PROGRAMA DE TRABALHO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2025

SECRETARIA DE SAÚDE
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JACUPIRANGA

Objeto: Celebração de Contrato de Gestão com instituição sem fins lucrativos objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de Pronto Atendimento, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Jacupiranga pelo prazo de 12 meses e por se tratar de serviço continuado o mesmo poderá ser prorrogado por menor, igual ou maior período conforme necessidade do município, melhor descrito e caracterizado no ANEXO 1 – TERMO DE REFERÊNCIA.

1) APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL 4
2) INFORMAÇÕES CADASTRAIS 6
3) QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO 8
3.1. TÍTULO 8
O presente escopo tem por finalidade, apresentar o Programa de Trabalho para gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de Pronto Atendimento conforme edital de Seleção nº 02/2025 8
3.2. ÁREA DE ATIVIDADE 8
3.2.1. Organização dos Recursos Humanos: 11
3.2.2. Ações Voltadas à Qualidade - Proposta dos Fluxos Assistenciais Internos do Pronto Atendimento para: 20
a) Recepção e classificação de risco 20
b) Sistema de informações 40
c) Atendimento no eixo verde 66
d) Atendimento no eixo vermelho 79
e) Sala de observação 91
f) Leitos de observação 106
g) Fluxos para solicitação e realização de exames 129
h) Processo de controle de infecção e esterilização 144
i) Organização interna das comissões assistenciais 162
a) Comissão de Ética Médica 162
b) Comissão de Ética em Enfermagem 168
c) Comissão de Revisão de Prontuário 178
d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) 183
e) Comissão de Revisão de Óbito 188
f) Comissão de Gerenciamento de Riscos 192
j) Operacionalização da Capacitação Continuada 198
1. Objetivos da Educação Permanente 201
2. Estrutura da Educação Permanente 201
3. Metodologias de Ensino 202
4. Planejamento e Implementação 202
5. Integração entre os Serviços 203
6. Avaliação e Melhoria Contínua 204
7. Conclusão 204
8. Anexos 204

k) Operacionalização e controle de visitas 205
l) Operacionalização e controle da assistência farmacêutica, insumos e materiais 220
2.3. Plano de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): 233
a) Ações voltadas à promoção, prevenção, controle e mitigação de incidentes 233
b) Ações voltadas à articulação dos processos de trabalho; 246

c) Ações voltadas à articulação das informações que impactam nos riscos ao paciente 265
2.4. Propostas para Manutenção Predial e de Equipamentos: 286
a) Manutenção Preditiva, quando aplicável 286
b) Manutenção Preventiva 302
c) Manutenção Corretiva 323
2.5. Proposta de Segurança Patrimonial e controlador de acesso: 346
a) Controle Patrimonial. 346
b) Controlador de Acesso 366
2.6. Proposta para Economicidade no uso de Água, Energia Elétrica 374
a) Controle no consumo de Água 374
b) Controle no consumo de energia 383
3. Qualificacao tecnica 406
3.1. Tempo de atuação da entidade na prestação de serviços de pronto atendimento ou urgência e emergência. (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais com Pronto Atendimento ou Pronto Socorro) 406
3.2. Quantidade de estabelecimentos de saúde com serviço de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais com Pronto Atendimento ou Pronto Socorro) gerenciados nos últimos 5 (cinco) anos 407
3.3. Quantidade de estabelecimentos de saúde com serviço de especialidades (Ambulatório de Especialidades) gerenciados nos últimos 5 (cinco) anos. 407
3.4. Apresentação de profissional com notória experiência em gestão pública. 407
4. Plano Operacional com a disponibilização e operacionalização de serviços administrativos e de apoio: 408
a. Gestão de farmácia hospitalar; 408
c. Serviços de Nutrição e Dietética; 416
d. Serviços de lavanderia/rouparia; 419
e. Serviços de limpeza e higienização; 423
f. Serviços de resíduos; 430
n. Apoio Administrativo 444
(n.1) Faturamento; 444

1) APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

a) Breve Histórico da Instituição

Fundada em 2009, no município de Barueri, o **Centro de Apoio à Criança e Adolescentes do Jardim Belval – CEAP**, alterou sua razão social e estatutária em 2015 passando então a se chamar **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS.**

O IGATS é uma associação já titulada como OS (Organização Social) de natureza jurídica privada, sem fins lucrativos, com finalidade de contribuir para o desenvolvimento social sustentável na área da saúde em 14 cidades do Estado de São Paulo – a saber: *Estância Turística de Salto, Itupeva, Ibiúna, Taquarivaí, Santo André, Cruzeiro, Caçapava, Osasco, Sorocaba, Juquiá, Araçariguama, Queluz, Bragança Paulista, Jandira, Iguape, Peruíbe, Capivari e São Carlos*, e na cidade de *Sengés, no Estado do Paraná*.

Prestando atendimento humanizado nas redes básicas primárias, urgência, emergência de baixa, média e alta complexidade em diversas especialidades, com vistas a um sistema de gerenciamento de qualidade para as unidades de saúde pública em diversos municípios brasileiros.

A disponibilização e a disseminação da informação sobre saúde para a população brasileira são as principais metas da entidade, uma vez que a educação favorece a construção de hábitos saudáveis, contribuindo com medidas preventivas que reduzem os custos com procedimentos de intervenção.

O IGATS possui sua sede administrativa no Município de Ibiúna, situado na Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Centro, CEP 18150-000.

A gestão da diretoria do IGATS é constituída pelos departamentos especializados nas seguintes áreas: (i) técnico, (ii) financeiro, (iii) jurídico, (iv) projetos, (v) conta a receber/contas a pagar, (vi) gestão de pessoas; (vii) compras e (viii) contabilidade.

Tem como missão, buscar a melhoria contínua para a Saúde, Educação, Esporte e Lazer públicos, através da exploração de novas tecnologias, atividade eficaz de gerenciamento, educação e disseminação de informação de saúde em benefício à vida.

Tem por escopo ainda, ser referência na área de gerenciamento na Saúde, Educação, Esporte e Lazer. Enriquecer o conhecimento popular e reintegrar a população de baixa renda a um sistema público eficiente.

A atuação do IGATS é norteado pelos seguintes valores:

- Comprometimento, respeito e profissionalismo na forma como promovemos os cuidados na Saúde, Educação, Esporte e Lazer.
- Perseverança incansável na busca dos mais altos níveis de qualidade de tratamentos através de um processo de melhoria contínua, evidenciando o poder do trabalho em equipe.
- Honestidade, ética e transparência a todo relacionamento entre profissionais da Saúde, Educação, Esporte e Lazer e a população.
- Responsabilidade pelo ganho dos recursos comunitários pelo trabalho eficiente e custo efetivo.
- Democratizar o acesso à Saúde, Educação, Esporte e Lazer para todos sem distinção de sexo, raça, crença e orientação sexual.

2) INFORMAÇÕES CADASTRAIS

a) Entidade

1. Razão Social INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS		
2. CNPJ 12.043.445/0001-38		
3. Endereço AVENIDA BENEDITO DE CAMPOS, 156 – CENTRO – SALA 5 – 2º ANDAR		
4. Município IBIÚNA	**5. CEP** 18150-000	**6. UF** SÃO PAULO
7. Nº do Certificado de Qualificação: CNAS/OS 0188646	**8. Validade do Certificado** Última atualização nacional 08/04/2021	
Dados bancários: **Banco do Brasil** **Agência 0825-7 C/C 44.427-8**		
11. Nome do Representante Legal REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD	**12. CPF** 296.458.368-40	
13. Cargo ou Função PRESIDENTE	**14. Período do Mandato** 13/10/2021 a 13/10/2026	
Horário de Funcionamento: **Sede administrativa:** Segunda à sexta-feira, das 09h as 17h		

B) Responsáveis

Presidente ou Representante legal da entidade Reginaldo de Oliveira Giraud	
Cargo: Presidente	**Profissão:** Farmacêutico
RG: 33.370.235-9	**CPF:** 296.458.368-40
Data de Nascimento:	**Órgão Expedidor:**

01/02/1981	SSP/SP
Vigência do mandato da diretoria atual: 13/10/2021 a 13/10/2026	

Tesoureiro Carlos Alberto Alves de Moraes	
Cargo: Tesoureiro	**Profissão:** Assistente Financeiro
RG: 24.275.866-6	**CPF:** 135.118.639-80
Data de Nascimento: 02/09/1974	**Órgão Expedidor:** SSP/SP
Vigência do mandato da diretoria atual: 13/10/2021 a 13/10/2026	

Responsável Técnico Bruno Correia da Silva
Cargo: Responsável Técnico - CREMESP
CRM: 225349

3) QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

3.1. TÍTULO

O presente escopo tem por finalidade, apresentar o Programa de Trabalho para gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de Pronto Atendimento conforme edital de Seleção nº 02/2025

3.2. ÁREA DE ATIVIDADE

Preliminarmente, antes de adentrarmos o mérito do presente programa de trabalho, imperioso contextualizarmos as ações que alicerçaram o escopo do projeto e as ações que serão executadas no âmbito do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga.

Consoante as diretrizes editalícias, a Unidade de Pronto Atendimento encontra-se localizada à Rua Eunice Carneiro Paula, Centro, Jacupiranga/SP, CEP 11.940-000, com atuação entre as redes de Atenção Primária, Secundária e Hospitalar, no qual compreenderá os seguintes serviços:

(i) Atendimento Serviço Médico - Clínico Geral;
(ii) Atendimento de Especialidades Médicas;
(iii) Serviço de Monitoramento e Operacionalização de Sistema de Regulação;
(iv) Atendimento de Enfermagem;
(v) Atendimento Pré-Hospitalar/192/Ambulância;
(vi) Serviço de Radiodiagnóstico por Imagem;
(vii) Serviço de Eletrocardiografia;
(viii) Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;
(ix) Assistência Farmacêutica;
(x) Serviços Administrativos e de Apoio;

Neste escopo, nossa instituição compreende que a gestão de um Pronto Atendimento Municipal representa responsabilidade estratégica que vai além da simples provisão de atendimentos, envolvendo gestão integrada de recursos humanos qualificados, infraestrutura adequada, fluxos assistenciais bem definidos e sistemas de monitoramento contínuo para garantir a qualidade, eficiência e humanização dos serviços prestados à população.

O presente programa de trabalho contemplará as diretrizes inerentes às áreas de recepção e acolhimento com classificação de risco, consultórios médicos, sala de observação para adultos em separações por gênero, observação pediátrica, setor de isolamento, espaço de soroterapia, serviço de radiodiagnóstico, laboratório de análises clínicas, farmácia, central de materiais e esterilização, além de áreas de apoio como almoxarifado, rouparia, lavanderia, cozinha e refeitório, cujos espaços possuem funcionalidade específica que contribuem para o fluxo eficiente do paciente e para a qualidade final do atendimento prestado.

Ademais, a unidade contará ainda, com o atendimento médico qualificado, realizado por equipe de clínica geral em regime de plantão de doze horas, complementado por especialidades como ortopedia e ginecologia-obstetrícia.

Sendo que o atendimento de enfermagem sera realizado por equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem, dimensionada conforme normas do Conselho Regional de Enfermagem.

No que tange aos serviços de apoio diagnóstico como radiodiagnóstico, eletrocardiograma, coleta e análise laboratorial estes estarão disponíveis continuamente, com protocolos de entrega de resultados que garantam agilidade no processo diagnóstico.

Reconhecemos também que os serviços de assistência farmacêutica, nutrição e dietética, limpeza e higienização, manutenção predial, gestão de resíduos, controle de infecção hospitalar e segurança do paciente são componentes essenciais para garantir um ambiente seguro, acolhedor e clinicamente adequado, contemplando ainda, a assistência social e o pré-hospitalar, este último realizado através do atendimento pelo número 192 com ambulâncias e equipes treinadas, que também integram o espectro completo de responsabilidades da unidade de Pronto Atendimento.

Os protocolos que regem o funcionamento de um Pronto Atendimento estarão alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde, compreendendo que a classificação de risco, será realizada por profissional de enfermagem capacitado, orientando o atendimento de acordo com a gravidade do paciente e não pela ordem de chegada, baseado em cores conforme recomendações do Plano Nacional de Humanização, permite priorização adequada e contribui para melhoria da qualidade assistencial.

De igual modo, os fluxos assistenciais contemplarão a recepção organizada, acolhimento estruturado, avaliação médica inicial, solicitação de exames complementares quando necessários, monitoramento contínuo do paciente, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, observação prolongada quando indicada, e finalmente alta com orientações ou referenciamento para outras unidades de saúde quando necessário.

Neste contexto, em apertada síntese, evidenciamos que o conhecimento fundamenta-se em nossa experiência prévia em gestão de serviços de saúde, formação continuada de equipe, acompanhamento de unidades similares e compromisso institucional com excelência na prestação de serviços ao SUS, os quais agregaram na execução do presente programa de trabalho.

3.2.1. Organização dos Recursos Humanos:

Preliminarmente, convém destacarmos que neste programa de trabalho, apresentamos nossa proposta para assegurar a disponibilização de recursos humanos altamente qualificados, que possuam a habilitação técnica e legal necessária para a execução eficiente das atividades do Pronto Atendimento Municipal.

É nosso compromisso garantir que o número de profissionais esteja em consonância com o perfil do serviço, respeitando as diretrizes estabelecidas pelas normas ministeriais, a legislação em vigor e as orientações dos Conselhos Profissionais.

Diante de situações excepcionais, como surtos ou epidemias, nossa estratégia inclui a capacidade de redimensionar a equipe de recursos humanos para atender de maneira ágil e eficaz à demanda emergencial.

Para tanto, estaremos prontos para fazer os ajustes financeiros necessários, que serão devidamente aprovados pela municipalidade através de um Termo Aditivo.

Essa flexibilidade é crucial para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Além disso, entendemos que a CONTRATANTE possui a prerrogativa de ceder funcionários para apoio nas atividades.

Neste caso, assumimos a responsabilidade de gerenciar esses profissionais de forma adequada, alinhando suas funções às necessidades dos serviços a serem realizados, sempre em conformidade com os protocolos e rotinas estabelecidas.

Essa colaboração entre a CONTRATANTE e nossa equipe é fundamental para o sucesso da prestação de serviços de saúde, assegurando que todos os recursos humanos estejam devidamente alocados e prontos para oferecer um atendimento de excelência.

Acreditamos que, com essa proposta, conseguiremos não apenas atender às demandas da comunidade, mas também superar as expectativas em relação à qualidade do atendimento, promovendo um ambiente de saúde que prioriza o bem-estar de todos.

Equipe mínima para o desenvolvimento de trabalho técnico, administrativo e operacional indispensáveis, presentes na unidade e capacitados para o atendimento, contratada ou cedida, em consonância com o disposto na Portaria de Consolidação GM/MSn.º03/2017, ou outra que venha a substituí-la:

Profissionais	Carga horária	Quantidade
Médicos Plantonistas	Plantão de 12 horas	02 médicos/diurno e 02 médicos/noturno
Médico Ortopedista	16 h/semanais	01
Médico Ginecologista	16h/semanais	01
Nutricionista	30 h/semanais	01
Enfermeiro	12/36h semanais	08 enfermeiros diurno e 05 noturno (COFEN 2025)
Farmacêutico	12/36h semanais	03
Técnico de Enfermagem	12/36h semanais	08
Técnico de Enfermagem (SAMU)	12/36h semanais	05
Técnico em Imobilização Ortopédica	40 horas semanais	01

Profissionais	Carga horária	Formação	Quantidade
Gerente Administrativo	40 horas	Agente administrativo, formação em nível superior na área da Saúde, Administração ou Recursos Humanos e experiencia mínima de 12 meses ano na área de Saúde.	01
Analista Administrativo	40 horas	Agente administrativo com formação nível técnico em Recursos Humanos ou Contabilidade com experiência na área de Saúde e experiência de 12 meses.	01
Auxiliar Administrativo	40 horas	Agente administrativo com experiência 12 meses em Recursos Humanos ou Logística ou Administração – nivel técnico.	03
Coordenação Médica/Diretor Técnico	20 horas	Médico com experiência em Direção Técnica comprovada.	01
Médico radiologista	04 horas	Médico com RQE em radiologia, com experiência em exames diagnósticos por imagem.	01

Profissionais	CATEGORIA PROFISIONAL	Quantidade
Auxiliar de limpeza	Nivel Médio	09
Controlador de Acesso	Nivel Médio	05
Recepção	Nivel Médio	07
Cozinheiro – 12 h – diurno	Com experiência – Nivel Fundamental	03
Auxiliar de Cozinha – 12 h - diurno	Com experiência – Nivel Fundamental	02
Auxiliar de Manutenção predial	Nivel Médio com experiência em Elétrica e Hidráulica	01
Auxiliar de Lavanderia	Nivel médio	02
Motoristas de Ambulância	Nivel médio com experiência e cart. Habilitação D e cursos de direção necessários.	05

Descrição dos Cargos	Quant	PISO SALARIAL
Enfermeiro 12x36 diurno	3	R$ 3.886,36
Enfermeiro 12x36 noturno	2	R$ 3.886,36
Técnico de enfermagem 12x36	8	R$ 2.720,45
Gerente administrativo	1	R$ 5.000,00
Coord Administrativo	1	R$ 1.900,00
Analista Administrativo	1	R$ 2.500,00
Auxiliar administrativo	3	R$ 1.850,00
Recepção 12x36	7	R$ 1.650,00
Técnico de Imobilização	1	R$ 1.800,00
Nutricionista	1	R$ 3.000,00
Cozinheira	3	R$ 2.000,00
Auxiliar de cozinha	2	R$ 1.690,00
Motorista	5	R$ 1.900,00
Total Contratados CLT	**38**	

PESSOA JURÍDICA		
Coordenação Médica/ Diretor Clínico	1	R$ 10.000,00
Médico plantonista 24 horas	02 por plantão (2 diurno e noturno)	R$ 186.000,00
Médico Ortopedista	1	R$ 9.200,00
Médico Ginecologista	1	R$ 11.000,00
Medicina do trabalho	1	R$ 2.000,00
Médico Radiologista	1	R$ 8.000,00

DESCRIÇÃO Terceiros	Qtde. Prof.
Controle de Acesso 12x36	4
Auxiliar limpeza 12X36	9
Auxiliar manutenção	1
Auxiliar de Lavanderia	2

A tabela de cargos e salários, contendo todos os benefícios e encargos encontram-se em anexo.

A distribuição dos recursos humanos foi elaborada de maneira cuidadosa e estratégica, com o intuito de garantir que haja um número adequado de profissionais alocados em todos os turnos de trabalho.

Este planejamento é essencial, pois considera o volume de atendimentos esperado, que é um fator crucial para assegurar que a população receba um serviço de saúde eficiente e de alta qualidade.

Ter uma equipe suficientemente dimensionada em cada turno é vital para atender à demanda dos pacientes, não apenas garantindo continuidade no atendimento, mas também proporcionando a excelência que a comunidade merece em um Pronto Atendimento Municipal.

