUE

1. Definição

Diagnóstico da infecção pelo HIV I e II por meio da detecção qualitativa de anticorpos contrao vírus no sangue total venoso, soro e plasma. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso(DPP).

2. Objetivo

Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Detectar precocemente a infecção, permitindo aantecipação do início do tratamento. Fornecer resultado por pessoal capacitado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório. Diminuir o risco de transmissão vertical.

3. Contraindicação

Indivíduos infectados pelo HIV imunossuprimidos ou imunocomprometidos podem nãoproduzir anticorpos contra o vírus. Uso prolongado de antirretroviral. Crianças menores de 02 anos, filhos de mãe soropositiva.

4. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudoé privativo do enfermeiro.

5. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas deprocedimentos
- Manual de instrução
- Álcool 70%

- Algodão ou gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica
- Caneta de tinta permanente
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
- Folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos
- Laudo TR HIV (anexo 2)
- **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco desolução diluente;
- **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta parapunção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida;

6. Descrição do procedimento

1 Ler o manual de instrução;

2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Colocar os EPIs;

5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;

* cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possui um número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagem do conjunto de kit.

6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;

7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;

8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso

não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece;

9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste e no frasco de eluição, com caneta de tinta permanente;

10 Abrir o frasco para eluição da amostra se for realizar o teste de duplo percurso;

11 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;

12 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;

13 Realizar punção digital;

14 Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar, alça coletora ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.



Tubo Capilar



Alça Coletora



Pipeta Capilar

15 Realização do Teste:

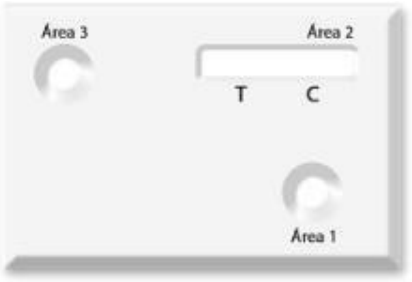
- Imunocromatografia de fluxo lateral



Plataforma para imunocromatografia de fluxo lateral

1 Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorraa formaçãode bolhas no poço;
2 Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormentea amostra;
3 Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

- Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso



Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso

1 Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;
2 Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço (conforme orientação do fabricante);
3 Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;

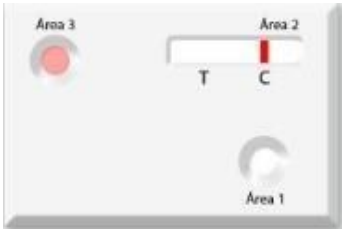
4 Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;

5 Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado

16 Interpretação do Teste:

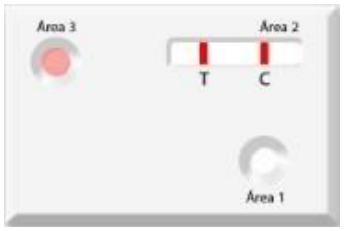
a. Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra seráconsiderada NÃO REAGENTE.



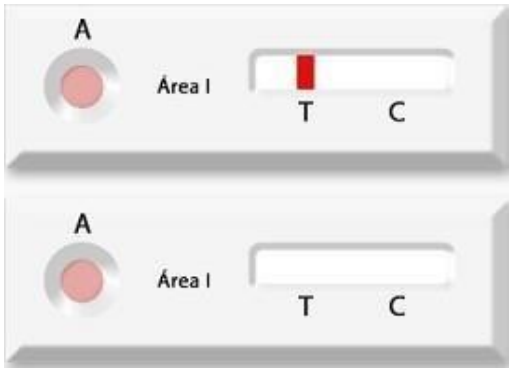


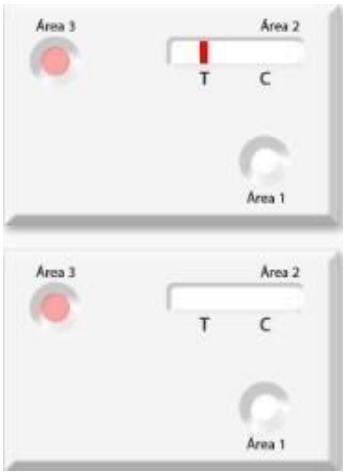
b. Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE.





c. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na áreade teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@aids.gov.br





d. Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização da leitura;

17 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiaiscom risco biológico;
18 Retirar os EPIs;
19 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Se o resultado do exame for considerado **REAGENTE** para a infecção pelo HIV,realize um segundo teste rápido, de outro fabricante para confirmação do diagnóstico.
- Após confirmação, encaminhar o usuário para o Centro de Referência DST/AIDS comreferência/contra referência, em horário comercial de segunda à sexta.
- Nos casos de resultados discordantes, encaminhe amostra de sangue para oLaboratório Municipal (formulário LMC campo 06 HIV).

- Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado **falsonegativo**:Pacienteem janela imunológica; Amostra coagulada ou lipêmica; Volume incorreto de amostra e tempo incorreto de leitura.
- Alguns fatores podem intervir no resultado ou gerar resultado **falso positivo**: Doençaautoimune; Vacina influenza; Transplantes.

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico do HIV.** Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids eHepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>. Acesso em 10/02/2020.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo.** Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Informes Técnicos Institucionais. Rev. Saúde Pública 2009; 43(2):383-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-SES.pdf>. Acesso em 10/02/2020.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Capacitação para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos.** Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Manual treinando, 2011.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 70 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

1. Definição

Teste Rápido (TR) utilizado para triagem da infecção pelo *Treponema pallidum*, que permitea detecção dos anticorpos específicos anti-*T. pallidum* no soro ou sangue total. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ouplataforma de duplo percurso (DPP);

2. Objetivo

Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambientede laboratório, por pessoal capacitado. Ampliar o diagnóstico e detectar precocemente a infecção, agilizando a resposta aos indivíduos e permitindo o rápido encaminhamento para assistência médica e início de tratamento. Prevenir a sífilis congênita.

3. Contraindicação

Não deve ser utilizado no controle de tratamento e/ou suspeita de reinfecção;

4. Executante

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados poderão executar o teste, porém o laudoé privativo do enfermeiro.

5. Material

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas deprocedimentos
- Manual de instrução
- Álcool 70%
- Algodão ou gaze não estéril
- Cronômetro ou relógio
- Caneta esferográfica

- Caneta de tinta permanente
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos
- Laudo TR Sífilis (anexo 1)
- **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de fluxo lateral: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco desolução diluente;
- **Kit diagnóstico** – imunocromatografia em plataforma de duplo percurso: lanceta parapunção digital, alça coletora descartável, frasco para eluição da amostra, com dosador e tampa, plataforma de teste DPP Sífilis e frasco com solução-tampão de corrida;

6. Descrição do procedimento

1 Ler o manual de instrução;

2 Observar as orientações de acordo com cada laboratório;

3 Higienizar as mãos (POP 45);

4 Colocar os EPIs;

5 Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;

* cada componente do kit diagnóstico (dispositivo ou placa de teste, diluente, etc.) possuium número de lote. Sendo assim deve-se considerar o número de lote da embalagemdo conjunto de kit.

6 Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;

7 Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;

8 Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.

9 Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste

e nofrasco de eluição, com caneta de tinta permanente;

10 Abrir o frasco para eluição da amostra se for realizar o teste de duplo percurso.

11 Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;

12 Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;

13 Realizar punção digital;

14 Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar, alça coletora ou pipeta capilar evitando a formação de bolhas. Realizar nova coleta, caso ocorra a formação de bolhas.



Tubo Capilar



Alça Coletora



Pipeta Capilar

15 Realização do Teste

- Imunocromatografia de fluxo lateral



Plataforma para imunocromatografia de fluxo lateral

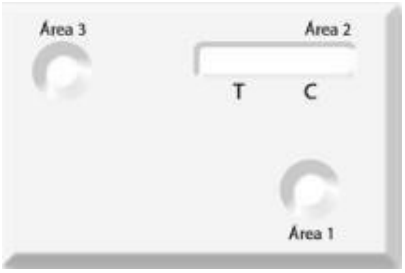
1 Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da

amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorraa formação de bolhas no poço (conforme orientação do fabricante);

2 Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormentea amostra (conforme orientação do fabricante);

3 Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

- Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso



Plataforma para imunocromatografia de duplo percurso

1 Inserir a alça coletora no frasco de eluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos;

2 Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço;

3 Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram;

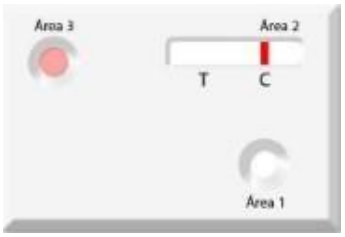
4 Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03;

5 Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado.

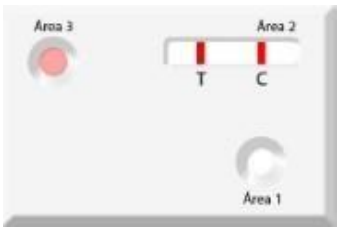
16 Interpretação do Teste

a. Se aparecer a linha rosa ou roxa somente na área de controle, a amostra seráconsiderada **NÃO REAGENTE**.