Ademais, a proposta de alocação de recursos humanos incorpora um aspecto de flexibilidade, permitindo ajustes dinâmicos conforme a demanda varia.

Em contextos de aumento súbito de atendimentos, como durante surtos ou epidemias, a capacidade de redimensionar a equipe torna-se fundamental.

Essa flexibilidade não só garante uma cobertura adequada das necessidades emergenciais, mas também evidencia nosso comprometimento com a saúde pública e a eficácia dos serviços oferecidos à comunidade.

É importante ressaltar que qualquer adequação da equipe será realizada em conformidade com as normas e legislações pertinentes, que visam proteger a integridade e a segurança tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes.

Nossa abordagem busca, assim, não apenas atender aos requisitos legais, mas também promover um ambiente de trabalho que valorize a

capacitação contínua e o bem-estar dos colaboradores, criando um espaço propício para o desenvolvimento profissional.

Acreditamos firmemente que, ao manter essa estrutura flexível e responsiva, estaremos plenamente preparados para enfrentar os desafios que possam surgir, assegurando que o atendimento à população seja sempre a nossa prioridade máxima.

Essa estratégia não apenas melhora a eficiência operacional, mas também fortalece a confiança da comunidade nos serviços de saúde que oferecemos, consolidando nosso compromisso com a excelência e a responsabilidade social.

Em síntese, a distribuição cuidadosamente planejada de recursos humanos representa um componente essencial para o sucesso do Pronto Atendimento Municipal.

Estamos prontos para implementar essa proposta de forma eficaz, adaptando-nos às circunstâncias e necessidades que surgirem ao longo do tempo, sempre focando na qualidade do atendimento e no bem-estar da população que servimos.

Plano de Gerenciamento de Recursos Humanos

Objetivo

Este plano visa estruturar um sistema abrangente e eficiente para o gerenciamento de recursos humanos no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga. O objetivo é assegurar que todos os processos, desde a seleção até a integração e avaliação dos profissionais, estejam alinhados com as metas organizacionais e as necessidades específicas da instituição, promovendo um ambiente de trabalho harmonioso e produtivo.

Análise de Necessidades

Diagnóstico Organizacional

O primeiro passo essencial é realizar uma análise detalhada das necessidades organizacionais.

Isso envolve a organização de reuniões estruturadas com gestores de diversas áreas do Pronto Atendimento, com o objetivo de identificar desafios operacionais, entender as demandas de pessoal e abordar quaisquer dificuldades enfrentadas na gestão atual.

Esse diagnóstico fornece uma visão clara das práticas institucionais e das necessidades prioritárias, orientando o planejamento estratégico de recursos humanos.

Metas e Objetivos

Após o diagnóstico, é crucial definir metas e objetivos claros e específicos para o departamento de recursos humanos, garantindo que estejam em perfeita harmonia com as necessidades e os objetivos estratégicos do Pronto Atendimento.

Essas metas devem ser discutidas e validadas junto aos gestores da instituição para garantir um alinhamento completo e efetivo.

Definição de Cargos e Competências

Job Description

A criação de descrições detalhadas dos cargos é fundamental. Cada descrição deve incluir aspectos como responsabilidades, qualificações, competências técnicas e comportamentais necessárias, além de expectativas de desempenho. Este documento serve como base sólida

para todo o processo de recrutamento e seleção, garantindo clareza e consistência.

Fit Cultural

Para assegurar que os candidatos selecionados estejam alinhados com a cultura organizacional, utiliza-se a ferramenta de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (C.H.A.). Este método garante que os valores e comportamentos dos candidatos sejam compatíveis com a missão e os princípios orientadores da instituição, promovendo uma integração eficaz e harmoniosa.

Processo de Recrutamento e Seleção

Etapas do Processo Seletivo

O processo seletivo será estruturado em várias etapas específicas, cada uma projetada para avaliar diferentes aspectos dos candidatos:

1. **Triagem de Currículos**: Realização de uma análise inicial dos currículos com base nas qualificações e experiências relevantes, alinhando com os requisitos da vaga.
2. **Entrevista Inicial**: Conduzida por um recrutador para explorar a trajetória profissional, as motivações e expectativas do candidato em relação ao cargo.
3. **Testes e Avaliações**: Inclusão de avaliações técnicas e comportamentais para verificar competências específicas necessárias para o desempenho no cargo.
4. **Entrevista Técnica**: Realizada com gestores da área para aprofundar conhecimentos técnicos e avaliar a capacidade de resolução de problemas do candidato.

5. **Entrevista Final**: Envolvimento de líderes para garantir alinhamento cultural e discutir expectativas de crescimento e desenvolvimento profissional.

Roteiros de Entrevista

Cada entrevista será guiada por roteiros estruturados que incluem perguntas situacionais, comportamentais e técnicas, garantindo assim uma avaliação consistente, objetiva e imparcial de todos os candidatos.

Proposta de Valor

Desenvolver uma Employee Value Proposition (EVP) clara é essencial para atrair talentos qualificados. Isso inclui definir as vantagens de trabalhar na instituição, como oportunidades de desenvolvimento profissional, ambiente de trabalho colaborativo, benefícios oferecidos e a relevância do trabalho na área de saúde pública.

Fortalecer a marca empregadora é fundamental para atrair candidatos que estejam alinhados com a missão e os valores da instituição.

Seleção Técnica e Avaliações Comportamentais

Tecnologias de Recrutamento

A utilização de tecnologias modernas, como softwares de triagem automatizada, é essencial para otimizar o processo de seleção. Isso garante maior objetividade e eficiência, reduzindo vieses e acelerando a tomada de decisões.

Ferramentas de Avaliação Comportamental

A aplicação de testes comportamentais validados permite uma análise precisa da compatibilidade cultural e das habilidades socioemocionais dos candidatos, assegurando que eles se encaixem adequadamente na equipe e contribuam para um ambiente de trabalho positivo.

Verificação de Antecedentes

A verificação de antecedentes será conduzida com rigor, sempre respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as normas de compliance legal. Este processo é crucial para garantir a segurança e a integridade dos colaboradores e pacientes, assegurando a conformidade com as legislações vigentes.

Integração de Novos Colaboradores

Orientação Inicial

O programa de integração começa com uma orientação inicial abrangente, onde são apresentados a missão, visão, valores e estrutura organizacional do Pronto Atendimento. Esta etapa é vital para estabelecer um entendimento claro do papel de cada colaborador na instituição e garantir que todos compreendam as expectativas e os objetivos institucionais.

Treinamento Estruturado

Oferecer um treinamento abrangente é fundamental para capacitar os novos colaboradores nas competências técnicas e comportamentais necessárias. Isso inclui a familiarização com procedimentos operacionais, protocolos de atendimento, uso de equipamentos, normas de segurança e práticas de biossegurança.

Mentoria

Atribuir um mentor ou colega experiente para acompanhar o novo colaborador durante o período de adaptação é uma prática eficaz para facilitar a integração e promover um ambiente acolhedor e colaborativo.

O mentor oferece suporte contínuo, esclarecendo dúvidas e ajudando o novo colaborador a se adaptar rapidamente ao ambiente de trabalho.

Avaliação do Período Probatório

Monitoramento Contínuo

Durante o período probatório, o desempenho dos novos colaboradores será monitorado de forma intensiva para garantir que atendam às expectativas institucionais. Feedbacks regulares serão fornecidos para promover melhorias contínuas e assegurar que os colaboradores se adaptem adequadamente ao ambiente de trabalho, contribuindo de forma eficaz para a equipe.

Considerações Finais

Esta proposta detalhada visa criar um ambiente de trabalho positivo, inclusivo e eficiente, onde profissionais capacitados possam contribuir significativamente para um atendimento de qualidade à população de Jacupiranga.

A implementação deste plano será monitorada continuamente e ajustada conforme necessário, sempre priorizando a excelência no atendimento e o bem-estar da comunidade atendida.

3.2.2. Ações Voltadas à Qualidade - Proposta dos Fluxos Assistenciais Internos do Pronto Atendimento para:

a) Recepção e classificação de risco

Esta proposta apresenta uma solução integrada para a implementação de fluxos assistenciais de qualidade no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, com destaque especial para o processo de recepção e classificação de risco.

O documento detalha a adoção do Protocolo de Manchester como ferramenta de triagem e classificação de risco, alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde e ao Plano Nacional de Humanização (PNH), garantindo atendimento seguro, oportuno e baseado em evidências científicas.

A proposta integra tecnologia informatizada, capacitação profissional e monitoramento contínuo de indicadores de qualidade para assegurar eficiência operacional e satisfação dos usuários.

A Classificação de Risco constitui uma ferramenta fundamental para a organização do fluxo de atendimento em unidades de pronto atendimento.

Trata-se de um protocolo assistencial que utiliza linguagem universal para avaliação de urgências clínicas, pediátricas e traumáticas, realizado por profissionais enfermeiros ou médicos devidamente capacitados.

Seu objetivo primordial é identificar com precisão a gravidade do estado clínico do paciente, permitindo que o atendimento seja prestado em tempo oportuno e seguro, baseando-se no potencial de risco individual e em evidências científicas atualizadas, sem consideração à ordem de chegada.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem estabelece que a classificação de risco é ato privativo do enfermeiro, definindo sua responsabilidade na avaliação inicial e na determinação das prioridades de atendimento.

O Protocolo de Manchester, criado originalmente no Reino Unido em 1997 e posteriormente adaptado e validado para o contexto brasileiro, estrutura-se em um sistema de cinco níveis de prioridade representados por cores padronizadas, cada um associado a tempos máximos de espera específicos.

Este protocolo fundamenta-se na análise de sinais clínicos objetivos e discriminadores clínicos bem definidos, proporcionando uma abordagem sistemática e reprodutível para a avaliação inicial de pacientes em situações de urgência.

O Plano Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde reforça a importância de integrar critérios técnicos com abordagem humanizada, reconhecendo que os pacientes chegam ao pronto atendimento em situação de fragilidade e requerem acolhimento com respeito, empatia e atenção.

Proposta de Fluxo Assistencial: Recepção e Acolhimento

Estrutura Operacional da Recepção

O processo de recepção constitui a porta de entrada do pronto atendimento e estabelece as bases para todo o atendimento subsequente.

A recepção deve ser dotada de recursos físicos e humanos adequados, com espaço organizado para acomodar os usuários, área de espera confortável e ponto de atendimento bem sinalizado.

A equipe de recepção será composta por profissionais treinados em acolhimento, comunicação clara e orientação dos usuários, sendo responsáveis pelo registro inicial de informações básicas do paciente e pela direcionamento para a próxima etapa do fluxo.

O acolhimento na recepção deverá seguir os princípios do Plano Nacional de Humanização, priorizando a escuta atenta do usuário e de seus acompanhantes, a fim de compreender suas necessidades e preocupações.

Os profissionais de recepção devem ser treinados para reconhecer sinais de gravidade aparentes, como dificuldade respiratória, hemorragia ou alteração do estado de consciência, permitindo que pacientes em situação crítica sejam encaminhados imediatamente para a classificação de risco sem espera.

Este procedimento garante que nenhum paciente em situação de emergência permaneça na recepção aguardando processos administrativos prolongados.

Durante o atendimento na recepção, serão coletadas informações essenciais como identificação completa do paciente, dados de contato, presença de comorbidades relevantes, medicações em uso e motivo da procura pelo serviço.

Todas as informações deverão ser digitadas diretamente no sistema informatizado, eliminando a necessidade de transcrição posterior e reduzindo erros administrativos.

O tempo de atendimento na recepção deverá ser otimizado para não exceder cinco minutos, permitindo fluxo contínuo de pacientes e redução de congestionamento na entrada da unidade.

Orientação e Direcionamento do Usuário

Após o atendimento inicial na recepção, o paciente será orientado sobre o próximo passo do processo, que consiste na classificação de risco.

O profissional de recepção deverá explicar de forma clara e acessível que o tempo de espera para ser atendido dependerá da gravidade de sua condição de saúde, não da ordem de chegada, alinhando-se aos princípios de equidade estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Esta explicação prévia reduz significativamente as reclamações relacionadas ao tempo de espera e promove compreensão e aceitação do usuário quanto ao processo de priorização.

A unidade deverá disponibilizar informações visuais em locais estratégicos explicando o sistema de classificação por cores, o significado de cada cor e os tempos máximos de espera esperados.

Essas informações devem ser apresentadas em linguagem clara, com possibilidade de acesso por pessoas com diferentes níveis de escolaridade e limitações visuais, reforçando o compromisso com a acessibilidade e inclusão.

Painéis informativos estrategicamente posicionados na sala de espera podem informar aos usuários sobre o tempo médio de espera atual, ajudando na gestão de expectativas e na redução de ansiedade.

Proposta de Classificação de Risco: Protocolo de Manchester

Fundamentação e Objetivos do Protocolo

O Protocolo de Manchester será implementado como ferramenta padronizada de classificação de risco no Pronto Atendimento de Jacupiranga.

Este protocolo atende aos objetivos de garantir segurança e agilidade no atendimento, organizar o fluxo de pacientes nos serviços de urgência,

evitar agravamento do quadro clínico por demora na avaliação e apoiar a tomada de decisão do enfermeiro na triagem.

O protocolo baseia-se em fluxogramas clínicos específicos, totalizando 52 fluxogramas diferentes que orientam a triagem conforme a queixa principal do paciente.

Cada fluxograma inclui a avaliação sistemática de discriminadores clínicos objetivos, tais como nível de consciência, presença de dor intensa, padrão respiratório alterado, sinais de hemorragia, indicadores de choque e temperatura corporal.

Esta abordagem estruturada garante consistência na avaliação, reduzindo a variabilidade interpessoal e aumentando a confiabilidade do processo de triagem.

O protocolo reconhece que durante a espera pelo atendimento, é comum que todos os pacientes se considerem prioridade, tornando indispensável uma avaliação técnica criteriosa baseada em parâmetros objetivos.

Sistema de Classificação por Cores

O Protocolo de Manchester estrutura-se em cinco níveis de prioridade, cada um representado por uma cor padronizada, que determina tanto a urgência do atendimento quanto o tempo máximo de espera esperado.

O entendimento completo deste sistema por toda a equipe é essencial para o funcionamento efetivo do fluxo assistencial.

A classificação **Vermelho** representa situações de emergência com risco iminente de morte e pacientes em estado instável. Estes pacientes requerem atendimento imediato, sem qualquer tempo de espera, pois qualquer demora pode comprometer significativamente sua evolução

clínica. Exemplos incluem parada cardiorrespiratória, choque, dificuldade respiratória grave ou hemorragia massiva.

A classificação **Laranja** representa situações muito urgentes com risco potencial de vida. Estes pacientes deverão ser atendidos em no máximo dez minutos após a classificação de risco, permitindo intervenção rápida que evite deterioração progressiva.

Exemplos incluem síndrome coronariana aguda, acidente vascular cerebral em janela terapêutica, traumatismo craniano significativo ou abdômen agudo grave.

A classificação **Amarela** representa situações urgentes com condição aguda mas estável. O tempo máximo de espera preconizado para consulta médica é de 60 minutos. Estes pacientes necessitam de avaliação médica rápida, mas não apresentam risco imediato de vida.

Exemplos incluem febre em crianças, traumas sem complicações aparentes e dores agudas moderadas. O tempo máximo de espera preconizado para consulta médica é de 60 minutos.

A classificação **Verde** representa situações pouco urgentes com condição leve sem risco imediato. Segundo o Plano Nacional de Humanização, o tempo máximo de espera para consulta médica nesta classificação é de 120 minutos. Estes pacientes podem aguardar, mas deverão ser atendidos de forma organizada, respeitando o tempo máximo estabelecido. Exemplos incluem aftas, pequenos traumas, cefaleia leve e constipação.

A classificação **Azul** representa situações não urgentes que podem potencialmente ser resolvidas na atenção básica. Conforme o Plano Nacional de Humanização, o tempo máximo de espera para consulta médica nesta classificação é de 240 minutos.

Nestes casos, é responsabilidade do médico que realizou o atendimento encaminhar o paciente para a Atenção Primária, evitando que utilize indevidamente os recursos de urgência e emergência. Exemplos incluem solicitação de atestado médico, prescrições de continuidade ou aconselhamentos gerais.

Processo de Avaliação e Triagem

O processo de triagem será realizado por enfermeiro capacitado em local adequado, logo após a finalização do atendimento da recepção.

O enfermeiro responsável pela classificação de risco deverá realizar acolhimento com escuta qualificada, compreendendo não apenas a queixa principal do paciente, mas também suas preocupações e contexto de saúde.

Esta escuta qualificada é fundamental para garantir que a avaliação clínica seja completa e humanizada, reconhecendo a vulnerabilidade do paciente.

Após a escuta da queixa principal, o enfermeiro identificará o fluxograma clínico correspondente dentre os 52 fluxogramas disponíveis.

Cada fluxograma apresenta uma sequência lógica de questões e avaliações físicas que orientam o processo de triagem de forma sistemática.

O enfermeiro avaliará os discriminadores clínicos específicos preconizados pelo fluxograma, como sinais vitais, nível de consciência, presença de dor intensa, padrão respiratório, evidência de hemorragia, sinais de choque e temperatura corporal.

Com base na identificação dos discriminadores presentes, o enfermeiro classificará o paciente em um dos cinco níveis de prioridade representados pelas cores.

Todas as informações coletadas durante a triagem, incluindo queixa principal, discriminadores avaliados e classificação final, deverão ser registradas no prontuário eletrônico em tempo real.

Este registro cria um documento permanente do processo de triagem que pode ser consultado posteriormente por toda a equipe assistencial e serve como base para análise de indicadores de qualidade.

Reavaliação Contínua Durante a Espera

Um aspecto crítico do protocolo de Manchester é que o estado clínico do paciente pode evoluir ou se modificar enquanto aguarda o atendimento médico.

Portanto, a equipe deverá realizar reavaliações periódicas de pacientes em espera, especialmente aqueles classificados em cores que permitam maior tempo de aguardo (verde e azul).

Se durante a reavaliação identificar-se mudança no quadro clínico para pior, a cor de classificação deverá ser atualizada para refletir a nova gravidade, alterando as prioridades de atendimento conforme necessário.

A frequência de reavaliação deverá ser estabelecida de acordo com a classificação inicial e a evolução clínica esperada, com atenção especial para pacientes com condições potencialmente progressivas.

Enfermeiros deverão ser treinados para reconhecer sinais de deterioração clínica, incluindo alterações discretas nos sinais vitais, redução do nível de

consciência, queda de saturação de oxigênio ou mudanças no padrão respiratório, que frequentemente antecedem eventos graves.

A comunicação clara com a equipe médica sobre mudanças clínicas é fundamental para garantir intervenção oportuna.

Implementação de Sistema Informatizado

Requisitos Técnicos e Funcionais

A contratada deverá implantar um sistema informatizado de classificação de risco que integre todas as etapas do atendimento, desde o registro na recepção até a alta do paciente.

O sistema deverá permitir a classificação das necessidades dos pacientes utilizando o código de cores padronizado do Protocolo de Manchester.

Uma característica essencial do sistema é sua capacidade de produzir relatórios abrangentes que permitam o seguimento contínuo dos indicadores de qualidade estabelecidos para a unidade.

O sistema informatizado deverá estar disponível em terminais estrategicamente localizados na recepção, na área de triagem e nas salas de atendimento médico, permitindo acesso rápido e fácil às informações dos pacientes.

A interface deverá ser intuitiva e amigável, requerendo treinamento mínimo dos usuários e reduzindo a curva de aprendizado.

O sistema deve incorporar mecanismos de segurança robustos para proteger dados sensíveis dos pacientes, garantindo conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Uma funcionalidade crítica é a geração de alertas automáticos quando um paciente se aproxima ou ultrapassa o tempo máximo de espera estabelecido para sua classificação de risco. Por exemplo, se um paciente classificado como amarelo (tempo máximo de 60 minutos) está próximo de completar este período sem ter sido atendido, o sistema deverá notificar a equipe para que ações corretivas sejam implementadas.

Este monitoramento em tempo real permite intervenção proativa antes que situações problemáticas se desenvolvam.

Integração com Prontuário Eletrônico

O sistema de classificação de risco deverá ser totalmente integrado com o prontuário eletrônico do paciente, criando um registro unificado de toda sua jornada na unidade.

Dados coletados na recepção, informações da triagem, achados clínicos do atendimento médico, realização de exames e procedimentos devem estar disponíveis em um único prontuário acessível por toda a equipe.

Esta integração elimina a necessidade de transcrição de dados entre sistemas diferentes, reduzindo significativamente o risco de erros e duplicações.

O prontuário eletrônico permite ainda que o paciente seja reavaliado facilmente, com a equipe tendo acesso ao histórico completo de apresentações anteriores à unidade.

Informações sobre alergias, medicações em uso, comorbidades e eventos adversos anteriores podem ser consultadas rapidamente, informando a tomada de decisão clínica.

Para pacientes que retornam frequentemente à unidade, o acesso a este histórico melhora significativamente a qualidade e eficiência do atendimento.

Relatórios e Indicadores de Qualidade

O sistema deverá gerar relatórios periódicos detalhados sobre diversos indicadores de qualidade.

Um indicador fundamental é o tempo médio de espera para classificação de risco, que refere-se ao período entre a finalização do atendimento na recepção e o atendimento pela enfermagem na classificação de risco.

Este tempo deverá ser monitorado continuamente e ajustes operacionais implementados caso ultrapasse limites aceitáveis.

Outro conjunto importante de indicadores refere-se aos tempos de espera para consulta médica por classificação de risco. Especificamente, deverão ser monitorados o tempo médio de espera para pacientes classificados como verde (meta: máximo 120 minutos) e azul (meta: máximo 240 minutos).

O sistema deverá gerar alertas quando pacientes aproximam-se destes tempos máximos, permitindo que gestores implementem ações corretivas como redistribuição de pessoal ou reorganização de fluxos.

Indicadores adicionais incluem a proporção de pacientes em cada classificação de risco (distribuição de demanda), taxa de retorno não programado (pacientes que voltam em 72 horas por mesmo motivo), taxa de conversão de pacientes azuis para atenção básica conforme preconizado, e índices de satisfação dos usuários medidos através de pesquisas de NPS (Net Promoter Score).

Estes indicadores fornecem uma visão integrada da qualidade e eficiência operacional da unidade.

Capacitação de Recursos Humanos

Treinamento em Classificação de Risco

Todos os profissionais da unidade que participam do processo de atendimento ao paciente deverão receber treinamento específico sobre o Protocolo de Manchester e o processo de classificação de risco.

Este treinamento não é responsabilidade apenas dos enfermeiros, mas deve ser compreendido por recepcionistas, médicos, técnicos de enfermagem e pessoal administrativo, pois a execução eficaz do protocolo depende da compreensão compartilhada de todos os envolvidos.

O treinamento inicial deverá incluir apresentação conceitual do protocolo, explicação detalhada de cada nível de prioridade e seus critérios, revisão dos 52 fluxogramas clínicos com exemplos práticos, e demonstração do sistema informatizado.

Educadores experientes deverão ministrar o treinamento, utilizando metodologias ativas que permitam aprendizado significativo através de casos clínicos reais e discussões interativas.

Simulações práticas onde profissionais aplicam o protocolo a cenários hipotéticos fornecem experiência prática antes da implementação em ambiente real.erão ministrar o treinamento, utilizando metodologias ativas que permitam aprendizado significativo através de casos clínicos reais e discussões interativas.

Simulações práticas onde profissionais aplicam o protocolo a cenários hipotéticos fornecem experiência prática antes da implementação em ambiente real.

O treinamento sobre humanização deverá acompanhar o treinamento técnico, reforçando que a classificação de risco, embora baseada em critérios técnicos, deve ser realizada com respeito, empatia e atenção ao paciente.

Os usuários chegam fragilizados e requerem acolhimento humanizado, não apenas avaliação técnica.

Profissionais capacitados nesta abordagem integrada proporcionam atendimento de qualidade que reconhece tanto a dimensão técnica quanto a humana do cuidado em saúde.

Programa Contínuo de Educação Permanente

Além do treinamento inicial, será implementado um programa permanente de educação continuada para manter e atualizar os conhecimentos da equipe.

Reuniões periódicas de revisão do protocolo, discussão de casos clínicos interessantes ou didáticos, análise de eventos adversos e revisão de novos fluxogramas ou atualizações do Protocolo de Manchester deverão ser conduzidas regularmente.

Estas reuniões funcionam como espaços para o aprimoramento contínuo e para criação de cultura de aprendizado coletivo.

Novos profissionais contratados deverão passar por treinamento mandatório antes de iniciar suas atividades na unidade.

Profissionais que se afastam temporariamente do serviço (férias, licenças) deverão realizar reciclagem antes de retornar ao trabalho, garantindo que conhecimentos não sejam perdidos.

Incentivos para participação em cursos externos de classificação de risco e atualização em urgência e emergência deverão ser oferecidos, reconhecendo a importância da educação permanente para a excelência assistencial.

Suporte ao Bem-estar e Saúde Mental dos Profissionais

O trabalho em unidades de pronto atendimento é naturalmente estressante, envolvendo situações de emergência, necessidade de decisões rápidas e contato com pacientes em situação de vulnerabilidade.

Para garantir que profissionais possam executar suas funções com qualidade, é fundamental que a instituição ofereça suporte à saúde mental e bem-estar emocional da equipe.

A unidade deverá estabelecer uma Sala de Escuta Psicológica, espaço seguro e confidencial onde profissionais podem buscar apoio para vivências, angústias, dúvidas ou dificuldades emocionais relacionadas ou não ao trabalho.

Este espaço não requer encaminhamento formal ou justificativa, podendo ser acessado espontaneamente durante o plantão, facilitando o acesso a apoio.

Atendimento psicológico especializado deverá estar disponível, realizado por profissionais qualificados em saúde mental ocupacional.

Programas de prevenção de burnout, promoção de equilíbrio trabalho-vida, incentivo à prática de atividades físicas e acesso a programas de bem-estar deverão fazer parte da estratégia institucional.

Reconhecer que procurar apoio psicológico é sinal de autocuidado e não de fraqueza é essencial para que profissionais se sintam empoderados a buscar ajuda quando necessário.

Profissionais que recebem suporte adequado tendem a atuar com maior equilíbrio, segurança e qualidade, refletindo diretamente na assistência prestada à população.

Monitoramento de Indicadores e Avaliação de Desempenho

Indicadores Específicos de Processo

O desempenho do processo de recepção e classificação de risco deverá ser monitorado através de indicadores específicos que reflitam a eficiência e qualidade do fluxo.

O tempo médio de atendimento na recepção deverá ser monitorado continuamente, com meta de não exceder cinco minutos por paciente. Tempos excessivos na recepção podem indicar necessidade de otimização de processos, aumento de recursos humanos ou revisão de protocolos.

O tempo de espera para classificação de risco, definido como o intervalo entre a saída da recepção e o atendimento pela enfermagem, deverá ser alvo de monitoramento intensivo.

Este indicador é essencial para garantir que pacientes não permaneçam aguardando triagem por períodos prolongados, o que poderia comprometer sua segurança.

Meta recomendada é que 95% dos pacientes sejam classificados em tempo máximo de 15 minutos após saída da recepção.

Os tempos de espera para consulta médica por classificação de risco devem ser monitorados com rigor.

Para pacientes amarelos, a meta é que 100% deles sejam atendidos em no máximo 60 minutos.

Para pacientes verdes, a meta é 100% atendidos em no máximo 120 minutos conforme PNH.

Para pacientes azuis, a meta é 100% atendidos em no máximo 240 minutos.

Quando pacientes aproximam-se destes tempos máximos, ações corretivas devem ser implementadas imediatamente.ra pacientes azuis, a meta é 100% atendidos em no máximo 240 minutos.

Quando pacientes aproximam-se destes tempos máximos, ações corretivas devem ser implementadas imediatamente.

Indicadores de Qualidade e Resultados

Além dos indicadores de processo, indicadores de qualidade e resultado devem ser monitorados.

A taxa de concordância de classificação refere-se ao percentual de casos em que a classificação inicial realizada pelo enfermeiro é confirmada pela avaliação médica posterior, indicando acurácia do processo de triagem.

Meta recomendada é manter taxa de concordância acima de 85%, indicando confiabilidade do protocolo. inicial realizada pelo enfermeiro é

confirmada pela avaliação médica posterior, indicando acurácia do processo de triagem.

Meta recomendada é manter taxa de concordância acima de 85%, indicando confiabilidade do protocolo.

O índice de NPS (Net Promoter Score) mede a satisfação e disposição dos usuários de recomendar o serviço, fornecendo feedback importante sobre a qualidade da experiência.

Segundo literatura específica, o NPS médio na área de saúde em nível mundial é de 58, com valores acima de 75 indicando nível de excelência.

Para o Pronto Atendimento, meta inicial recomendada é alcançar NPS acima de 60, com evolução para 75 nos anos subsequentes.

A taxa de retorno não programado em 72 horas por mesmo motivo reflete potencialmente inadequações na avaliação ou tratamento inicial.

Monitoramento desta taxa pode identificar problemas sistemáticos no processo de classificação ou atendimento. Igualmente importante é monitorar a proporção de pacientes classificados como azul que são efetivamente encaminhados para a atenção básica, garantindo que a unidade não seja utilizada indevidamente como ponto de acesso primeiro para casos que poderiam ser resolvidos em nível básico.

Auditoria e Melhoria Contínua

Auditorias periódicas do processo de classificação de risco devem ser realizadas por enfermeiros experientes ou gestores de qualidade.

Estas auditorias analisam registros no prontuário eletrônico, verificam se discriminadores foram adequadamente avaliados, se justificativas para a

classificação são fundamentadas clinicamente, e se toda a documentação foi realizada corretamente.

Resultados de auditorias devem ser compartilhados com a equipe em reuniões de feedback, identificando oportunidades de melhoria.

Análise de eventos adversos ou eventos sentinela relacionados à classificação de risco deverá ser conduzida de forma sistemática, buscando identificar causas raiz e implementar ações corretivas.

Por exemplo, se um paciente classificado como azul apresenta evolução desfavorável sem ser encaminhado para reavaliação, uma investigação deve ser realizada para entender o que levou à classificação inicial e prevenir casos similares.

Esta abordagem de aprendizagem a partir de eventos adversos promove melhoria contínua do sistema.

Implementação do Protocolo Fast-Track

Conceituação e Aplicabilidade

O protocolo Fast-Track representa uma evolução no conceito de classificação de risco, criado em resposta a situações emergenciais como a pandemia de COVID-19, quando foi necessário repensar fluxos de atendimento para garantir maior eficiência e segurança.

O termo Fast-Track, utilizado também em transportes aéreos, refere-se especificamente à agilização do atendimento das prioridades, criando fluxo rápido para pacientes que necessitam de intervenção urgente.

A implementação do protocolo Fast-Track no Pronto Atendimento de Jacupiranga será complementar ao Protocolo de Manchester, servindo como estratégia para reorganizar fluxos e otimizar tempos de espera.

O Fast-Track estabelece um fluxo diferenciado para pacientes de menor complexidade (geralmente classificados como verde e azul), permitindo avaliação e resolução mais rápida sem necessidade de passagem pela sala de espera convencional.

Isto libera espaço e recursos para pacientes mais graves.

Fluxo Fast-Track Operacional

Pacientes que, após classificação de risco no Protocolo de Manchester, são identificados como candidatos a Fast-Track (tipicamente verdes com condições simples e azuis) deverão ser direcionados a uma área específica equipada com consultório dedicado.

Nesta área, a avaliação médica rápida é realizada, permitindo orientação, prescrição e alta em período breve.

Isto evita que estes pacientes permaneçam em sala de espera convencional, reduzindo congestionamento e liberando espaço para casos mais graves.

A sequência operacional do Fast-Track deverá ser: após classificação de risco na triagem, o enfermeiro identifica potenciais candidatos a Fast-Track baseado em critérios pré-estabelecidos (queixa simples, estabilidade clínica, sem comorbidades significativas); estes pacientes são direcionados ao consultório de Fast-Track; o médico realiza avaliação breve e focada; emite orientações, prescrições ou encaminhamentos conforme necessário; paciente recebe alta.

Toda a equipe, desde portaria até recepção, enfermagem, médicos e pessoal administrativo, necessita compreender este protocolo para que funcione efetivamente.

Neste viés, esta proposta apresenta um plano abrangente para implementação de fluxos assistenciais de qualidade no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, com destaque para recepção e classificação de risco baseada no Protocolo de Manchester.

A adoção de sistema informatizado integrado, capacitação de recursos humanos, monitoramento contínuo de indicadores e implementação de protocolos complementares como Fast-Track garantirá que a instituição ofereça atendimento seguro, oportuno e humanizado à população.

O sucesso da implementação dependerá do comprometimento de toda a equipe, desde profissionais administrativos até médicos, reconhecendo que cada membro contribui para a experiência geral do paciente. Investimento em educação permanente, apoio ao bem-estar profissional e disponibilização de recursos adequados são fundamentais para sustentar qualidade no longo prazo.

Recomenda-se que a implementação seja realizada de forma faseada, iniciando com treinamento intensivo de equipes, piloto em determinado período, coleta de dados e feedback, antes de expansão completa.

Esta abordagem permite identificação e resolução de problemas antes que ganhem proporção maior, garantindo implementação mais suave e eficaz.

A unidade deverá estabelecer governança clara para supervisionar implementação, com designação de responsáveis pelas diferentes áreas do projeto, cronograma definido, alocação orçamentária adequada e mecanismos de accountability para garantir cumprimento de objetivos.

Revisões periódicas do plano permitirão ajustes conforme necessidades surgem e realidades operacionais se manifestam.

Com implementação adequada desta proposta, o Pronto Atendimento de Jacupiranga estará posicionado para oferecer atendimento de qualidade, reduzir tempos de espera, melhorar satisfação de usuários e contribuir significativamente para a saúde da população que atende.

b) Sistema de informações

Este projeto apresenta a proposta de implementação de um sistema integrado de informações e tecnologia para o Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme diretrizes do Chamamento Público nº 002/2025.

O sistema será estruturado com prontuário eletrônico do paciente (PEP), classificação de risco automatizada baseada no Protocolo de Manchester, integração de dados assistenciais e suporte à tomada de decisão clínica, fundamentado nas melhores práticas de instituições que já implementaram soluções similares.

A infraestrutura tecnológica contempla investimentos em hardware, software especializado em saúde, conectividade de rede robusta e segurança de informação, garantindo conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e regulamentações do Ministério da Saúde.

O projeto visa otimizar fluxos assistenciais, reduzir tempos de espera e melhorar a qualidade e segurança do atendimento à população de Jacupiranga. informação, garantindo conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e regulamentações do Ministério da Saúde[29].

O projeto visa otimizar fluxos assistenciais, reduzir tempos de espera e melhorar a qualidade e segurança do atendimento à população de Jacupiranga.

O projeto está fundamentado no Chamamento Público nº 002/2025 da Prefeitura Municipal de Jacupiranga, que estabelece a necessidade de modernização e estruturação dos serviços de saúde oferecidos à comunidade.

Transformar o Pronto Atendimento de Jacupiranga em um serviço de referência em urgência e emergência, dotado de tecnologia avançada que integra informações assistenciais em tempo real, garantindo atendimento seguro, oportuno, humanizado e resolutivo à população do município e região.

A implementação do sistema informatizado de gestão assistencial assegurará a organização de fluxos de atendimento, que padronize processos clínicos, integre dados de saúde e apoie a tomada de decisão profissional, contribuindo para redução de tempos de espera, melhoria da qualidade do cuidado e satisfação dos usuários.

O primeiro objetivo específico é implantar prontuário eletrônico do paciente (PEP) integrado que registre todas as informações de atendimento de forma segura, padronizada e acessível a toda equipe multidisciplinar.

O segundo objetivo é implantar sistema automatizado de classificação de risco baseado no Protocolo de Manchester, com interface intuitiva que permita triagem rápida e acurada de pacientes.

O terceiro objetivo é estabelecer infraestrutura tecnológica robusta com hardware adequado, conectividade de rede de alta disponibilidade e segurança de dados conformidade com LGPD.

O quarto objetivo é desenvolver painéis de monitoramento em tempo real de indicadores de qualidade, tempos de espera e fluxos assistenciais.

O quinto objetivo é capacitar equipe profissional para utilização eficiente dos sistemas, com educação permanente e suporte técnico contínuo.

O sexto objetivo é gerar relatórios analíticos para avaliação de desempenho, identificação de oportunidades de melhoria e tomada de decisão gerencial. de monitoramento em tempo real de indicadores de qualidade, tempos de espera e fluxos assistenciais.

O quinto objetivo é capacitar equipe profissional para utilização eficiente dos sistemas, com educação permanente e suporte técnico contínuo.

O sexto objetivo é gerar relatórios analíticos para avaliação de desempenho, identificação de oportunidades de melhoria e tomada de decisão gerencial.

Arquitetura do Sistema de Informações

Componentes Principais

A arquitetura do sistema de informações para o Pronto Atendimento de Jacupiranga será estruturada em múltiplos componentes integrados que funcionam de forma sinérgica.

O primeiro componente é o **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)**, módulo central que armazena todas as informações clínicas, administrativas e assistenciais do paciente.

Este prontuário será acessível de qualquer ponto da unidade através de terminais de computador estrategicamente posicionados, eliminando a necessidade de registros em papel e permitindo consulta imediata do histórico clínico.

O PEP incluirá funcionalidades de registro de queixa principal, antecedentes pessoais, medicações em uso, alergias, exames realizados, prescrições médicas, evoluções clínicas, procedimentos realizados e dados de alta.

O segundo componente é o **Sistema de Classificação de Risco Automatizado**, integrado ao prontuário e baseado no Protocolo de Manchester.

Este sistema guiará o enfermeiro através de fluxogramas clínicos específicos, ajudando na avaliação sistemática de discriminadores clínicos objetivos como sinais vitais, nível de consciência, presença de dor, padrão respiratório e sinais de choque.