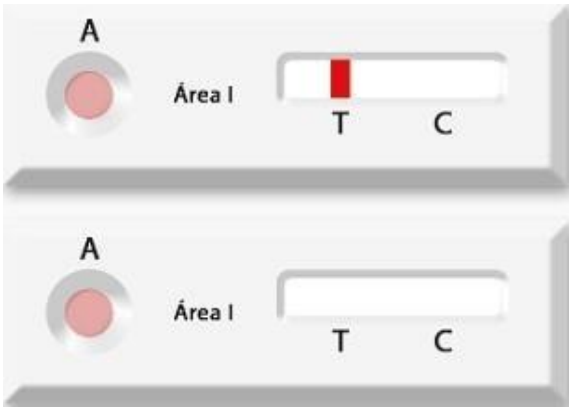


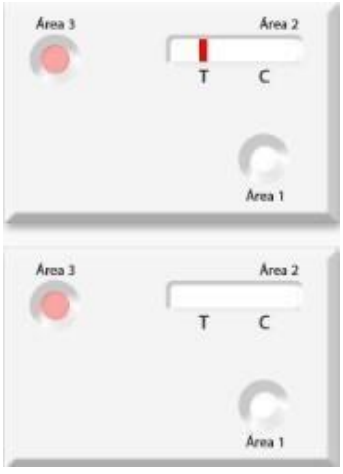


b. Se aparecer a linha rosa ou roxa na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada **REAGENTE**.



c. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha apareça na áreade teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail diagnostico@aids.gov.br





d. Não interpretar o teste após o período padronizado para a realização daleitura;

17 Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiaiscom risco biológico;

18 Retirar os EPIs;

19 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo Treponema pallidum. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis (janela imunológica).
- Em casos de resultados reagentes, encaminhe amostra de sangue para o LaboratórioMunicipal (formulário LMC campo 06 sífilis).

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Sífilis.** Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids eHepatites Virais. Universidade de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: http://www.telelab.aids.gov.br

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 71 TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

1. Definição

Higienização e troca da bolsa coletora de efluentes intestinais ou urinários em pacientesportadores de colostomia, ileostomia ou urostomia.

2. Objetivo

Reter/coletar os efluentes. Manter a higienização do estoma. Proporcionar o conforto ebem estar ao paciente. Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica)
- Comadre
- Tesoura curva
- Soro fisiológico 0,9%
- Gaze ou papel higiênico
- Sabão de uso habitual
- Bolsa de estomia indicada ao paciente
- Escala de medida do estoma
- Placa da bolsa se houver (dispositivo de duas peças)
- Protetor de pele (se necessário)
- Pasta de resina sintética (se necessário)

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Higienizar as mãos (POP 42);

3 Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que serárealizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

4 Promover a privacidade do paciente expondo apenas a área do estoma, colocando-o em decúbito dorsal;

5 Paramentar-se com os EPIs;

6 Esvaziar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário;

7 Umedecer a região do adesivo da bolsa ou da placa com gaze embebida em SF 0,9%aquecido e remover cuidadosamente da pele, evitando lesões na pele periestoma e facilitar a remoção da bolsa ou da placa;

8 Limpar o estoma e região periestomal com gaze, água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes enquantoprepara a nova bolsa coletora;

9 Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da bolsa, deixandoárea de segurança de 1mm e recortar. Estoma irregular, preparar molde sob medida; **10** Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vaziosna região periestoma. Aplicar pó protetor na pele periestoma em caso de sinais de irritação local;

11 Retirar o papel protetor da base adesiva da bolsa ou da placa;

12 Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal. Colocar o clamp/presilha no dispositivo e fechar. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes;

13 Em caso de dispositivo com duas peças (placa mais bolsa coletora), traçar o moldeno verso da placa e recortar conforme medida. Após, adaptar a placa a

abertura do estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periostomal. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa;

14 Deixar o paciente confortável;

15 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

16 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

17 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

18 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Existem estomias intestinais e urológicas, deve ser utilizada bolsa coletora específicapara cada caso.
- As bolsas coletoras podem ser de peça única (na mesma peça está a bolsa coletorae a barreira protetora de pele) ou de duas peças (bolsa coletora e barreira protetora de pele/placa separadas).
- As bolsas coletoras podem ser abertas (reutilizáveis) ou fechadas (uso único). A bolsaaberta é drenável e deve ser lavada com água e sabão e mantida enquanto houver boa aderência à pele.
- Remover o sistema de bolsas se o paciente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta ao redor do estoma.
- Se o dispositivo for de duas peças, conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do paciente.
- Usar apenas soro fisiológico ou água e sabão na pele ao redor do estoma para realizar limpeza.
- Reservar o clamp/ presilha para ser reutilizado após limpeza.
- A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade, a fim de evitar vazamento ou desprendimento da bolsa.
- Esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade,o conforto e evita constrangimento ao paciente.
- Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

8. Referências bibliográficas

- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Orientaçõessobre ostomias**, 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf. Acesso em: 11 out. 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação deEnfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.