O sistema registrará automaticamente a classificação atribuída (vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul) e o horário da triagem, criando timestamp que permite monitoramento de tempos de espera.

O terceiro componente é o **Sistema de Fila Dinâmica**, que organiza a sequência de atendimento não pela ordem de chegada, mas pela prioridade clínica.

Este sistema alimenta-se dos dados da classificação de risco e prioriza automaticamente pacientes vermelhos e laranjas para atendimento imediato, seguido de amarelos, verdes e azuis.

O sistema alertará a equipe quando pacientes aproximarem-se dos tempos máximos de espera preconizados, permitindo intervenção proativa antes que situações problematizadoras se desenvolvam.

O quarto componente é o **Módulo de Gestão de Medicamentos e Prescrições**, que integra farmácia ao sistema central, permitindo

prescrição eletrônica, validação farmacêutica automática e controle de consumo de medicamentos.

Este módulo reduz erros relacionados a medicamentos, evita prescrições duplicadas e permite rastreabilidade completa do consumo, fundamental para gestão eficiente de recursos.

O quinto componente é o **Dashboard de Monitoramento em Tempo Real**, que apresenta visualmente o status operacional da unidade, incluindo ocupação de leitos, número de pacientes em espera por classificação, distribuição de pacientes por cor de classificação, tempos médios de espera por categoria e alertas de situações críticas.

Este dashboard será visível para gestores e coordenadores, permitindo tomada de decisão rápida baseada em dados atualizados.

O sexto componente é o **Sistema de Relatórios e Indicadores**, que gera relatórios periódicos sobre indicadores de processo (tempos de espera), indicadores de qualidade (concordância de classificação, taxa de retorno não programado, NPS) e indicadores financeiros (volume de atendimentos, custo por atendimento).

Estes relatórios alimentam análises de desempenho e decisões estratégicas de gestão.

Fluxo de Dados Integrado

Os dados fluem através do sistema de forma organizada e integrada, começando na recepção quando o paciente chega à unidade.

Na recepção, o profissional capacitado realiza atendimento inicial coletando dados pessoais, contato, informações de convênio (se aplicável)

e motivo da procura, todos registrados diretamente no prontuário eletrônico.

Pacientes que apresentam sinais aparentes de gravidade (dificuldade respiratória, hemorragia, alteração do nível de consciência) são imediatamente direcionados para classificação de risco, contornando processamento administrativo prolongado.

Na sala de classificação de risco, o enfermeiro avalia o paciente, coleta sinais vitais, e utiliza o sistema de classificação automatizado que, baseado no fluxograma clínico apropriado, auxilia na determinação da prioridade.

O sistema registra automaticamente queixa principal, sinais vitais, discriminadores avaliados, classificação atribuída e horário da triagem no prontuário.

Dados sobre a classificação fluem para o sistema de fila dinâmica, que reordena prioridades de atendimento médico em tempo real.

Quando o paciente é chamado para atendimento médico, o médico acessa imediatamente o prontuário eletrônico que já contém informações coletadas na recepção e triagem, incluindo histórico clínico anterior se for paciente que já foi atendido na unidade.

O médico realiza atendimento, registra anamnese complementar, exame físico, impressão diagnóstica e prescreve medicamentos através do sistema eletrônico.

Se exames diagnósticos forem necessários, requisições são geradas no sistema e dados de laboratório/imagem retornam automaticamente ao prontuário quando disponíveis.

Todos os registros médicos são imediatamente visíveis para a enfermagem, facilitando a continuidade do cuidado.

Se exames diagnósticos forem necessários, requisições são geradas no sistema e dados de laboratório/imagem retornam automaticamente ao prontuário quando disponível.

Todos os registros médicos são imediatamente visíveis para enfermagem, facilitando continuidade do cuidado.

Dados clínicos são continuamente sincronizados com o dashboard de monitoramento, permitindo que gestores visualizem em tempo real o andamento dos atendimentos, ocupação de recursos e status de indicadores.

Ao final do atendimento, dados de alta são registrados no sistema, incluindo diagnósticos finais, condutas realizadas, prescrições de continuidade e encaminhamentos para atenção básica ou hospital, conforme indicado.

Todos estes dados históricos ficam armazenados permanentemente no prontuário, acessíveis para futuras consultas pelo paciente em qualquer outro ponto da rede de saúde municipal ou estadual.

Especificação Técnica da Infraestrutura Tecnológica

Hardware

A infraestrutura de hardware do Pronto Atendimento de Jacupiranga será baseada em tecnologia moderna, confiável e adequada ao ambiente de saúde de urgência e emergência.

Computadores de trabalho (workstations) serão instalados em pontos estratégicos da unidade: recepção, sala de classificação de risco, consultórios médicos, sala de procedimentos e posto de enfermagem.

Além dos computadores de trabalho, a unidade contará com **notebooks para mobilidade**, permitindo que enfermeiros realizem anotações de avaliação de pacientes e monitoramento de sinais vitais em tempo real em qualquer local da unidade.

Estes notebooks terão características similares aos computadores de trabalho, com bateria de alta duração (mínimo 8 horas) e possibilidade de sincronização automática de dados com servidor central.

Um **servidor de dados centralizado** será instalado na sala de informática da unidade ou em data center externo (nuvem), armazenando toda a base de dados de prontuários e informações clínicas.

O servidor deve ter redundância de disco (RAID 6), backup automático diário, capacidade de processamento adequada para suportar múltiplos usuários simultâneos e sistema de recuperação de dados em caso de falhas.

Considerando que o pronto atendimento de Jacupiranga atenderá aproximadamente 300-400 pacientes por semana (baseado em estimativas de demanda), o servidor necessitará de capacidade de armazenamento mínimo de 2TB, com escalabilidade para crescimento futuro.

Impressoras multifuncionais serão distribuídas em setores-chave, permitindo impressão de prontuários, prescrições e documentos administrativos quando necessário.

Monitores de parede serão instalados em áreas comuns (sala de espera, postos de enfermagem) para exibição de informações operacionais como

tempo de espera, próximos pacientes a serem atendidos e mensagens informativas.

Um **No-break (UPS - Uninterruptible Power Supply)** de alta capacidade será instalado para garantir continuidade operacional em caso de falha na energia elétrica, permitindo pelo menos 2-3 horas de operação autônoma para que dados sejam salvos adequadamente e usuários possam encerrar atividades.

Roteadores Wi-Fi profissionais com segurança WPA3 e cobertura completa da unidade permitirão conectividade sem fio para notebooks e dispositivos móveis.

Roteadores Wi-Fi profissionais com segurança WPA3 e cobertura completa da unidade permitirão conectividade sem fio para notebooks e dispositivos móveis.

Software

O software principal será um **Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) ou Prontuário Eletrônico Integrado**, escolhido através de processo licitatório transparente.

O sistema deverá ser desenvolvido especificamente para ambiente de saúde, com certificação junto a órgãos reguladores brasileiros.

Exemplos de sistemas reconhecidos no mercado brasileiro incluem Tasy (Philips), MedPlus, Medilog, ou soluções de código aberto como OpenMRS adaptadas para o contexto brasileiro.

O sistema escolhido deve incluir módulos de:

- **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** com registro estruturado de anamnese, exame físico, evolução clínica, prescrições e procedimentos
- **Classificação de Risco** com fluxogramas de Manchester integrados, guiando triagem enfermeiro
- **Fila Dinâmica** que organiza atendimentos por prioridade clínica
- **Gestão de Medicamentos** com farmácia clínica integrada e análise de interações medicamentosas
- **Requisição de Exames** com integração com laboratório e sistemas de imagem
- **Relatórios e Indicadores** com dashboards customizáveis para diferentes perfis de usuário
- **Segurança e Auditoria** com logs de acesso, rastreamento de modificações em registros e conformidade com LGPD

O sistema deve ser **cloud-based ou on-premises**, com possibilidade de escolha conforme realidade operacional e orçamentária de Jacupiranga.

Solução cloud oferece vantagens de atualizações automáticas, backup centralizado e menor necessidade de infraestrutura local, mas exige conectividade consistente.

Solução on-premises oferece maior controle sobre dados, mas requer investimento em servidores e profissionais de TI.

Um **Sistema de Gestão de Informação em Saúde (SGIS)** será implementado para coleta, processamento e análise de dados epidemiológicos e operacionais, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Este sistema permitirá envio automático de dados para o Siaps (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária) quando aplicável, garantindo conformidade com regulações nacionais.

Softwares de Suporte complementarão o sistema principal:

- Email corporativo com criptografia para comunicação profissional
- Suite office (LibreOffice ou similar) para elaboração de documentos
- Software de backup e recuperação de dados
- Antivírus e firewall para proteção contra ameaças cibernéticas
- Software VPN para acesso remoto seguro aos sistemas (útil para consultorias e educação a distância)
- Ferramentas de videoconferência para telemedicina e discussão de casos clínicos

Conectividade e Rede

A infraestrutura de rede será a base para comunicação entre todos os dispositivos e sistemas.

A unidade será equipada com **cabeamento estruturado de categoria 6 ou superior**, instalado em canaletas ou tubulações, distribuindo pontos de rede (RJ45) em todas as áreas estratégicas: consultórios, salas de procedimento, posto de enfermagem, recepção, arquivo e sala de informática.

Um **Switch de rede gerenciado** de alta capacidade será instalado na sala de informática, interconectando todos os pontos de rede cabeada e roteadores Wi-Fi.

O switch deverá suportar no mínimo 48 portas, com possibilidade de expansão, e incluir recursos de QoS (Quality of Service) para priorização de tráfego crítico.

Conectividade à Internet de alta velocidade será contratada junto a provedores locais, com mínimo de 100Mbps de download e 50Mbps de upload para garantir desempenho adequado.

Será contratada também **conectividade redundante** (dois provedores diferentes) para garantir que falha de um provedor não interrompa operações da unidade.

Rede Wi-Fi profissional com múltiplos access points espalhados pela unidade garantirá cobertura completa e conexão estável de notebooks e dispositivos móveis. A rede Wi-Fi utilizará encriptação WPA3 e autenticação de dois fatores para garantir segurança.

Segurança da Informação e Conformidade com LGPD

A segurança de dados de pacientes é fundamental e será implementada em múltiplas camada.

O primeiro nível é **controle de acesso**: cada usuário terá credenciais únicas (login e senha robusta) e acesso apenas às informações necessárias para sua função.

Um médico verá todas as informações clínicas do paciente, mas um recepcionista verá apenas dados de identificação.

Enfermeiros de classificação de risco terão acesso específico ao módulo de triagem.

Este controle é implementado através de **Role-Based Access Control (RBAC)**, que define permissões por perfil profissional.

O segundo nível é **encriptação de dados**: todos os dados em trânsito na rede são encriptados utilizando protocolo HTTPS/TLS.

Dados armazenados no servidor são encriptados em repouso, tornando ilegíveis mesmo se alguém obtiver acesso físico aos discos.

Senhas de usuários não são armazenadas em texto plano, mas em formato criptografado (hash) utilizando algoritmos modernos como bcrypt ou PBKDF2.

O terceiro nível é **auditoria e rastreamento**: cada acesso a informação é registrado com timestamp, usuário que acessou, dados consultados e ações realizadas.

Estes logs são imutáveis e protegidos, permitindo investigação de acessos não autorizados ou modificações indevidas de registros.

Relatórios de auditoria são gerados mensalmente e revisados pelo responsável de TI e direção da unidade.

O quarto nível é **conformidade com LGPD**: o sistema implementará as 10 práticas descritas na Lei Geral de Proteção de Dados.

Serão mantidos registros de consentimento de pacientes para coleta e uso de dados.

Direito de acesso permite que pacientes consultem dados seus armazenados.

Direito de retificação permite que dados incorretos sejam corrigidos.

Direito ao esquecimento permite que pacientes solicitem eliminação de dados quando não mais necessários (dentro de limitações legais para registros de saúde).

Termos de privacidade serão disponibilizados em local visível da unidade e digitalmente.

Direito de acesso permite que pacientes consultem dados seus armazenados.

Direito de retificação permite que dados incorretos sejam corrigidos.

Direito ao esquecimento permite que pacientes solicitem eliminação de dados quando não mais necessários (dentro de limitações legais para registros de saúde). Termos de privacidade serão disponibilizados em local visível da unidade e digitalmente.

O quinto nível é **backup e recuperação de dados**: backups automáticos serão realizados diariamente, com cópias armazenadas em local geograficamente distinto do servidor principal.

Backups serão testados regularmente para garantir que dados podem ser recuperados em caso de necessidade.

Plano de continuidade de negócios será desenvolvido, descrevendo procedimentos para retomada de operações em caso de desastre. Backups serão testados regularmente para garantir que dados podem ser recuperados em caso de necessidade.

O sexto nível é **proteção contra ameaças cibernéticas**: firewall profissional será instalado entre a rede interna e internet, filtrando tráfego malicioso. Antivírus atualizado será mantido em todos os computadores. Atualizações de segurança de sistemas operacionais e softwares serão aplicadas regularmente. Funcionários receberão treinamento em boas práticas de segurança, como não compartilhar senhas, identificar phishing e proteger computadores de acesso não autorizado.

Implementação do Protocolo de Manchester Integrado

Configuração do Sistema de Classificação

O sistema de classificação de risco será configurado especificamente com os 52 fluxogramas clínicos do Protocolo de Manchester, cada um correspondendo a uma queixa principal comum em pronto atendimento.

Exemplos de fluxogramas incluem: dor torácica, dispneia, síncope, cefaleia, abdominalgia, febre, traumas diversos, etc. Cada fluxograma contém perguntas estruturadas que guiam o enfermeiro através de um algoritmo de decisão, ao final do qual é atribuída uma das cinco classificações de cor.

A interface do sistema será intuitiva e amigável, exigindo mínimo de treinamento. Após o enfermeiro selecionar a queixa principal do paciente, o sistema apresentará o fluxograma correspondente.

O fluxograma exibirá perguntas uma por vez, com opções de resposta (sim/não ou múltipla escolha. Conforme o enfermeiro responde, o sistema avança no algoritmo, até chegar a um endpoint que determina a classificação.

A classificação é exibida visualmente com a cor correspondente (vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul) e o tempo máximo de espera associado.

Conforme o enfermeiro responde, o sistema avança no algoritmo, até chegar a um endpoint que determina a classificação. A classificação é exibida visualmente com a cor correspondente (vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul) e o tempo máximo de espera associado.

Após classificação, o sistema registra automaticamente no prontuário: queixa principal, horário da triagem, discriminadores avaliados, classificação atribuída, prognóstico esperado e observações do enfermeiro. Estes dados tornam-se imediatamente visíveis para a equipe, permitindo organização do fluxo de atendimento. Estes dados tornam-se

imediatamente visíveis para a equipe, permitindo organização do fluxo de atendimento.

Revalidação Automática de Classificações

Durante a espera pelo atendimento médico, o estado clínico do paciente pode evoluir ou piorar. O sistema alertará enfermeiros para realizar revalidação periódica, especialmente de pacientes em cores que permitem maior espera (verde e azul). Se durante revalidação detectar-se mudança para pior, a classificação será atualizada, alterando prioridades de atendimento.

O sistema pode ser configurado para gerar alertas automáticos quando pacientes atingem 80% do tempo máximo de espera permitido, orientando que reavaliação seja realizada. Se nova reavaliação resultar em piora, cor será atualizada imediatamente e paciente será promovido na fila de atendimento.

Interface do Profissional

A interface para enfermeiros será otimizada para rapidez e segurança. Tela inicial exibirá lista de pacientes aguardando classificação, ordenada por tempo de chegada. Ao selecionar um paciente, o enfermeiro acessa prontuário com informações já coletadas na recepção (identificação, contato, medicações, alergias). Botão claramente visível permitirá iniciar classificação de risco, exibindo a questão "Qual é o motivo principal da procura?" ou "Qual é a queixa principal?".

O enfermeiro seleciona ou digita a queixa, e o sistema automaticamente carrega o fluxograma apropriado.

Conforme o enfermeiro responde perguntas do fluxograma, o sistema fornece feedback visual, indicando se respostas estão levando a uma classificação de alta prioridade ou menor urgência.

Isto permite que enfermeiro mantenha atenção, reconhecendo sinais de gravidade que possam justificar atualização de classificação mesmo antes de terminar o fluxograma.

Após conclusão do fluxograma, o sistema exibe a classificação de risco com cor, significado (emergência, urgência, pouco urgente), tempo máximo de espera e observações clínicas importantes.

O enfermeiro pode revisar a classificação antes de finalizá-la, ajustando se julgar necessário fundamentado em achados clínicos não capturados pelo protocolo.

Após finalizar, classificação é registrada automaticamente no prontuário com data e hora de triagem.

Integração com Fila Dinâmica

A classificação de risco flui automaticamente para o sistema de fila dinâmica, que reordena o sequencial de atendimento médico em tempo real.

Pacientes vermelhos (emergência) são imediatamente posicionados no topo da fila para atendimento imediato.

Pacientes laranjas (muito urgente) são posicionados após vermelhos, em sequência de chegada.

Pacientes amarelos (urgentes) seguem após laranjas.

Pacientes verdes e azuis aguardam em fila separada, com atendimento conforme disponibilidade de médicos.

Quando um consultório médico fica disponível, o sistema sugere automaticamente qual paciente deve ser atendido a seguir, baseado na prioridade.

Chamadas de pacientes podem ser realizadas via display visual, som ou aplicativo de celular, garantindo que pacientes não percam sua vez.

O sistema registra quando cada paciente foi chamado, quando efetivamente foi atendido e quando saiu do consultório, permitindo cálculo acurado de tempos de espera.

Monitoramento de Indicadores em Tempo Real

Dashboard Operacional

Um dashboard intuitivo será desenvolvido, exibindo em tempo real o status operacional do pronto atendimento.

O dashboard será visível para coordenadores, gerentes e pode ter versão pública exibida na sala de espera.

Indicadores chave exibidos incluem:

Tempo de Espera para Classificação de Risco: exibe em tempo real quanto tempo em média pacientes aguardam desde saída da recepção até atendimento pela enfermagem. Meta é que 95% dos pacientes sejam classificados em no máximo 15 minutos.

Dashboard exibe verde se meta está sendo atingida, amarelo se próxima do limite, e vermelho se limite foi excedido.

Distribuição de Pacientes por Cor de Classificação: exibe visualmente quantos pacientes estão em cada classificação (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul) através de gráfico de barras ou pizza. Isto permite visão rápida da demanda atual e necessidade de recursos.

Tempo de Espera para Consulta Médica por Classificação: exibe tempo médio de espera de pacientes verdes (meta 120 minutos), azuis (meta 240 minutos) e amarelos (meta 60 minutos). Código de cor alerta se tempos estão sendo excedidos.

Ocupação de Consultórios: exibe quantos consultórios estão em uso e quantos estão disponíveis, ajudando na gestão de recursos. Se todos consultórios estão ocupados e fila crescendo, gestor pode considerar ativar protocolo de contingência.

Número de Pacientes Aguardando Atendimento: exibe total de pacientes na unidade aguardando atendimento, separado por classificação. Picos podem orientar necessidade de chamar pessoal de folga.