- PORTAL OSTOMIZADOS. Disponível em: http://www.ostomizados.com/index.htmlAcesso em: 27 nov. 2015.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 72 TROCA DE GASTROSTOMIA

1. Definição

Gastrostomia é uma abertura feita cirurgicamente no estômago para o meio externo, com finalidade de facilitar a alimentação enteral para o paciente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral. Em casos no qual há necessidade do uso prolongado da nutrição enteral é indicado realização gastrostomia, desde que o paciente tenha condições clínicas para o procedimento cirúrgico e que seja avaliado pela equipe multiprofissional. A substituição da gastrostomia se dá em casos de rompimento balão, alterações estoma bem como processos infecciosos, obstrução, perda, tempo prolongado e desgaste natural. Em média essa troca acontece a cada 3 meses podendo prorrogar até 1 ano de acordo qualidade e tipo do material adquirido.

Razões para substituir um tubo ou dispositivo de gastrostomia: O dispositivo não está funcionando adequadamente (vazando, bloqueando regularmente, sujidade aderida); Odispositivo está deteriorado; O dispositivo está causando complicações no local do estoma; O dispositivo saiu acidentalmente.

2. Objetivo

Proporcionar uma alternativa de via nutricional

3. Contraindicação

Hemorragias e vômitos persistente.

4. Executante

Enfermeiro

5. Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção)
- Sonda foley com número ou gastrostomia adequada
- Gel de lidocaína 2%
- Seringa de 20 ml
- Água destilada – ampola

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Higienizar as mãos (POP 42);

3 Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

4 Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;

5 Paramentar-se com os EPIs;

6 Retirar o Cateter antigo e rapidamente;

7 Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;

8 Introduzir a sonda delicadamente na abertura do estoma cerca de 12cm;

9 Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo comrecomendação do fabricante e fixar o cateter;

10 Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropor, a fim de evitar queele se movimente para dentro e para fora. E retirar os EPIs e higienizar as mãos;

11 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

12 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

13 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Referências bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. DISTRITO FEDERAL. **Parecer n° 007/99**. Papel do Enfermeiro na troca de sondas de cistostomia e gastrostomia.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- SANTOS ET AL. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. Medicina (Ribeirao Preto) [Internet]. 30º de março de 2011 [citado 2º de outubro de 2020];44(1):39-50. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47321>. Acesso em: 10 fev. 2020.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 73 TROCA DE TRAQUEOSTOMIA

1. Definição

O termo traqueostomia refere-se à operação que realiza uma abertura e exteriorização da luz traqueal. O paciente traqueostomizado mantém uma via aérea artificial e, consequentemente, necessita de cuidados para evitar complicações relacionadas à presença cânula plástica com ou sem *cuff ou cânula de metal*, lesões e infecção local, ressecamento das secreções pulmonares, obstrução da cânula, risco de broncoaspiraçãoe desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica. Dentre esses cuidadosestá a necessidade de troca, manter subcânula limpa, cuidados com a pele e o tubo traqueal. A troca de uma traqueostomia ocorre se necessário ou de acordo características individuais do paciente e do equipamento e varia de 30 dias a 6 meses dependendo do material utilizado (aço, alumínio, plástico ou silicone).

2. Objetivo

Facilitar o processo respiratório.

3. Contraindicação

Dispneia severa.

4. Executante

Enfermeiro.

5. Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção)

- Compressas de gazes
- Traqueostomia com número adequado ao procedimento
- Cadarço de fixação
- Gel de lidocaína 2%
- Soro fisiológico 0,9%

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Higienizar as mãos (POP 42);

3 Chamar o paciente confirmando o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

4 Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;

5 Paramentar-se com os EPIs;

6 Retirar a traqueostomia antiga e rapidamente;

7 Lubrificar a nova traqueostomia com lidocaína 2%;

8 Introduzir a traqueostomia delicadamente na abertura do estoma;

9 Retire a cânula suavemente e introduza a nova cânula e fixe-a. Troque as gazesentre a pele e o tubo traqueal;

10 Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

11 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

12 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

13 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente.
- Quanto a realização de aspiração de secreção do estoma traqueal ou da cânula de traqueostomia definitiva no ambiente domiciliar, pode ser realizado por um cuidador familiar não remunerado, desde que capacitado pelo Enfermeiro, devendo o paciente ser acompanhado sistemático e supervisionado do Enfermeiro na execução dosprocedimentos citados.
- O profissional Enfermeiro tem competência técnico-científica para a execução

da troca da cânula de traqueostomia (externa e interna), tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar. Obs: Traqueostomia deve ser trocada apenas por uma de mesmo material.

8. Referências bibliográficas

- BRASIL. Portaria no. 400, de 16 de novembro de 2009. **Atenção à Saúde à Pessoas Ostomizadas**. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.> Acesso em: 11 out. 2018.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer n° 23/2013.** Procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia. 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer n° 006/2013**,Troca de Cânula de Traqueostomia por enfermeiro. 2013
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento domiciliar.** Protocolo de assistência de enfermagem. Campinas/SP, 2014.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 74 TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA

1. Definição

É a introdução de um cateter urinário estéril é introduzido e mantido em uma abertura cirúrgica (cistostomia supra púbica ou vesicostomia), formando um trajeto alternativo paraa saída da urina contida na bexiga.

2. Objetivo

Drenar a urina contida na bexiga.

3. Contraindicação

Pós-operatório imediato.

4. Executante

Enfermeiro.

5. Material

- EPIs (luva de procedimento, avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção)
- Kit sondagem (cuba rim, pinças, cuba redonda, gazes esterilizadas e campofenestrado)
- Sonda foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado
- Bolsa drenagem de urina sistema fechado (Bolsa coletora)
- Luva estéril
- Gaze estéril
- Duas seringas de 20ml
- Agulha para aspiração
- Ampola de água destilada

- Lidocaína gel 2%
- Solução aquosa clorexidina 0,2%
- Fita adesiva hipoalérgica
- Biombo

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente/confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento queserá realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Promover a privacidade do paciente;

5 Posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal;

6 Paramentar-se com os EPIs;

7 Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los aocampo estéril com técnica asséptica;

8 Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;

9 Desprezando o primeiro jato, colocar solução de Clorexidina 0,2% nas gazesestéreis que se encontram na cuba redonda;

10 Abrir a bisnaga de lidocaína gel 2% e colocar um pouco em local estéril;

11 Com auxílio de uma seringa de 20ml desinsufle o balonete da sonda que esta nopaciente e retire-a. Desprezar sonda e bolsa no lixo adequado;

12 Calçar um par de luvas estéreis (POP 75);

13 Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete. Testar obaloneteintroduzindo toda a água, após o teste reservar a seringa com água no campo estéril;

14 Com auxílio da pinça, proceder antissepsia do estoma;

15 Colocar o campo fenestrado sobre o estoma;

16 Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;

17 Introduzir a sonda delicadamente no estoma cerca de 20cm e insuflar o balonetecom água destilada;

18 Conectar a bolsa coletora;

19 Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;

20 Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;

21 Proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fitahipoalérgica;

22 Prender a bolsa coletora na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nomedo executante;

23 Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme fornecessário;

24 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a corretasegregação e acondicionamento dos resíduos sólidos;

25 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

26 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

27 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente.
- Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda).
- A mudança de cateteres de cistostomia ou bolsas de drenagem em intervalos fixosde rotina não é recomendada. Em vez disso, a troca de cateteres e bolsas de drenagem acontece com base em indicações clínicas como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado está danificado. Segundo orientações da ANVISA a equipe de saúde não precisa monitorar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter, mas recomenda-se a sua retirada precocemente.
- Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias.
- Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo.

- Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna docateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida; (nunca trocar somente a bolsa coletora).
- Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nestaposição.
- Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga.
- Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas.
- Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem queeste encoste no solo.
- Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duasvezes ao dia.
- Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesivahipoalérgica ou esparadrapo).

- Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado.
- Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas.

8. Referências bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. SÃO PAULO. **Parecer n° 041/ 2012**. Troca de sonda de cistostomia, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 75 USO DE LUVAS ESTÉREIS

1. Definição

   É a colocação e retirada adequada das luvas esterilizadas com a finalidade de evitarcontaminação.

2. Objetivo

   Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retiradada luva.

3. Contraindicação

   Procedimentos que não necessitem de tal material.

4. Executante

   Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

   Luvas esterilizadas na numeração adequada.