Tendências de Volume: exibe gráfico com volume de atendimentos ao longo do dia e comparação com dias anteriores, ajudando na previsão de demanda. Se segunda-feira mostra volume 40% maior que média, gestores podem antecipar recursos. Se segunda-feira mostra volume 40% maior que média, gestores podem antecipar recursos.

Alertas Proativos

O sistema gerará alertas automáticos para situações que requerem intervenção:

- Alerta quando paciente amarelo atinge 50 minutos de espera (10 minutos antes do máximo de 60)

- Alerta quando paciente verde atinge 100 minutos de espera (20 minutos antes do máximo de 120)
- Alerta quando paciente azul atinge 200 minutos de espera (40 minutos antes do máximo de 240)
- Alerta quando tempo de espera para classificação de risco excede 15 minutos
- Alerta quando todos consultórios estão ocupados e fila ultrapassar 10 pacientes
- Alerta quando sistema identificar possível classificação incorreta (por exemplo, paciente com sinais vitais críticos mas classificado como verde)

Estes alertas são exibidos de forma não intrusiva (notificações na tela do sistema), mas garantem que gestores e coordenadores estejam cientes de situações que demandam ação.

Geração de Relatórios e Indicadores de Qualidade

Relatórios Periódicos

O sistema será configurado para gerar relatórios automaticamente em frequências definidas (diários, semanais, mensais)[9][21]. Relatórios estarão disponíveis em formato digital (PDF, Excel) para download por gestores e coordenadores.

Relatório Diário de Operações será gerado automaticamente ao final de cada dia, contendo:

- Volume total de pacientes atendidos no dia
- Distribuição de pacientes por classificação de risco
- Tempo médio de espera para classificação de risco
- Tempo médio de espera para consulta médica por cor de classificação

- Taxa de cumprimento das metas de tempo de espera (percentual de pacientes atendidos dentro do prazo máximo)
- Horários de maior fluxo de pacientes
- Incidentes ou eventos críticos ocorridos no dia

Relatório Semanal de Qualidade será gerado ao final de cada semana, contendo:

- Número total de pacientes atendidos na semana
- Indicador de taxa de retorno não programado em 72 horas (pacientes que voltaram por mesmo motivo)
- Indicador de concordância de classificação (percentual de classificações ratificadas pelo médico)
- Indicador de satisfação do usuário (NPS - Net Promoter Score) baseado em pesquisas breves
- Conformidade com metas de tempo de espera
- Desempenho de cada profissional de enfermagem em acurácia de classificação
- Desvios de protocolo ou eventos adversos reportados

Relatório Mensal de Gestão será gerado ao final de cada mês, contendo:

- Resumo executivo de indicadores chave
- Análise de tendências comparadas ao mês anterior
- Proporção de pacientes encaminhados para atenção básica (classificação azul)
- Proporção de pacientes encaminhados para hospital de referência
- Análise de capacidade versus demanda
- Recomendações para otimização de fluxos
- Dados para envio ao Ministério da Saúde conforme normativas

Indicadores de Qualidade Monitorados

O sistema rastreará diversos indicadores que refletem qualidade e eficiência:

Indicador de Tempo de Espera para Classificação de Risco: tempo médio entre saída da recepção e início da triagem. Meta: máximo 15 minutos para 95% dos pacientes.

Indicador de Tempo de Espera para Consulta Médica - Classificação Verde: tempo médio entre final da triagem e início da consulta médica para pacientes verdes. Meta: máximo 120 minutos para 100% dos pacientes conforme PNH.

Indicador de Tempo de Espera para Consulta Médica - Classificação Azul: tempo médio entre final da triagem e início da consulta médica para pacientes azuis. Meta: máximo 240 minutos para 100% dos pacientes conforme PNH.

Indicador de Tempo de Espera para Consulta Médica - Classificação Amarela: tempo médio entre final da triagem e início da consulta médica para pacientes amarelos. Meta: máximo 60 minutos para 100% dos pacientes.

Indicador de Taxa de Concordância de Classificação: percentual de classificações realizadas pela enfermagem que foram ratificadas (concordância) pela avaliação médica posterior. Uma discordância indica possível erro na triagem. Meta: acima de 85% de concordância.

Indicador de Taxa de Retorno Não Programado em 72 Horas: percentual de pacientes que retornam à unidade em 72 horas por mesmo motivo, sugerindo possível inadequação na avaliação ou tratamento inicial

ndicador de Net Promoter Score (NPS): medida de satisfação do usuário que pergunta "Qual é a probabilidade de você recomendar este serviço de pronto atendimento a um amigo?" Respostas 9-10 (promotores), 7-8 (passivos), 0-6 (detratores). NPS = % promotores - % detratores. Meta: NPS acima de 60.

Indicador de Proporção de Pacientes Azuis Encaminhados para Atenção Básica: percentual de pacientes classificados como azul que foram efetivamente encaminhados para atenção primária conforme protocolo. Pacientes azuis representam demanda que poderia ser resolvida em nível básico. Meta: pelo menos 80% dos pacientes azuis receberem encaminhamento documentado.

Indicador de Taxa de Utilização de Consultórios: percentual de tempo que consultórios estão ocupados versus disponível. Valores muito baixos (menores de 50%) sugerem excesso de capacidade ou falha no fluxo. Valores muito altos (acima de 90%) sugerem insuficiência de consultórios.
Capacitação Profissional e Suporte Técnico

Programa de Treinamento Inicial

Antes da implementação completa do sistema, toda equipe do pronto atendimento receberá treinamento estruturado.

O treinamento será realizado em múltiplas etapas: primeiro, apresentação conceitual do sistema a toda equipe, explicando objetivos, funcionalidades e benefícios esperados.

Segundo, treinamento específico por função profissional: enfermeiros receberão training aprofundado sobre classificação de risco, uso do fluxograma de Manchester e navegação no módulo de triagem.

Médicos receberão training sobre acesso ao prontuário, consulta de histórico clínico, prescrição eletrônica e documentação de evolução.

Recepcionistas receberão training sobre coleta de dados administrativos e direcionamento de pacientes.

Pessoal administrativo receberá training sobre extração de relatórios e suporte a outros usuários.

Terceiro, treinamento com casos clínicos reais, onde profissionais praticam usando o sistema com dados de pacientes (anonimizados) e cenários clínicos reais, desenvolvendo proficiência.

Quarto, certificação onde profissionais demonstram competência no uso do sistema através de avaliação prática antes de serem liberados para trabalhar com dados reais.

Todo treinamento será documentado, com registro de qual profissional completou cada módulo e data de conclusão. Profissionais que não completarem treinamento não serão liberados para usar o sistema em ambiente produção.

Educação Permanente

Além do treinamento inicial, programa de educação permanente será mantido, com atualização de competências, novos features do sistema e evoluções de protocolos clínicos.

Reuniões mensais de revisão de protocolo serão realizadas, onde casos clinicamente interessantes são discutidos, erros de classificação são analisados para aprendizado, e atualizações do Protocolo de Manchester são comunicadas.

Cursos online autodirigidos sobre temas específicos (por exemplo, classificação de risco pediátrico, trauma, emergências psiquiátricas) serão oferecidos regularmente. Profissionais que se afastam temporariamente (férias, licenças) deverão realizar reciclagem antes de retornar ao trabalho, garantindo que conhecimentos não se deteriorem.

Acesso a webinars e conferências virtuais sobre temas de urgência e emergência será incentivado. Verbas para educação profissional serão alocadas no orçamento, reconhecendo que qualificação contínua é essencial para qualidade assistencial.

Suporte Técnico Contínuo

Um profissional de TI será designado como responsável pelo suporte técnico do sistema. Este profissional será capacitado pelo fabricante do software em instalação, manutenção, troubleshooting e atualizações. Um telefone ou email de suporte será disponibilizado para toda equipe reportar problemas técnicos. Problemas críticos (sistema fora do ar) serão atendidos em até 1 hora; problemas não críticos em até 24 horas.

Um contrato de suporte técnico com o fornecedor do software será mantido, garantindo acesso a especialistas do fabricante para problemas complexos. O fornecedor deve oferecer SLA (Service Level Agreement) garantindo disponibilidade mínima de 99,5% do sistema. Atualizações de segurança do software serão aplicadas conforme disponibilizadas pelo fabricante, geralmente em cronograma regular.

Cronograma de Implementação

Fase 1: Preparação (Mês 1-2)

A primeira fase envolve seleção de software apropriado através de processo licitatório, assinatura de contrato com fornecedor e aquisição de hardware necessário. Durante esta fase, sala de informática será preparada, servidores serão instalados, cabeamento estruturado será realizado e conectividade será contratada. Documentação técnica será preparada, incluindo diagramas de rede, especificações de hardware e políticas de segurança. Papéis e responsabilidades de cada membro da equipe de implementação serão definidos.

Fase 2: Instalação e Configuração (Mês 2-3)

Software será instalado no servidor, testes de funcionalidade serão realizados e customizações específicas de Jacupiranga serão implementadas. Os 52 fluxogramas do Protocolo de Manchester serão configurados no sistema. Formulários de coleta de dados específicos de Jacupiranga serão customizados. Integrações com sistemas externos (laboratório, imagem) serão testadas. Backups e planos de recuperação de dados serão testados. Segurança será auditada por especialistas externos.

Fase 3: Treinamento (Mês 3)

Treinamento conceitual será realizado com toda equipe. Treinamento específico por função será realizado. Treinamento com casos clínicos será realizado. Certificação de profissionais será realizada. Suporte de helpdesk será ativado.

Fase 4: Piloto (Mês 4)

Um período piloto de 4 semanas será realizado com sistema operando em ambiente paralelo ao sistema manual. Dados serão coletados em ambos sistemas, permitindo comparação de resultados e identificação de problemas antes de implementação completa. Feedback de usuários será coletado sistematicamente. Ajustes serão realizados conforme necessário. Indicadores de qualidade baseline serão estabelecidos durante esta fase.

Fase 5: Implementação Completa (Mês 5 em diante)

Sistema será ativado completamente, substituindo processos manuais. Suporte intensivo será mantido durante primeira semana. Monitoramento contínuo de indicadores será realizado. Relatórios diários de problemas e

resolução serão documentados. Otimizações de fluxos serão implementadas conforme aprendizados da operação.

c) Atendimento no eixo verde

Este documento apresenta a proposta de organização e estruturação do fluxo assistencial específico para pacientes classificados na categoria verde no Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme o Protocolo de Manchester.

Pacientes verdes representam situações clínicas pouco urgentes, sem risco imediato de vida, que podem aguardar atendimento dentro do prazo máximo de 120 minutos estabelecido pelo Plano Nacional de Humanização. O fluxo proposto garante atendimento seguro, humanizado e eficiente, otimizando o uso de recursos da unidade e melhorando a experiência do usuário enquanto mantém qualidade assistencial.

Definição e Caracterização do Eixo Verde

A classificação verde no Protocolo de Manchester refere-se a pacientes com situações clínicas agudas leves, sem sinais de gravidade ou risco iminente à vida.

Exemplos de condições classificadas como verde incluem aftas, pequenos traumas sem complicações aparentes, cefaleia leve, constipação intestinal, dor muscular leve, infecção urinária sem febre alta, conjuntivite alérgica, dermatites simples, pequenos abcessos superficiais e outras condições similares.

Estes pacientes apresentam estabilidade clínica, sinais vitais normais ou próximos do normal, e necessitam de avaliação médica e conduta para resolução ou encaminhamento, mas sem urgência de atendimento imediato.

O tempo máximo de espera para consulta médica em pacientes verdes é de 120 minutos, conforme preconizado pelo Plano Nacional de Humanização.

Este prazo permite que a unidade organize seu fluxo de atendimento priorizando casos mais graves, mantendo simultaneamente um compromisso com o atendimento oportuno de casos leves.

A meta institucional é que 100% dos pacientes classificados como verde sejam atendidos dentro deste prazo máximo de 120 minutos.

Fluxo de Atendimento do Paciente Verde

Etapa 1: Recepção e Coleta de Dados Iniciais

Quando o paciente chega ao Pronto Atendimento com queixa leve, o profissional de recepção realiza atendimento inicial acolhedor.

O recepcionista apresenta-se de forma cordial, pergunta o motivo da procura pelo serviço e realiza coleta de informações administrativas básicas.

Os dados coletados incluem identificação completa (nome, data de nascimento, número de documento), telefone de contato, endereço de residência, presença de convênio de saúde, informações de seguro saúde ou programa de assistência médica, alergias conhecidas e medicações em uso regular.

Todas as informações são registradas diretamente no sistema informatizado, eliminando necessidade de transcrição posterior que poderia gerar erros.

O tempo de atendimento na recepção deve ser otimizado para não exceder cinco minutos, permitindo fluxo contínuo de pacientes.

O recepcionista deve estar atento para reconhecer se algum sinal de gravidade não foi aparente na chegada, orientando imediatamente encaminhamento para classificação de risco prioritária em caso de dúvida.

O recepcionista fornece orientação clara e acessível ao paciente sobre o próximo passo do atendimento, explicando que será encaminhado para sala de classificação de risco onde um enfermeiro avaliará sua condição e determinará a prioridade de atendimento.

O paciente é orientado que o tempo de espera dependerá da gravidade de sua condição de saúde, não da ordem de chegada, alinhando-se aos princípios de equidade do Sistema Único de Saúde. Esta explicação prévia reduz reclamações relacionadas a tempos de espera.

Etapa 2: Classificação de Risco pela Enfermagem

Após atendimento na recepção, o paciente é direcionado à sala de classificação de risco onde será recebido por enfermeiro capacitado no Protocolo de Manchester.

O enfermeiro realiza acolhimento com escuta qualificada, compreendendo não apenas a queixa principal do paciente, mas também suas preocupações, contexto familiar e fatores que motivaram a procura pelo serviço naquele momento.

Durante a triagem, o enfermeiro coleta sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e, quando indicado, saturação de oxigênio) e realiza avaliação clínica focada na queixa principal.

O enfermeiro avalia sistematicamente os discriminadores clínicos preconizados pelo Protocolo de Manchester, determinando se algum sinal de gravidade está presente que justificaria elevação da classificação para amarelo, laranja ou vermelho.

Após avaliação clínica, o enfermeiro acessa o sistema informatizado e seleciona o fluxograma de Manchester correspondente à queixa principal do paciente.

O sistema apresenta questões estruturadas que guiam o enfermeiro através de algoritmo de decisão específico. O enfermeiro responde cada questão baseado em sua avaliação clínica, e o sistema avança até determinar a classificação apropriada.

Se a avaliação sistemática confirma que o paciente enquadra-se em situação sem sinais de alarme, estável clinicamente e com risco mínimo, a classificação verde é mantida.

O sistema registra automaticamente no prontuário eletrônico: queixa principal relatada, horário da triagem, sinais vitais coletados, discriminadores avaliados, classificação de risco atribuída (verde), tempo máximo de espera permitido (120 minutos), prognóstico esperado e observações relevantes do enfermeiro.

Etapa 3: Permanência na Sala de Espera do Eixo Verde

Após classificação, o paciente verde é direcionado para a sala de espera especificamente designada para pacientes verdes e azuis. Esta sala deve ser confortável, com assentos suficientes, climatização adequada, sinalização clara e acesso a bebedouro de água potável. A sala deve estar limpa e organizada, transmitindo sensação de segurança e ordem ao paciente.

Painéis informativos são exibidos na sala, indicando o tempo médio de espera estimado, orientações sobre comportamentos na sala de espera, normas de convivência, e informações gerais sobre o pronto atendimento. Um painel visual também exibe o próximo paciente a ser chamado para atendimento, permitindo que pacientes acompanhem o fluxo.

Durante a permanência na sala de espera, o sistema informatizado monitora continuamente o tempo decorrido desde a triagem.

Quando pacientes verdes se aproximam de 100 minutos de espera (80% do limite de 120 minutos), enfermeiros recebem alerta automático no sistema, orientando que realizem reavaliação clínica do paciente. Se durante reavaliação não se identificar mudança no quadro clínico, o paciente mantém-se na fila aguardando. Se identificar-se piora clínica, classificação é atualizada para amarelo imediatamente, alterando prioridade de atendimento.

Caso o sistema identifique que paciente verde ainda está aguardando quando atinge 120 minutos, alerta vermelho é gerado para gerenciador/coordenador, sinalizando que meta de tempo máximo de espera foi excedida e que ação imediata é necessária para atendimento do paciente.

Etapa 4: Chamada para Atendimento Médico

Quando consultório fica disponível e não há pacientes de maior prioridade aguardando (vermelhos, laranjas ou amarelos), o sistema de fila dinâmica seleciona o próximo paciente verde a ser atendido, priorizando aquele com maior tempo de espera.

O chamado do paciente é realizado através de display visual que exibe o número do consultório, som disccreto que notifica sobre chamado, e/ou via

aplicativo de celular se paciente tiver acesso à tecnologia. Este sistema múltiplo garante que paciente não perca sua vez.

O profissional recepcionista ou auxiliar acompanha o paciente desde a sala de espera até o consultório, assegurando seu conforto e tranquilidade durante o percurso.

Na entrada do consultório, o médico (ou enfermeiro com atribuições expandidas em casos de protocolo Fast-Track) realiza acolhimento personalizado, apresenta-se pelo nome, e inicia atendimento de forma humanizada.

Etapa 5: Atendimento Médico do Paciente Verde

O médico inicia o atendimento consultando o prontuário eletrônico que já contém informações coletadas na recepção e triagem, incluindo histórico clínico anterior se paciente já foi atendido na unidade.

Este acesso imediato a informações prévias evita repetição desnecessária de perguntas e permite atendimento mais focado.

O médico realiza escuta qualificada da queixa, compreendendo não apenas sintomas relatados mas também expectativas do paciente e contexto em que a situação de saúde ocorre.

Realiza anamnese complementar se necessário, explorando aspectos da história clínica não capturados durante triagem. Exame físico é realizado de forma cuidadosa e respeitosa, explicando ao paciente cada procedimento.

Durante avaliação, médico analisa se a classificação verde foi apropriada ou se há algum sinal de gravidade não detectado anteriormente que justificaria reavaliação.

Frequentemente em situações de baixa complexidade, a avaliação médica serve principalmente para confirmar diagnóstico clínico, descartar condições mais graves que possam mimetizar apresentação leve, e estabelecer conduta apropriada.

Diagnóstico clínico é estabelecido baseado em sinais clínicos, sintomas relatados e, quando necessário, resultados de exames realizados. Para muitos pacientes verdes, diagnóstico é clínico e exames complementares não são necessários.

Quando exames são indicados (por exemplo, teste rápido de urina para infecção urinária, cultura bacteriana em casos de infecção), requisições são geradas no sistema e enviadas para laboratório.

Etapa 6: Prescrição e Orientações

Após estabelecimento de diagnóstico, o médico prescreve medicamentos quando apropriado.

A prescrição é realizada eletronicamente no sistema, permitindo validação farmacêutica automática que verifica interações medicamentosas, contraindicações baseadas em história clínica do paciente, alergias conhecidas, e adequação de doses. Este sistema de validação automática reduz significativamente risco de erros de medicação.

O médico fornece ao paciente orientações claras e acessíveis sobre sua condição de saúde, explicando de forma compreensível qual é o diagnóstico, qual é o prognóstico esperado, quais são os sinais de alarme que justificariam retorno imediato ao pronto atendimento, como deve utilizar medicamentos prescritos (doses, frequência, horários), possíveis efeitos colaterais a observar, e recomendações de autocuidado (repouso, alimentação, hidratação, etc).

Para pacientes com situações que poderiam ser resolvidas em nível de atenção básica, o médico prescreve encaminhamento para Unidade Básica de Saúde de referência do paciente, com documentação clara das condutas realizadas, diagnóstico estabelecido, medicamentos prescritos e recomendações para acompanhamento.

Este encaminhamento é fundamental para garantir continuidade de cuidado e evitar que paciente utilize indevidamente recursos de urgência para situações de baixa complexidade.

Orientações escritas são fornecidas ao paciente (ou acompanhante se paciente não conseguir ler), resumindo recomendações principais e facilitando que informações verbalizadas sejam relembradas em casa. Comunicação clara sobre expectativas de evolução clínica, tempo esperado para melhora, e circunstâncias que justificariam procurar novamente o serviço são particularmente importantes para satisfação do paciente.

Etapa 7: Alta Hospitalar e Encaminhamentos

Após conclusão da avaliação, prescrição e orientações, o paciente recebe alta do pronto atendimento.

O médico registra no prontuário eletrônico: diagnóstico final, conduta realizada, medicamentos prescritos, recomendações para autocuidado, encaminhamentos (se houver), data e hora da alta, e observações relevantes.

Se paciente verde for encaminhado para atenção básica, documento de referência é preparado contendo informações essenciais para continuidade de cuidado. Cópia de prescrição é fornecida ao paciente para que possa iniciar medicamentos imediatamente em casa ou comparando preço em

farmácias diferentes. Paciente recebe orientação clara sobre quando agendar consulta na unidade básica de saúde para acompanhamento.

Processo de alta deve ser realizado de forma respeitosa e com escuta final aberta a dúvidas. Recepcionista (ou assistente administrativo) acompanha paciente até saída da unidade, despedindo-se de forma cordial e reforçando que pronto atendimento está disponível caso paciente necessite retornar por agravamento da situação.

Protocolo de Reavaliação Durante Espera

Um aspecto crítico do fluxo de pacientes verdes é que seu estado clínico pode evoluir durante permanência na sala de espera. Enfermeiros devem estar atentos e realizar reavaliações periódicas, particularmente quando pacientes se aproximam de 80% do tempo máximo de espera permitido.

Durante reavaliação, enfermeiro coleta sinais vitais novamente e questiona paciente sobre qualquer piora de sintomas ou surgimento de novos sintomas. Se durante reavaliação identificar-se qualquer sinal de deterioração clínica (aumento de dor, dificuldade respiratória emergente, queda de pressão arterial, aumento significativo de frequência cardíaca, confusão mental, perda de consciência parcial), classificação verde deve ser imediatamente atualizada para cor apropriada à nova gravidade.

Mudanças de classificação são registradas no sistema com data, hora e justificativa clínica. O paciente é imediatamente reposicionado na fila de atendimento de acordo com sua nova prioridade. Notificação visual e sonora alerta a equipe sobre mudança de classificação, garantindo que paciente não seja esquecido na sala de espera durante reorganização do fluxo.

Indicadores de Desempenho para Eixo Verde

O desempenho do fluxo assistencial de pacientes verdes será monitorado através de indicadores específicos. O primeiro indicador é o tempo médio de espera para consulta médica em pacientes verdes, com meta de que 100% dos pacientes sejam atendidos em no máximo 120 minutos. Tempos excessivos indicam necessidade de revisão do fluxo, reorganização de recursos ou ajuste de alocação de pessoal.

A taxa de concordância de classificação mede percentual de pacientes verdes inicialmente classificados que mantêm essa classificação após avaliação médica. Discordância frequente (mais de 15% de casos) sugere possível erro sistemático na triagem de enfermagem, necessitando revisão de protocolo ou retrainamento.

A taxa de retorno não programado em 72 horas para pacientes verdes mede percentual que retorna à unidade em 72 horas por mesmo motivo. Elevação desta taxa acima de 5% pode indicar problemas na qualidade do atendimento inicial, prescrições inadequadas, ou encaminhamentos mal direcionados.

A satisfação do usuário para pacientes verdes é medida através de questionários simples ou pesquisa de NPS (Net Promoter Score). Muitos pacientes verdes têm expectativa de atendimento rápido, e manutenção de alta satisfação enquanto cumpre metas de qualidade é importante indicador de sucesso do programa.

Papel do Fast-Track no Eixo Verde

O protocolo Fast-Track pode ser implementado para agilizar ainda mais o atendimento de pacientes verdes, especialmente aqueles com condições muito simples. Fast-Track é fluxo separado onde pacientes leves são avaliados e atendidos de forma extremamente ágil, frequentemente retornando para casa em menos de 30 minutos.

Não todos os pacientes verdes necessitam de consulta com médico em Fast-Track. Muitos podem ser avaliados e ter condutas definidas por enfermeiros treinados em protocolos expandidos de atendimento, sob supervisão médica.

Por exemplo, orientação e prescrição para afta, pequeno abscesso superficial, ou constipação simples podem ser realizadas por enfermeiro qualificado após validação breve por médico. Este modelo libera médicos para casos mais complexos e reduz tempos de espera para pacientes verdes.

Para implementação de Fast-Track, critérios claros devem ser estabelecidos sobre quais condições verdes são apropriadas para este fluxo. Médico de plantão revisa periodicamente condutas de enfermeiro, garantindo que decisões clínicas sejam apropriadas. Sistema informatizado permite fácil escalação para consulta médica completa caso enfermeiro identifique qualquer complexidade adicional durante avaliação.

Estrutura Física Ideal para Atendimento Verde

A unidade deve possuir sala de espera separada e confortável para pacientes verdes e azuis, diferenciada da sala de espera para pacientes vermelhos, laranjas e amarelos.

Esta separação reduz ansiedade em pacientes leves ao não expô-los frequentemente a pacientes graves, e também otimiza fluxo ao separar espacialmente populações com necessidades diferentes.

A sala de espera verde deve possuir assentos confortáveis e adequados, climatização mantida em temperatura confortável, iluminação adequada, sinalização clara, acesso a bebedouro de água potável, e possibilidade de acompanhante estar próximo ao paciente.

Privada e lixeira devem estar disponíveis. Alguns pacientes verdes podem necessitar permanecer em observação breve (por exemplo, paciente com conjuntivite para confirmar que visão não está comprometida após aplicação de colírio), e pequena área com maca ou cadeira confortável pode ser útil.

Consultórios dedicados ao atendimento de pacientes verdes (ou Fast-Track quando aplicável) devem ser equipados de forma similar a consultórios para pacientes com outras classificações, mas potencialmente organizados para rapidez de atendimento.

Materiais de curativo para pequenos traumas, instrumentos para avaliação de aftas ou dermatites, e medicamentos comumente prescritos para condições verdes devem estar organizados e rapidamente acessíveis.

Capacitação de Recursos Humanos para Eixo Verde

Todos os profissionais envolvidos no atendimento de pacientes verdes devem ser capacitados especificamente sobre características desta população e fluxo apropriado.

Recepcionistas devem reconhecer quando queixa é leve e direcionar paciente de forma apropriada, compreendendo que pacientes verdes não necessitam de atendimento imediato mas merecem atenção respeitosa.

Enfermeiros de triagem devem ser muito bem treinados no Protocolo de Manchester para classificação apropriada de pacientes verdes, compreendendo discriminadores que separam pacientes verdes de amarelos, e reconhecendo quando sinal leve atual pode evoluir para gravidade se não for atendido em tempo apropriado.

Médicos devem ser familiarizados com abordagem ágil e eficiente para pacientes verdes, reconhecendo que muitos destes casos são resolutivos

rapidamente e que comunicação clara com paciente pode reduzir ansiedade.

Treinamento em como encaminhar apropriadamente pacientes para atenção básica, com documentação que facilite continuidade de cuidado, é importante.

Se protocolo Fast-Track for implementado, enfermeiros designados para este fluxo devem receber treinamento especializado em protocolos expandidos de atendimento, incluindo quando solicitar avaliação médica adicional, como prescrever medicações, como fornecer orientações de autocuidado, e como documentar apropriadamente.

Considerações Finais sobre Eixo Verde

O fluxo de atendimento para pacientes classificados como verdes representa oportunidade importante para demonstrar eficiência e qualidade do Pronto Atendimento de Jacupiranga. Embora pacientes verdes possam aguardar mais tempo comparados com pacientes graves, sua experiência é crítica para percepção geral de qualidade do serviço.

Cumprimento da meta de 120 minutos de espera máximo para todos os pacientes verdes, combinado com atendimento humanizado e de qualidade, prescrições apropriadas, e encaminhamentos bem direcionados, cria satisfação do paciente e reduz demanda futura por atendimentos desnecessários de urgência.

O monitoramento contínuo de indicadores de desempenho para eixo verde permite identificação precoce de problemas de fluxo e implementação de correções. Capacitação apropriada de equipe garante que pacientes verdes recebam atendimento seguro e eficiente, alinhado com protocolos clínicos reconhecidos e com foco na humanização do cuidado.

d) Atendimento no eixo vermelho

Noutro ponto, traremos a proposta de organização e estruturação do fluxo assistencial específico para pacientes classificados na categoria vermelho no Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme o Protocolo de Manchester.

Pacientes vermelhos representam situações clínicas de risco iminente de morte, instabilidade clínica grave e deterioração do estado geral, que requerem atendimento imediato, sem qualquer tempo de espera.

O fluxo proposto garante atendimento emergencial de alta qualidade, mobilização rápida de recursos, priorização absoluta e intervenção imediata para salvar vidas.

Este é o eixo mais crítico da unidade, exigindo máxima eficiência operacional e execução de protocolo de emergência.

Definição e Caracterização do Eixo Vermelho

A classificação vermelha no Protocolo de Manchester refere-se a pacientes com situações clínicas que representam risco iminente de morte ou risco de perda funcional grave irreversível.

Exemplos de condições classificadas como vermelhas incluem parada cardiorrespiratória, choque (hipovolêmico, cardiogênico, séptico ou anafilático), dificuldade respiratória grave, hemorragia massiva, alteração crítica do nível de consciência, trauma grave, acidente vascular cerebral em janela terapêutica, infarto agudo do miocárdio com complicações, convulsões contínuas, ou qualquer outra condição que apresente deterioração iminente da função vital.

Pacientes vermelhos apresentam sinais clínicos que deixam claro o caráter emergencial: respiração gravemente comprometida ou ausente, pulso ausente ou filiforme, pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg, perda de consciência ou responsividade alterada, hemorragia ativa incontrolável, ou qualquer outro sinal que indique falência iminente de órgão vital.

O tempo máximo de espera para pacientes vermelhos é zero - atendimento imediato é obrigatório.

Princípios Orientadores do Fluxo Vermelho

Os princípios que orientam o atendimento ao paciente vermelho no Pronto Atendimento de Jacupiranga são baseados em protocolos de emergência reconhecidos internacionalmente e regulamentações do Ministério da Saúde.

O princípio da primazia da vida estabelece que toda ação institucional tem como objetivo imediato preservar a vida do paciente, não importando outras considerações administrativas ou logísticas.

Atendimento imediato é obrigatório - não há filas ou esperas para pacientes vermelhos.

O princípio de mobilização de recursos estabelece que assim que paciente vermelho é identificado, todas as áreas da unidade são notificadas e recursos são mobilizados simultaneamente para apoio. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas e pessoal administrativo todos convergem para o caso.

O princípio de padronização de protocolos estabelece que abordagem ao paciente vermelho segue protocolos clínicos específicos e reconhecidos, evitando improvisos e garantindo qualidade técnica.

O princípio de comunicação clara e rápida estabelece que ordens são verbalizadas, confirmadas e executadas rapidamente, sem ambiguidades.

O princípio de documentação paralela estabelece que mesmo durante execução de manobras emergenciais, informações são registradas no prontuário para garantir rastreabilidade.

Fluxo de Atendimento do Paciente Vermelho

Etapa 1: Reconhecimento e Acionamento de Emergência

O reconhecimento de paciente vermelho pode ocorrer em diferentes pontos da unidade: alguns pacientes chegam já apresentando sinais graves à porta de entrada, exigindo que recepcionista identifique imediatamente e acione protocolo vermelho; outros desenvolvem sinais de gravidade durante permanência na sala de espera, exigindo que enfermeiro ou profissional presente reconheça mudança e acione protocolo; alguns chegam pela ambulância do SAMU já sabidamente críticos.

Independente do ponto de reconhecimento, o protocolo de acionamento de emergência é imediato e padronizado.

O profissional que identifica paciente vermelho vocaliza claramente "PACIENTE VERMELHO" ou "CÓDIGO VERMELHO", acionando imediatamente profissional médico de maior experiência disponível. Telefone ou intercomunicador é utilizado para notificar simultaneamente: equipe médica de urgência, enfermeiros de triagem, técnicos de enfermagem, equipe de reanimação (se disponível), segurança, farmácia e equipe administrativa de gestão de leitos.

Se paciente está na recepção, é imediatamente direcionado para sala de emergência/reanimação, contornando qualquer processo administrativo ou triagem formal.

Se paciente está na sala de espera, é imediatamente coletado e levado para sala de emergência.

Se paciente está chegando pela ambulância, acionamento ocorre quando ambulância é vista chegando ou via rádio do SAMU comunicando paciente crítico.

Etapa 2: Transporte Rápido e Seguro para Sala de Emergência

O paciente vermelho é transportado o mais rapidamente possível para sala de emergência/reanimação, utilizando os recursos mais seguros e eficientes disponíveis.

Se paciente está caminhando (situação rara em vermelhos), é acompanhado/apoiado por profissional de saúde. Se paciente está deitado, maca é utilizada. Se paciente é transportado por ambulância, ambulância é direcionada diretamente para entrada de emergência.

Durante transporte, profissional acompanha paciente observando continuamente se houver sinais de piora. Se parada cardiorrespiratória ocorrer durante transporte, ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é iniciada imediatamente no local, mesmo que ainda em corredor da unidade. Prioridade é chegar rapidamente à sala de emergência, mas se paciente colapsa, RCP é iniciada onde estiver.

Etapa 3: Chegada à Sala de Emergência e Triagem Ultrarrápida

Quando paciente vermelho chega à sala de emergência, triagem ultrarrápida ocorre. O médico emergencista imediatamente avalia se paciente apresenta parada cardiorrespiratória (pulso ausente, respiração ausente, perda de consciência).

Se parada cardiorrespiratória está presente, RCP é iniciada imediatamente com ciclos de compressão torácica e ventilação conforme protocolos de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS).

Se paciente não está em parada mas apresenta instabilidade grave (choque, hemorragia, dificuldade respiratória), avaliação primária ultrarrápida é realizada utilizando metodologia ABCDE: Airway (via aérea), Breathing (respiração), Circulation (circulação), Disability (incapacidade/neurológico), Exposure (exposição). Esta avaliação primária é completada em menos de um minuto, focando em identificar e corrigir problemas que ameaçam vida.

Etapa 4: Estabilização Imediata das Funções Vitais

Assim que problemas ameaçadores de vida são identificados, intervenções imediatas são realizadas. Se via aérea está comprometida (paciente não consegue manter via aérea aberta, não consegue falar, há som estranho ao respirar), via aérea é aberta manualmente (posicionamento de cabeça-queixo para trás), cânula orofaríngea ou nasofaríngea é colocada, ou intubação orotraqueal é realizada para garantir proteção de via aérea.

Se respiração está inadequada (hipoxemia, hipoventilação), oxigênio suplementar é administrado imediatamente (máscara não reinalante, ventilação com bolsa-máscara-valva ou ventilador mecânico).

Se circulação está comprometida (pulso fraco ou ausente, pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg), canalização de acesso venoso de grosso calibre é realizado imediatamente, infusão de cristaloide é iniciada rapidamente, vasopressores são preparados, e se houver hemorragia ativa, compressão direta com gazes é realizada.

Etapa 5: Acesso Venoso e Obtenção de Sangue

Simultaneamente com estabilização das funções vitais, acesso venoso é obtido. Enfermeiro experiente realiza punção intravenosa com agulha de grosso calibre (preferencialmente 18G ou 20G). Se via periférica não pode ser obtida rapidamente (paciente em choque com vasos colapsados), acesso intraósseo é considerado (particularmente em crianças, mas pode ser utilizado em adultos se necessário).

Logo após obtenção de acesso venoso, sangue é coletado para exames de emergência: hemograma completo, coagulação, bioquímica básica (eletrólitos, creatinina, glicose), tipagem e prova cruzada (se provável necessidade de transfusão), lactato (indicador de perfusão tecidual), gasometria arterial (se disponível), e outros conforme indicação clínica. Coleta de sangue não retarda infusão de fluidos - canalização e infusão ocorrem praticamente simultaneamente.

Etapa 6: Monitorização Contínua e Exames Complementares

O paciente vermelho é colocado sob monitorização contínua assim que chega à sala de emergência. Monitor cardíaco multiparâmetros é conectado, exibindo frequência cardíaca, ritmo, pressão arterial, saturação de oxigênio, frequência respiratória e, quando disponível, capnografia e temperatura. Estes parâmetros são visualizados continuamente e alarmes são configurados para alertar equipe sobre mudanças críticas.

Exames complementares urgentes são solicitados conforme apresentação clínica: radiografia de tórax portátil (pode ser realizada na sala de emergência sem necessidade de movimentar paciente), eletrocardiograma de 12 derivações (se suspeita de patologia cardíaca), ecografia à beira do leito (para avaliar derrame pericárdico, avaliação rápida de trauma, avaliação de trombose venosa), tomografia computadorizada (se paciente pode ser movimentado com segurança, particularmente em trauma e AVC), ou outros conforme necessário.

Etapa 7: Administração de Medicações de Emergência

Medicações de emergência são administradas conforme protocolo específico do caso clínico. Se parada cardiorrespiratória, adrenalina é administrada em intervalos regulares conforme protocolo ACLS. Se choque anafilático, epinefrina é administrada imediatamente.

Se choque séptico, antibióticos de largo espectro são iniciados após coleta de culturas. Se infarto agudo do miocárdio, antiagregantes plaquetários e anticoagulantes são considerados. Se convulsão persistente, anticonvulsivantes são administrados.

Medicações são preparadas por farmacêutico ou técnico de farmácia, que é chamado imediatamente.

Doses são confirmadas por médico responsável. Rotas de administração são específicas: intravenosa rápida para a maioria das medicações de emergência, intraóssea se via venosa não disponível, intramuscular para epinefrina em anafilaxia se via IV não disponível. Toda administração de medicação é documentada imediatamente no prontuário.