6. Descrição do procedimento

   1 Higienizar as mãos (POP 42);
   2 Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;
   3 Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;
   4 Abrir as dobras horizontais do envelope;
   5 Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas,expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril;
   6 Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da

luva da outra mão, expondo a abertura da mesma;

7 Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;

8 Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;

9 Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;

10 Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calça-la por completo, desfazendo a dobra do punho;

11 Ajustar as luvas de ambas às mãos;

12 Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;

13 Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.

RETIRAR AS LUVAS

1 Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;

2 Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, a medida que vai sendo retirada;

3 Segurar a luva retirada com a mão que encontra- se com luva; permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;

4 Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;

5 Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;

6 Higienizar as mãos.

7. Observação

- Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da

correta higienização das mãos antes de calçar as luvas.

- Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis.

8. Referências bibliográficas

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília/DF, 2012.
- PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- BRASILIA. **Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos:** Considerações sobre seu uso. Boletim Informativo de Técnovigilância. Brasília, n.2, abr-jun, 2011.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 7ª edição, Rio deJaneiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 76 VACINAÇÃO – ROTINAS

1. Definição

Determinação das normas e procedimentos necessários na organização do trabalho emsala de vacina.

2. Objetivos

Padronizar a organização e funcionamento da Sala de Vacinas, a fim de garantir amáxima segurança na administração de imunobiológico.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

Para o Controle da temperatura da geladeira:

- Termômetro de refrigerador (digital de máxima e mínima)
- Mapa de controle diário da temperatura
- Ficha de Notificação de Alteração de Temperatura
- Livro para registro de intercorrênciasPara a execução da limpeza concorrente:
- Água e sabão
- Álcool a 70%

Para organização dos insumos:

- Câmara Fria ou refrigerador exclusivo para imunobiológico

- Caixa Térmica de uso diário
- Planilha Diária e Mensal de Controle de Frascos de Imunobiológicos padronizadapara o SI-PNI (vacina, lote, validade e quantidade- entradas e saídas)
- Planilha para controle de doses em estoque padronizada para o Sistema deinformação vigente (entrada e saída)
- Material de insumo médico-hospitalar
- Recipiente rígido para acondicionamento de material perfurocortante

Para atendimento ao paciente:

- Bandeja
- Seringas e agulhas
- Imunobiológicos
- Cartão de vacinas
- Cartão espelho (no sistema ou no papel)
- Carimbo
- Material de escritório (lápis, caneta, borracha e régua)
- Termômetro de ambiente
- Computador com acesso à internet

6. Descrição do procedimento

1 Averiguar a limpeza e organização da sala;

2 Verificar e anotar a temperatura da câmara de vacinas, certificando-se que as vacinasse mantiveram na temperatura entre +2ºC a +8ºC (este registro deve ser realizado noinício, no meio e ao final do dia de trabalho). O procedimento de verificação das temperaturas das câmaras frias segue a instrução do fabricante do equipamento;

3 Anotar os valores da temperatura máxima, mínima e do momento em impresso próprio e mantendo-o arquivado na Sala de Vacinas;

4 Comunicar ao enfermeiro se houver alteração de temperatura na câmara fria (inferior a 2ºC ou superior a 8ºC); não utilizar estes imunobiológicos, mantendo-os separados e em temperatura adequada até o transporte ao almoxarifado

central; e comunicar a VISA Regional;

5 Preencher a Ficha de Notificação de Alteração de Temperatura. A decisão de utilização ou descarte dos imunobiológicos com alteração de temperatura é do Programa Estadual de Vacinação, esta informação é repassada pela VISA Regionale desta para a unidade, a fim de que possa registrar adequadamente na movimentação de estoque;

6 Verificar o funcionamento, limpeza e temperatura do ar condicionado da Sala de Vacinas, e registrar a temperatura do ambiente;

7 Manter os registros das manutenções preventivas e corretivas da câmara fria e ar condicionado arquivados na sala de vacinas;

8 Manter arquivos eletrônicos ou físicos atualizados com os manuais, orientações do programa de imunização, e arquivos do sistema informatizado, para consulta dos

profissionais;

9 Organizar os impressos e material de escritório necessário para as atividades;

10 Realizar a limpeza concorrente das superfícies com água e sabão e apósdesinfecção com álcool a 70%;

11 Higienizar as mãos (POP 42);

12 Checar e repor os materiais necessários para o atendimento, verificando o prazo de validade;

13 Organizar o estoque de consumo diário de imunobiológicos e diluentes, segundo o quantitativo populacional e demanda de cada unidade;