Etapa 8: Consideração de Procedimentos Avançados

Dependendo do tipo de emergência, procedimentos avançados podem ser necessários e realizados na sala de emergência. Se hemorragia abdominal é suspeita, laparotomia exploradora pode ser necessária (enviando paciente para centro cirúrgico).

Se pneumotórax hipertensivo está presente, agulha toracostomia pode ser realizada emergencialmente. Se tamponamento cardíaco é suspeito, pericardiocentese emergencial pode salvar vida. Se paciente está em fibrrilação ventricular refratária, desfibrilação elétrica é realizada.

Estes procedimentos avançados são realizados sob orientação de protocolo clínico reconhecido e de médico emergencista ou cirurgião experiente. Consentimento informado não é obtido em emergências (situação de exceção legal), mas quando possível e sem retardar tratamento, familiares são informados sobre procedimentos sendo realizados.

Etapa 9: Decisão sobre Destino Final

Conforme paciente é estabilizado, decisão sobre destino final é tomada. Se paciente requer internação em unidade de terapia intensiva (UTI) por necessidade de monitorização contínua e suporte de vida avançado, contato é feito com UTI da unidade (se disponível) ou unidade de referência hospitalar (se não há UTI no Pronto Atendimento). Se paciente requer procedimento cirúrgico urgente (cirurgia de emergência), contato é feito com centro cirúrgico e cirurgião de referência.

Se paciente necessita de especialidade não disponível na unidade (como neurocirurgia, cardiologia intervencionista), regulação médica é acionada para transferência para hospital de referência.

Se paciente consegue ser estabilizado ao ponto de não mais ser considerado vermelho (por exemplo, hipertensão emergencial agora controlada, hemorragia controlada), pode permanecer em unidade de observação ou ser encaminhado para atenção básica conforme avaliação médica.

Documentação de todo o processo é completada, incluindo resumo de intervenções realizadas, medicações administradas, procedimentos, e razão para encaminhamento.

Protocolo de Reanimação Cardiopulmonar

Quando paciente é identificado em parada cardiorrespiratória (PCP), protocolo de reanimação é acionado imediatamente. Pessoa primeira que identifica a PCP grita "PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA" acionando código de emergência máxima. Outra pessoa é designada a iniciar compressões torácicas imediatamente - não se espera por chegada de médico ou equipamento mais sofisticado.

Compressões torácicas são realizadas no centro do tórax, com profundidade de 5 a 6 centímetros, frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Ciclos de 30 compressões seguidas de 2 ventilações são realizados (ou apenas compressões contínuas se não há treinamento em ventilação). Desfibrilador externo automatizado (DEA) é buscado e utilizado assim que disponível, seguindo instruções do aparelho. Após 2 minutos (aproximadamente 5 ciclos), mudança de pessoa fazendo compressões ocorre se há pessoal suficiente, evitando fadiga.

Medicações conforme protocolo ACLS são administradas conforme indicação: adrenalina a cada 3-5 minutos, amiodarona se fibrilação ventricular presente, etc. Intubação orotraqueal é realizada para proteger via aérea e permitir ventilação controlada.

Acesso venoso central ou intraósseo é obtido para melhor administração de medicações. Causas reversíveis de parada (4Hs e 4Ts) são investigadas e corrigidas se identificadas.

Continuação de reanimação ocorre por no mínimo 30 a 60 minutos, particularmente se paciente foi encontrado em ritmo chocável (fibrilação ventricular) ou se via aérea foi protegida rapidamente e medicações foram administradas. Se após período prolongado de reanimação sem retorno de circulação espontânea, discussão sobre cessação de reanimação ocorre envolvendo médico responsável, equipe e familiares.

Comunicação com Familiares do Paciente Vermelho

Comunicação com familiares de paciente vermelho é particularmente delicada. Quando possível, um membro da equipe (assistente social, capelão ou enfermeiro treinado em comunicação) é designado a estar com familiares, informá-los sobre estatus de paciente, explicar procedimentos sendo realizados em termos compreensíveis, e oferecer suporte emocional.

Informações devem ser simples e clara: "Seu familiar está muito grave. Nossa equipe está fazendo tudo o que é possível para salvá-lo. Vamos atualizá-lo conforme temos novas informações." Perguntas são respondidas com honestidade conforme informações disponíveis no momento. Se prognóstico é reservado, isto é comunicado com compaixão: "Infelizmente, o caso é muito grave e pode não sobreviver, mas vamos fazer tudo o que podemos."

Visitas à sala de emergência podem ser permitidas conforme política institucional e se não interferem com atendimento. Alguns sistemas permitem que familiar escolhido fique na sala durante parte do atendimento, oferecendo apoio ao paciente e facilitando comunicação. Se paciente falece, tempo é dado aos familiares para despedida e apoio espiritual/psicológico é oferecido.

Equipamentos e Medicações Críticas para Eixo Vermelho

A sala de emergência deve estar equipada com todos os recursos necessários para atendimento de paciente crítico. Equipamento de via aérea inclui: cânulas orofaríngeas de diversos tamanhos, cânulas nasofaríngeas, laringoscópio (óptico ou vídeo), tubos endotraqueais de diversos tamanhos, fio guia, pinça de Magill, bolsa-máscara-valva de diversos tamanhos, ventilador mecânico (se possível), tubo de cricotomia de emergência.

Equipamento circulatório inclui: agulhas intravenosas de diversos calibres, cateteres centrais, agulha de acesso intraósseo, infusores rápidos, monitores cardíacos multiparâmetros, desfibrilador externo automatizado, alças de torniquete para controle de hemorragia, gazes e compressas estéreis.

Medicações críticas devem estar acessíveis e organizadas: adrenalina (epinefrina), amiodarona, sulfato de magnésio, atropina, glucagon, naloxona, flumazenil, vasopressores (noradrenalina, dopamina), sedativos (midazolam, propofol), analgésicos (fentanil, morfina), antibióticos de emergência, soluções cristaloides, albumina, concentrado de hemácias.

Indicadores de Desempenho para Eixo Vermelho

O desempenho do fluxo de atendimento para pacientes vermelhos será monitorado através de indicadores críticos. O indicador mais importante é o tempo de atendimento do primeiro profissional médico - meta é que médico chegue ao paciente vermelho em no máximo 2 minutos após acionamento. Tempo de primeira desfibrilação em parada cardiorrespiratória é monitorado - meta é menos de 3 minutos após reconhecimento de parada. Taxa de retorno de circulação espontânea (ROCE) em pacientes em parada cardiorrespiratória é indicador de qualidade de RCP - meta é maior que 40% em pacientes com ritmo inicial chocável.

Taxa de sobrevida até alta hospitalar em pacientes vermelhos varia muito conforme tipo de emergência, mas deve ser monitorada como indicador de qualidade geral.

Complicações ou eventos adversos durante atendimento emergencial são rastreados para aprendizado: intubação esofágica não reconhecida, erro de medicação, desconexão acidental de via aérea, parada

cardiorrespiratória não reconhecida até tarde. Cada evento é analisado para identificar causas e implementar melhorias.

Treinamento e Preparação Contínua da Equipe

Toda equipe do Pronto Atendimento deve receber treinamento regular em atendimento emergencial. Médicos e enfermeiros devem ser certificados em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) anualmente. Técnicos de enfermagem devem ser treinados em Suporte Básico de Vida (BLS) anualmente.

Simulação de emergências é realizada regularmente - cenários de parada cardiorrespiratória, choque, hemorragia massiva são simulados com manequins e atores, permitindo equipe praticar protocolos sem risco ao paciente real. Debriefing após cada simulação identifica força e oportunidades de melhoria.

Reuniões de briefing antes de cada plantão revisam protocolos de emergência, verificam se equipamento está funcionando, e certificam que equipe está preparada. Revisão de caso após cada paciente vermelho atendido permite aprendizado: o que foi feito bem, o que poderia ter sido melhor, quais as lições para próximos casos.

Considerações Finais sobre Eixo Vermelho

O fluxo de atendimento para pacientes vermelhos representa o teste definitivo de capacidade e preparação do Pronto Atendimento. Excelência no atendimento vermelho salva vidas e restaura função.

Todos os profissionais da unidade têm papel em sucesso do sistema vermelho: recepcionistas reconhecem sinais de gravidade, enfermeiros realizam triagem rápida e acurada, médicos tomam decisões rápidas e

corretas, técnicos executam procedimentos com precisão, pessoal administrativo mobiliza recursos.

Investimento em equipamento, treinamento, protocolos padronizados e comunicação clara cria ambiente onde emergências são tratadas com máxima eficiência. Comprometimento institucional com excelência em emergência reflete-se em melhor sobrevida, menos complicações, e confiança da comunidade no serviço de saúde.

e) Sala de observação

Este documento apresenta a proposta de organização e estruturação do fluxo assistencial específico para a Sala de Observação do Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme diretrizes do Chamamento Público nº 002/2025.

A Sala de Observação é um espaço crítico da unidade que proporciona monitorização contínua de pacientes que necessitam de vigilância intensiva temporária, mas não requerem internação em hospital. O fluxo proposto garante atendimento seguro, organizado, humanizado e de qualidade, permitindo observação de pacientes com condições que podem evoluir, necessitam estabilização ou aguardam resultado de exames complementares.

Fundamentação e Justificativa da Sala de Observação

A Sala de Observação constitui espaço essencial dentro da estrutura de um Pronto Atendimento moderno e bem organizado. Esta unidade funciona como transição entre o atendimento agudo emergencial e a internação hospitalar ou alta para casa. Muitos pacientes chegam ao pronto atendimento com quadros clínicos que requerem vigilância contínua mas que, com observação adequada e intervenções simples, podem ser resolvidos sem necessidade de internação hospitalar.

A Sala de Observação absorve estes pacientes, desafogar a área de emergência para casos mais graves, e oferece à equipe médica tempo para decisão diagnóstica e terapêutica fundamentada.

Conforme definido no Chamamento Público nº 002/2025 da Prefeitura Municipal de Jacupiranga, a contratação de organização social para executar serviços de pronto atendimento deve contemplar estrutura física adequada, equipamentos apropriados e protocolos bem definidos.

A Sala de Observação é componente fundamental desta estrutura, permitindo que pacientes sejam observados por período determinado (geralmente 6 a 24 horas) até que situação clínica se resolva ou necessidade de internação seja confirmada.

Conceituação e Características da Sala de Observação

A Sala de Observação é unidade intra-hospitalar intermediária destinada a pacientes que apresentam situações clínicas que requerem vigilância contínua e intervenções diagnósticas ou terapêuticas, mas que, com observação adequada, não evoluirão para complicações graves que justifiquem internação.

A Sala de Observação distingue-se da enfermaria por seu caráter temporário e seu foco em pacientes instáveis que requerem monitorização frequente.

Pacientes na Sala de Observação podem estar classificados em qualquer uma das cores do Protocolo de Manchester (embora preferencialmente amarelos, amarelos-laranjas e alguns laranjas estabilizados), apresentando situações como: traumatismo craniano com avaliação de deterioração neurológica, dor torácica com investigação de síndrome coronariana, abdômen agudo sob observação, pacientes em recuperação

pós-procedimento invasivo, desidratação sob reposição volêmica, sangramentos controlados em observação, infecções agudas com febre alta em investigação, reações alérgicas graves controladas mas requerendo vigilância, ou qualquer outra condição que justifique monitorização contínua por período determinado.

Divisão dos Espaços

A Sala de Observação será organizada em zonas funcionais.

A primeira zona é a área de leitos propriamente dita, onde cada leito estará equipado com monitorização contínua.

A segunda zona é a área de trabalho da enfermagem, onde registros e documentação ocorrem, localizada de forma que enfermeiros possam visualizar todos os leitos simultaneamente.

A terceira zona é a área de medicação, com balcão específico para preparo e administração de medicamentos, equipado com refrigerador para armazenamento de medicações que requerem temperatura controlada.

A quarta zona é a área de limpeza e desinfecção, com pia para higiene de mãos, lavatório para limpeza de equipamentos, e espaço para armazenamento de materiais de limpeza.

A quinta zona é a área de armazenamento de materiais e suprimentos (gazes, compressas, sondas, cateteres, etc), organizada em prateleiras com identificação clara de cada tipo de material.

A sexta zona é o banheiro anexo, equipado com vaso sanitário acessível, pia e chuveiro para limpeza rápida de pacientes se necessário.

Fluxo de Admissão na Sala de Observação

Critérios de Admissão

Pacientes podem ser admitidos na Sala de Observação através de diferentes caminhos.

O primeiro caminho é transferência do paciente que já foi atendido na emergência e necessita observação prolongada. Exemplo: paciente que apresentou dor torácica, eletrocardiograma foi realizado e foi normal, mas paciente necessita de observação por 6 a 12 horas com ECGs seriados e dosagem de troponina.

O segundo caminho é encaminhamento direto do paciente que aguarda classificação de risco e apresenta quadro que claramente necessitará observação. Exemplo: paciente com traumatismo craniano leve que será observado por deterioração neurológica.

O terceiro caminho é encaminhamento do paciente que chegou pela ambulância do SAMU com quadro que necessita observação mas não emergência imediata.

O quarto caminho é encaminhamento de paciente transferido de outra unidade de saúde. Critérios gerais de admissão incluem: paciente apresenta quadro agudo que requer vigilância contínua mas prognóstico não é emergencial imediato; paciente necessita de estabilização antes de possível internação; paciente necessita investigação diagnóstica que tomará horas; paciente necessita observação pós-procedimento; paciente apresenta risco de deterioração e necessita monitorização contínua para reconhecimento precoce de piora.

Critérios de exclusão incluem: paciente necessita de suporte vital avançado continuado (candidato a UTI); paciente está em parada cardiorrespiratória

(vai para emergência); paciente apresenta sangramento ativo incontrolável (vai para emergência ou centro cirúrgico); paciente apresenta situação que não é médica (psiquiátrica pura, por exemplo, pode necessitar avaliação psiquiátrica). Pacientes menores de 18 anos serão admitidos conforme protocolos pediátricos específicos, com possibilidade de permanência de acompanhante integral.

Processo de Admissão

Quando decisão de admissão na Sala de Observação é tomada, médico responsável prescreve ordem de internação especificando diagnóstico clínico, motivo da observação (exemplo: observação por possível deterioração neurológica, observação por investigação de infarto agudo, etc), duração estimada de observação, medicações a serem utilizadas, procedimentos a serem realizados, frequência de monitorização vital, e quaisquer restrições ou precauções especiais (isolamento, restrição de movimento, restrição de dieta, etc).

Paciente é transportado da emergência ou sala de triagem para a Sala de Observação por técnico de enfermagem ou enfermeiro, acompanhado de seu prontuário. Na entrada da sala, enfermeiro responsável acolhe o paciente com apresentação cordial, explica o motivo da permanência na sala de observação, descreve o ambiente e recursos disponíveis, responde a dúvidas do paciente e acompanhante, e oferece conforto (almofadas, cobertores, informação sobre possibilidade de chamar se necessário).

Paciente é posicionado no leito designado. Identificação visual do paciente é confirmada (pulseira de identificação com nome, data de nascimento e número de prontuário). Pertences do paciente são organizados de forma segura, com itens de valor armazenados conforme protocolo (alguns hospitais oferecem cofre).

Se paciente tem necessidade de cuidado contínuo (por exemplo, risco de queda), informação é documentada e comunidade. Se paciente é pediátrico ou há necessidade de acompanhante, acompanhante é orientado sobre local para permanecer, regras da sala, e como chamar profissionais se necessário.

Protocolo de Monitorização Contínua

Verificação de Sinais Vitais

Imediatamente após admissão, profissional de enfermagem realiza coleta completa de sinais vitais: pressão arterial (será repetida conforme indicação clínica, podendo ser a cada 1 hora, a cada 4 horas ou em intervalo específico conforme prescrição médica), frequência cardíaca (contínua através do monitor), frequência respiratória (contínua através do monitor ou manual se necessário), temperatura corporal (geralmente a cada 4 horas ou conforme indicação), saturação de oxigênio (contínua através do oxímetro de pulso).

Todos os sinais vitais iniciais são registrados no prontuário e no gráfico de observação. Monitor cardíaco é configurado com os limites de alarme apropriados para aquele paciente específico. Frequência cardíaca de 50-110 bpm pode ser apropriada para alguns pacientes, mas paciente hipotenso pode ter limites diferentes. Saturação de oxigênio pode ter limite de alarme em 92% para paciente com doença pulmonar crônica, mas 95% para paciente saudável.

Observação Clínica Contínua

Além de monitorização eletrônica, enfermeiro responsável realiza observação clínica contínua. Isto inclui: observação do nível de consciência (paciente está acordado, responsivo a comandos verbais, responsivo apenas a estímulo doloroso, ou inconsciente?); observação da coloração

da pele (pálida, cianótica, ictérica, ou com coloração normal?); observação do padrão respiratório (respiração tranquila e regular, ou dispneica com utilização de musculatura acessória?); observação da presença de dor (paciente relata dor? Qual intensidade em escala 0-10? Onde está localizada?).

Enfermeiro observa o curativo ou local de acesso venoso para sinais de inflamação, vazamento, ou desconexão. Enfermeiro observa a bolsa de diurese se paciente está sondado, verificando coloração, volume e características da urina. Enfermeiro observa o nível de drenagem se paciente tem dreno (débito, coloração). Enfermeiro observa se paciente está confortável, se precisa ajudar a trocar de posição para evitar úlceras de pressão, se precisa ajuda para higiene pessoal ou outros cuidados de conforto.

Documentação e Registro

Prontuário Eletrônico

Todos os dados coletados na Sala de Observação deverão ser registrados no prontuário eletrônico em tempo real. O registro incluirá: data e hora de admissão; diagnóstico clínico de admissão; motivo da observação; sinais vitais basais; medicações administradas com data, hora e profissional que administrou; procedimentos realizados; evolução clínica; respostas a tratamentos; novos sintomas que apareçam durante observação; resultado de exames complementares quando disponíveis; e observações gerais sobre o comportamento e estado geral do paciente.

Anotações deverão ser breves mas informativas. Exemplo de boa anotação: "10:30 - Paciente acordado, orientado, referindo dor abdominal 7/10 em epigástrio, náuseas. PA 140/90, FC 88, FR 18, SpO2 98%. Medicado com dipirona 500mg IV. Permanecerá em observação." Anotações serão feitas a cada mudança clínica significativa, ou em

intervalos regulares (por exemplo, a cada 4 horas) se paciente está estável.

Gráfico de Monitorização

Um gráfico visual dos sinais vitais será mantido, permitindo visualização rápida de tendências. Se pressão arterial foi 140/90 às 10:00, 135/88 às 14:00, e 130/85 às 18:00, visualização rápida do gráfico mostra tendência de melhora. Se saturação foi 95% às 10:00 e declinou para 90% às 14:00, alerta para possível piora respiratória. Gráficos podem ser eletrônicos (gerados automaticamente pelo sistema informatizado) ou manuscritos (se sistema informatizado não disponível), mas deverão estar claramente visíveis para todos os profissionais.