14 Semanalmente, separar os imunobiológicos para utilização, realizando o controle doslotes e validade, utilizando o Sistema de informação vigente, bem como a inclusão dos mesmos no e-SUS AB. Após a organização do estoque semanal, realizar a transferência de saldo, pelo Sistema de informação vigente, para que o almoxarifado possa disponibilizar a cota adequada. A transferência de saldo deve estar atualizada com antecedência de, no máximo, quatro (04) dias antes da entrega do BEC;

15 Checar a capacidade do recipiente de perfurocortantes e trocá-lo se necessário;

16 Se utilizar a caixa térmica de uso diário, ao final do dia, verificar o prazo

deutilização dos imunobiológicos restantes e os que estiverem dentro do prazo de utilização deverão ser armazenados na câmara fria;

17 Diariamente registrar em Planilha Diária de Controle de Imunobiológicos padronizada para o SI-PNI o número de frascos utilizados, bem como perdas e remanejamentos de imunobiológico. Importante lembrar que o SI-PNI trabalha com número de frascos e o Sistema de informação vigente com número de doses;

18 Checar e registrar sempre a “entrada” dos imunobiológicos recebidos do almoxarifadono Sistema de informação vigente para o controle adequado do estoque;

19 Realizar movimentação de imunobiológico no SI-PNI mensalmente, no último dia do mês, com levantamento do número de frascos que foram recebidos, utilizados, perdidos ou remanejados, partindo da planilha de controle diário de frascos. Este procedimento possibilita o relatório consolidado de doses aplicadas e perdas, a ser enviado a VISA regional, até o 5º dia útil de cada mês.

Atendimento ao paciente

1 Chamar o paciente para o atendimento;

2 Solicitar a carteira de vacinação e cartão SUS. Pedir para que o paciente ou acompanhante se identifique, dizendo o nome (dupla checagem, atentando para nomes semelhantes e homônimos);

3 Adicionar o paciente a lista de atendimentos no e-SUS AB, selecionando o tipo de serviço “VACINA”, caso paciente não possua cartão SUS (CADWEB) atualizado, encaminhá-lo para atualização de cadastro;

4 Explicar o procedimento que será realizado, sanar as dúvidas e orientar sobre a vacina a ser administrada e sua importância;

5 Consultar no cartão espelho, SI-PNI ou e-SUS AB a situação vacinal do paciente;

6 Higienizar as mãos (POP 42);

7 Preparar o imunobiológico conforme sua especificidade (via de administração, dosee local de aplicação de acordo com a faixa etária);

8 Lavar com água e sabão o local de aplicação caso apresente sujidade;

9 Solicitar à mãe ou responsável que segure a criança de forma adequada,garantindo uma imobilização segura;

10 Não massagear o local de aplicação, fazer apenas uma leve compressão comalgodão seco e não fazer curativo;

11 Desprezar os materiais perfurocortantes em recipiente adequado;

12 Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde (verificar o PGRSS da unidade);

13 Orientar quanto a não utilização de pomadas ou compressas no local da aplicação;

14 Informar sobre os eventos adversos, orientando retornar à unidade se necessário (consultar Manual de Eventos Adversos);

15 Registrar no cartão do paciente, no e-SUS AB e no cartão espelho, selecionando a dose de cada vacina que será administrada, conferindo o número de lote/fabricante e validade registrados no sistema, selecionar a estratégia de imunização, via de administração e local de aplicação. Checar as informações do registro de cada dose antes de salvar/finalizar para evitar erros e inconsistências;

16 Realizar aprazamento no e-SUS AB (ou manualmente, se necessário o uso de intervalos mínimos) e anotar no cartão do paciente (e s/n no cartão espelho) a data de retorno para próxima vacinação, conforme calendário vacinal e faixa etária;

17 Identificar no cartão do paciente, o local de aplicação, quando aplicações simultâneas;

18 Realizar orientações sobre o seguimento do calendário vacinal preconizado e sobrea importância da guarda e conservação do comprovante ou caderneta de vacinação;

19 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);

20 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;

21 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Conforme a Portaria nº 2.499/GM/MS de 23 de setembro de 2019, o e-SUS AB foi implantado como estratégia de reestruturação de registro de informações na Atenção Primária, sendo atualmente o Sistema para o registro de vacinação adotado em todo o país.
- O SI-PNI se mantém ativo para consultas, relatórios, digitação de consolidados de Campanhas / Monitoramento Rápido da Vacinação (MRC), notificação de EAPV e digitação mensal da Movimentação de Imunobiológicos.
- Em caso de inutilização de imunobiológico, preencher e enviar planilha específica e realizar “saída” do imunobiológico no Sistema de informação vigente.
- Realizar convocação de faltosos a partir dos relatórios do SI-PNI, cartão espelho e/ouda DNV para os primeiros 2 anos de vida.
- Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal da sala de vacina ou conforme necessidade.
- Realizar a limpeza interna da geladeira mensalmente, antes da chegada dos imunobiológicos (no dia anterior), preferencialmente no início da semana e no início da jornada de trabalho.
- Verificar o tempo de uso recomendado após a diluição de cada vacina e identificar no frasco a validade.
- Notificar a VISA em caso de eventos adversos utilizando ficha específica. Eventos graves e/ou inusitados devem ser notificados imediatamente por telefone.
- Solicitação de imunobiológicos especiais deve ser feita em impresso próprio do CRIEe encaminhada a VISA.

8. Referência bibliográfica

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Vigilância Epidemiológica de EventosAdversos Pós-Vacinação**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pos-vacinacao.pdf

Acesso 30 nov.2015.

- SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Norma Técnica do Programa de Imunização,** 2016. 85 p**.**
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS: Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem:** Assistência de Enfermagem. Campinas, SP; 2009.
- BRASIL. Portaria nº 2.499/GM/MS, de 23 de setembro de 2019 (Altera a forma de registro de dados de aplicação de vacinas, imunoglobulinas e soros realizada nasunidades de Atenção Primária à Saúde para apenas um sistema, o e-SUS AB)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. E-SUS Atenção Básica:Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão-PEC versão 3.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. (Disponível em: http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/capitulo6)

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 77 VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

1. Definição

Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.

2. Objetivo

Verificar e estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliarestado geral do paciente. Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Relógio com marcador de segundos
- Estetoscópio se necessário

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Reunir o material;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Manter o paciente em posição confortável;

Verificação de Pulso Apical

1 Expor a região torácica;
2 Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à D);
3 Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto àfonética, ritmo e frequência);

Verificação de Pulso Arterial

1 Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionandolevemente contra saliência óssea;
2 Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume,ritmo e frequência);

Ao final do procedimento

1 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
2 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
3 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observação

- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração.
- Considerar se o paciente realiza atividade física regular, neste caso, a frequênciapadrão pode ser inferior.

8. Referências bibliográficas

- ARCHER, E. et al;. **Procedimentos e Protocolos**; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação

de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica**. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.
- HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: Enfermagem**, 2012.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital MonsenhorWalfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos**, 2010.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 78 VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

1. Definição

Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

2. Objetivo

Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do paciente/paciente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

3. Contraindicação

Não há

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

5. Material

- Relógio com marcador de segundos
- Estetoscópio se necessário

6. Descrição do procedimento

1 Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

2 Higienizar as mãos (POP 42);

3 Reunir o material e levá-lo para próximo do paciente;
4 Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
5 Manter o paciente em posição confortável;
6 Colocar a mão no pulso do paciente simulando a verificação do pulso;
7 Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos(inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
8 Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
9 Higienizar as mãos;
10 Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
11 Comunicar enfermeiro se alterações;
12 Retirar os EPIs e higienizar as mãos (POP 42);
13 Realizar anotação de enfermagem (POP 13) e registrar a produção;
14 Manter ambiente de trabalho limpo e organizado (POP 56).

7. Observações

- Observar os padrões de frequência respiratória:

IDADE	**Batimentos por minuto***
Recém-Nascido	35-40
Lactentes (06 meses)	30-50
Crianças que começam a andar	25-32
Crianças	20-30
Adolescentes	16-19
Adultos	14-20

* valores conforme referência no repouso (acordado ou dormindo).

8. Referências bibliográficas

- ARCHER, E. et al. **Procedimentos e Protocolos**; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 2017.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.
- HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão:** Enfermagem,2012.
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. **Manual de Procedimentos**, 2010.
- POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Histórico de Alterações			
Data	**Versão**	**Elaborado ou Revisado por**	**Validado por**

POP 79 VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA

1. Definição

Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).

2. Objetivo

Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do paciente; Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

3. Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

4. Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

5. Material

- Algodão
- Álcool a 70%
- Termômetro coluna de mercúrio ou digital

6. Descrição do procedimento

1 Reunir o material;

2 Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento queserá realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

3 Higienizar as mãos (POP 42);

4 Manter o paciente em posição confortável;

5 Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente (para crianças preferir o termômetro digital);

6 Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);

7 Aguardar por 03 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinalsonoro (termômetro digital);

8 Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar atemperatura armazenada;