Procedimentos Comuns na Sala de Observação

Coleta de Exames Complementares

Muitos pacientes na Sala de Observação necessitam de exames complementares para investigação diagnóstica. Sangue para hemograma, coagulação, bioquímica é frequentemente coletado. Profissional treinado em flebotomia coleta sangue em tubos apropriados (dependendo do tipo de exame a ser realizado), com identificação clara do paciente. Amostra é enviada para laboratório onde será processada.

Radiografia (de tórax, abdômen, etc) pode ser realizada. Técnico radiológico leva aparelho portátil para a Sala de Observação se paciente não pode ser movimentado, ou paciente é transportado para sala de radiologia se estável.

Eletrocardiograma pode ser realizado, com técnico ou enfermeiro registrando os 12 derivações conforme protocolo. Ultrassom pode ser realizado à beira do leito se paciente não pode ser movimentado.

Administração de Medicações

Medicações são administradas conforme prescrição médica. Via intravenosa é frequente em Sala de Observação. Enfermeiro ou técnico de enfermagem verifica prescrição, confere dose com paciente, administra medicação, e registra no prontuário data, hora, medicação, dose, via e profissional que administrou. Se paciente relata reação adversa (alergia, náusea, vômito), medicação é descontinuada e médico é notificado imediatamente.

Jejum e Alimentação

Muitos pacientes na Sala de Observação estarão em jejum porque podem necessitar de procedimento cirúrgico ou porque medicação recomenda jejum. Informação sobre jejum deverá estar claramente comunicada ao paciente. Se paciente pode receber líquidos ou alimentos, oferta é feita conforme tolerância. Alguns pacientes podem receber soro fisiológico por via intravenosa para manter hidratação se em jejum prolongado.

Critérios de Evolução e Prognóstico

Melhora Clínica e Critérios para Alta

Se paciente admitido com dor abdominal aguda melhora progressivamente com tratamento conservador, dor desaparece, abdômen fica indolor à palpação, e exames complementares (como ultrassom abdominal) descartam condições que necessitem cirurgia, critério para alta pode ser atingido. Médico responsável avalia se paciente pode retornar para casa com segurança, prescreve medicações para casa conforme indicado, oferece orientações sobre quando retornar ao pronto atendimento (se dor voltar, se surgirem novos sintomas), e realiza alta clínica.

Se paciente admitido por investigação de possível infarto apresenta ECGs seriados normais, dosagem de troponina negativa, permanece assintomático sem dor torácica, e risco estratificado é baixo, paciente pode receber alta após período apropriado de observação. Médico prescreve necessidade de acompanhamento em cardiologia eletivo, oferece orientações sobre prevenção primária de infarto, e realiza alta.

Piora Clínica e Encaminhamento para Internação

Se paciente admitido com abdômen agudo piora durante observação, apresenta piora de dor, sinais vitais se deterioram (pressão cai, frequência cardíaca sobe, respiração fica rápida), e exames complementares mostram necessidade de intervenção cirúrgica, encaminhamento para cirurgia é realizado. Médico comunica ao paciente necessidade de cirurgia, obtém consentimento informado, prescreve medicações pré-operatórias (como antibiótico profilático), e encaminha para centro cirúrgico.

Se paciente admitido para observação desenvolve piora progressiva que não responde a tratamento clínico, necessidade de internação em unidade de terapia intensiva pode surgir.

Se pressão arterial cai progressivamente apesar de reposição volêmica, se paciente necessita intubação por insuficiência respiratória, ou se qualquer outra complicação grave emerge, paciente é encaminhado para UTI. Transferência é realizada após contato com médico da UTI, vaga é confirmada, e paciente é transportado com monitorização contínua durante o percurso.

Comunicação com Paciente e Família

Informação Clara sobre Situação Clínica

Paciente e família devem receber informação clara sobre por que paciente está na Sala de Observação, qual é o diagnóstico clínico estabelecido ou suspeita diagnóstica que está sendo investigada, quais exames serão realizados, qual é o plano de tratamento, qual é o prognóstico esperado, e qual é o tempo estimado de permanência.

Exemplo de boa comunicação: "Seu familiar chegou ao pronto atendimento com dor no peito. Realizamos eletrocardiograma que estava normal, mas existe pequena chance de infarto do coração.

Para ter segurança, vamos deixá-lo aqui na sala de observação por cerca de 12 horas, fazer mais um eletrocardiograma em 6 horas, e fazer um exame de sangue especial que ajuda a descartar infarto. Se tudo continuar normal, ele poderá ir para casa com recomendação de ir ver cardiologista de forma eletiva."

Permissão de Acompanhante

Acompanhantes devem ser permitidos na Sala de Observação, particularmente se paciente é pediátrico, idoso, ou tem necessidade especial.

Acompanhante pode oferecer suporte emocional ao paciente, ajudar em cuidados de conforto, e servir como elo de comunicação se paciente tiver dificuldade de entender. Acompanhante deve ser orientado sobre regras da sala (por exemplo, não desconectar equipamento, chamar enfermeiro se paciente necessita algo) mas deve ser bem-vindo e integrado ao cuidado.

Protocolos de Segurança

Prevenção de Quedas

Pacientes na Sala de Observação, particularmente idosos ou sedados, têm risco de queda. Prevenção inclui: cama com grades laterais; aviso de risco de queda colocado no leito e no prontuário; instrução ao paciente de não sair do leito sem chamar enfermeiro; profissional próximo se paciente necessita sair do leito para banheiro; piso limpo e seco sem obstáculos; iluminação adequada durante noite; sapatos não-derrapantes se paciente sai do leito.

Prevenção de Infecção

Higiene de mãos é essencial. Profissionais lavam mãos com água e sabonete ou usam álcool gel antes de tocar em cada paciente. Se paciente tem ferida aberta ou está em isolamento por infecção transmissível, equipamento de proteção pessoal (luva, máscara, avental, protetor ocular conforme indicado) é utilizado. Materiais de curativo e equipamento são utilizados uma vez e descartados de forma apropriada.

Prevenção de Úlcera de Pressão

Pacientes que permanecem na Sala de Observação por mais de 24 horas têm risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. Prevenção inclui: mudança de posição a cada 2 horas; colchão especial se paciente tem risco alto; limpeza e secagem cuidadosa de áreas de pressão (sacro, calcanhares, ombros); avaliação diária da pele.

Equipe Profissional na Sala de Observação

Médico Responsável

Um médico deverá estar disponível para Sala de Observação, responsável por: avaliação clínica inicial e prescrição de observação; revisão de exames complementares conforme chegam; reavaliação clínica periódica (mínimo uma vez a cada 12 horas, mas frequência maior conforme

estabilidade clínica); decisão sobre alta ou encaminhamento para internação; discussão com paciente e família sobre evolução clínica.

Enfermeiro de Observação

Um ou mais enfermeiros deverão estar permanentemente presentes na Sala de Observação, responsáveis por: acolhimento de pacientes; verificação de sinais vitais; observação clínica contínua; administração de medicações; realização de procedimentos de enfermagem; coleta de exames; comunicação com médico sobre mudanças clínicas; documentação no prontuário; cuidados de conforto; educação ao paciente e família.

Técnico de Enfermagem

Um ou mais técnicos de enfermagem podem auxiliar o enfermeiro em atividades de suporte: verificação de sinais vitais sob supervisão; higiene pessoal do paciente; transporte de paciente se necessário; preparação de materiais e equipamentos; limpeza da sala.

Fluxo de Alta da Sala de Observação

Preparação para Alta

Após decisão de alta é tomada, médico prescreve medicações para casa conforme indicado. Se paciente foi internado por problemas de saúde crônicos, recomendações sobre quando procurar atenção básica são oferecidas (por exemplo, "consulte seu médico na Unidade Básica de Saúde em 3 dias para reavaliação").

Se paciente necessita acompanhamento especializado, referência para especialista é fornecida. Se paciente necessita repouso ou restrição de

atividades, informação clara é fornecida (por exemplo, "repouso em casa por 3 dias, evite atividades pesadas").

Paciente recebe orientações de autocuidado: como tomar as medicações prescritas (horários, doses, com ou sem alimentos), sinais de alarme que justificariam retorno imediato ao pronto atendimento (febre acima de 38,5 graus, piora de dor, vômito incoercível, sangramento, etc), recomendações dietéticas se aplicável, recomendações de atividade física.

Documentação de Alta

Resumo de alta é preparado documentando: diagnóstico de admissão; diagnóstico final após investigação; exames realizados e resultados; procedimentos realizados; medicações administradas; medicações prescritas para casa; recomendações e restrições; data e hora de alta; médico responsável. Cópia de resumo de alta é fornecida ao paciente para levar, outra cópia é arquivada no prontuário.

Satisfação do Usuário

Paciente pode ser convidado a responder questionário breve de satisfação sobre sua experiência na Sala de Observação, permitindo feedback sobre qualidade do atendimento. Perguntas podem incluir: foi tratado com respeito e dignidade?; profissionais responderam suas dúvidas?; ambiente estava limpo e confortável?; recomendaria este serviço a outras pessoas? Respostas são analisadas e utilizadas para melhorias contínuas.

Indicadores de Desempenho da Sala de Observação

Taxa de Ocupação

Taxa de ocupação da Sala de Observação deverá ser monitorada. Taxa muito baixa (menor que 50%) sugere que leitos não estão sendo utilizados

adequadamente ou que critérios de admissão estão muito restritivos. Taxa muito alta (maior que 95%) sugere que leitos estão congestionados e que pacientes podem estar permanecendo mais tempo que o necessário. Meta desejável é 70-85% de ocupação.

Tempo Médio de Permanência

Tempo médio de permanência deverá ser monitorado. Para investigação de possível infarto, tempo médio esperado é 12-24 horas. Para dor abdominal aguda sob observação, tempo esperado é 6-12 horas. Tempos muito prolongados (por exemplo, paciente permanecendo 48 horas quando esperado era 12 horas) podem indicar problemas na organização do fluxo ou na tomada de decisão.

Taxa de Alta Direta da Sala de Observação

Percentual de pacientes que recebem alta da Sala de Observação para casa (versus aqueles encaminhados para internação, encaminhados para outro serviço, ou que apresentam complicação) deverá ser monitorado. Taxa alta de altas (70-80%) sugere que critérios de admissão estão apropriados e que pacientes estão recebendo observação adequada para resolução clínica.

Taxa de Readmissão em 72 Horas

Percentual de pacientes que retornam ao pronto atendimento em 72 horas após alta da Sala de Observação por qualquer motivo deverá ser monitorado. Taxa muito alta pode indicar altas prematuras ou avaliação inicial inadequada. Meta desejável é menos de 5%.

Considerações Finais

A Sala de Observação é componente essencial do Pronto Atendimento de Jacupiranga, permitindo observação segura de pacientes com quadros

agudos que necessitam vigilância contínua mas não internação hospitalar. Fluxo bem estruturado, equipe capacitada, equipamentos adequados, e protocolos clínicos baseados em evidências garantem que pacientes recebem atendimento de qualidade, seguro e humanizado. Monitoramento contínuo de indicadores de desempenho permite identificação de oportunidades de melhoria e otimização dos recursos disponíveis.

f) Leitos de observação

Este documento apresenta a proposta de organização, estruturação e operacionalização do fluxo assistencial específico para os leitos de observação do Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme diretrizes estabelecidas no Chamamento Público nº 002/2025.

Os leitos de observação constituem componente estratégico da unidade, funcionando como espaço transitório para pacientes que requerem vigilância contínua, monitorização de parâmetros vitais e investigação diagnóstica, mas que não necessitam de internação hospitalar formal. O fluxo proposto garante atendimento seguro, humanizado, eficiente e de qualidade, permitindo observação estruturada de pacientes com condições que podem evoluir, necessitam estabilização ou aguardam resultados de investigações complementares.

Fundamentação Legal e Normativa para Leitos de Observação

O Chamamento Público nº 002/2025 da Prefeitura Municipal de Jacupiranga estabelece requisitos específicos para estruturação de serviços de pronto atendimento, incluindo a necessidade de leitos de observação para atendimento de média complexidade.

O Plano Nacional de Humanização reforça que observação clínica contínua é componente essencial da assistência em urgência, permitindo detecção precoce de complicações e tomada de decisão clínica apropriada.

Normas de segurança do paciente estabelecem que monitorização contínua de pacientes internados em leitos de observação reduz significativamente taxa de eventos adversos, melhora qualidade assistencial e contribui para melhores desfechos clínicos.

Conformidade com regulamentações de vigilância sanitária exige que leitos de observação sejam equipados adequadamente, possuam equipe treinada e funcionem sob protocolos bem definidos.

Conceituação e Características dos Leitos de Observação

Os leitos de observação são unidades intra-hospitalares temporárias destinadas a pacientes que apresentam situações clínicas agudas requerendo vigilância contínua e intervenções diagnósticas ou terapêuticas, mas que, com observação apropriada e tratamento clínico, evoluem para resolução sem necessidade de internação hospitalar.

Diferem da enfermaria regular por seu caráter provisório e foco em pacientes potencialmente instáveis que requerem monitorização frequente e reavaliação clínica contínua.

Diferem da Unidade de Terapia Intensiva por não receberem pacientes em falência vital aguda que necessitem de suporte vital avançado permanente. Pacientes em leitos de observação podem estar classificados em diferentes cores do Protocolo de Manchester (preferencialmente amarelos, alguns laranjas estabilizados e excepcionalmente alguns verdes complexos), apresentando situações como traumatismo craniano com avaliação de deterioração neurológica, dor torácica com investigação de síndrome coronariana aguda, abdômen agudo sob observação clínica, pacientes em recuperação pós-procedimento invasivo, desidratação sob reposição volêmica, sangramentos controlados em observação, infecções agudas com febre em investigação, reações alérgicas graves controladas

mas requerendo vigilância, crises hipertensivas controladas, arritmias cardíacas sob monitorização, ou qualquer outra condição que justifique observação contínua por período determinado (geralmente 6 a 48 horas).

Estrutura Física e Infraestrutura dos Leitos de Observação

Quantitativo e Dimensionamento

O Pronto Atendimento de Jacupiranga contará com capacidade mínima de 6 leitos de observação, sendo possível expandir para até 10 leitos conforme demanda e crescimento da unidade.

Este quantitativo foi estabelecido baseado em estimativa de população atendida (aproximadamente 40 mil habitantes diretos e 60 mil habitantes em área de abrangência), volume esperado de atendimentos (300-400 pacientes por semana) e proporção histórica de pacientes que necessitam observação (estimado em 15-20% do volume total de atendimentos em pronto atendimento).

Organização Funcional dos Espaços

Os leitos de observação serão organizados em zonas funcionais definidas. A zona de leitos ocupará aproximadamente 70-75% do espaço total, com cada leito individual ou pequenos agrupamentos de até 3 leitos. A zona de trabalho da enfermagem conterá estação de enfermagem com computadores para registro eletrônico, visualização de monitores, comunicação com equipe médica e central de vigilância. Esta estação será estrategicamente posicionada para permitir visualização de todos os leitos simultaneamente.

A zona de medicação incluirá balcão específico para preparo e administração de medicamentos, equipado com refrigerador para medicações que requerem temperatura controlada, armário com fechadura

para medicações controladas, pia para higiene de mãos e áreas de trabalho para revisão de prescrições. A zona de limpeza e higiene incluirá pia para higiene de mãos com dispensador de sabonete, toalhas descartáveis e álcool gel, lavatório para limpeza de equipamentos, e áreas para armazenamento de materiais de limpeza organizados de forma segura.

A zona de armazenamento de materiais e suprimentos incluirá prateleiras devidamente identificadas com diferentes tipos de materiais: gazes, compressas, fitas adesivas, cateteres, sondas nasogástricas, sondas vesicais, tubos de drenagem, agulhas de diversos calibres, frascos para coleta de sangue, copos coletores para urina, papagaios, materiais de curativo, entre outros. Organização utilizará sistema de reposição automática ou visual de estoques para evitar falta de materiais críticos.

A zona de banheiro anexo conterá vaso sanitário acessível (com barras de apoio se necessário), pia com espelho, e possibilidade de chuveiro rápido ou banho de leito quando necessário. Alguns leitos podem ter acesso direto a sanitários privativos, particularmente aqueles destinados a pacientes em isolamento ou com necessidades especiais. A zona de armazenamento de pertences incluirá espaço seguro para guarda de valores e objetos pessoais do paciente, com possibilidade de disponibilizar cofre para itens de maior valor.

Equipamentos Essenciais para Leitos de Observação

Sistema de Monitorização Contínua

Cada leito de observação será equipado com monitor multiparâmetro capaz de exibir continuamente frequência cardíaca, pressão arterial não-invasiva ou invasiva conforme indicação clínica, frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio (SpO2), temperatura corporal em tempo real e, quando indicado, capnografia (dióxido de carbono

expirado). Monitores deverão ter tela de tamanho adequado (mínimo 12 polegadas) para visualização clara dos parâmetros a distância. Capacidade de armazenamento de dados será mínima de 24 horas, permitindo revisão de tendências históricas de cada parâmetro monitorizado.

Funcionalidades adicionais incluem alarmes configuráveis com valores de corte personalizáveis para cada paciente específico (reconhecendo que diferentes pacientes têm diferentes baselines fisiológicos), capacidade de silenciar alarmes temporariamente durante procedimentos sem perder dados, transmissão de dados para estação central de vigilância permitindo que enfermeiros visualizem múltiplos pacientes simultaneamente em display único, e possibilidade de registrar automaticamente dados de monitorização no prontuário eletrônico em intervalos predefinidos.

Cada leito incluirá oxímetro de pulso dedicado (fixo ao paciente ou portátil) para monitorização contínua de saturação de oxigênio, com capacidade de funcionamento por longos períodos (mínimo 24 horas) sem necessidade de recalibragem. Esfigmomanômetro automático não-invasivo será disponível para medições de pressão arterial em intervalos programados (por exemplo, a cada 1 hora, a cada 4 horas ou em intervalos conforme prescrição médica). Termômetro digital de rápida resposta será utilizado para medição de temperatura em intervalos regulares, podendo ser infravermelha para reduzir tempo de contato.

Equipamentos de Suporte a Funções Vitais

Cada leito terá acesso garantido a oxigênio canalizado através de linhas de gás da parede com possibilidade de controle de fluxo de 0 a 15 litros por minuto, ar comprimido canalizado para operação de equipamentos, e vácuo canalizado para aspiração de secreções respiratórias. Cânulas nasais de diversos tamanhos, máscaras simples, máscaras não-reinalantes e bolsa-máscara-valva de diferentes tamanhos estarão próximas a cada leito para pronta disponibilidade em caso de deterioração respiratória.

Equipamentos para manejo de via aérea incluem cânulas de Guedel de diferentes tamanhos, cânulas nasais, tubo endotraqueal de diversos calibres, laringoscópio (preferencialmente com visão direta e tecnologia de vídeo), fio guia, pinça de Magill para extração de corpo estranho se necessário.

Desfibrilador externo automatizado (DEA) ou desfibrilador manual estará presente na unidade para caso de parada cardiorrespiratória. Bomba de infusão de múltiplos canais estará disponível em quantidade suficiente para todos os leitos que simultaneamente recebam infusão intravenosa.

Suportes para soro, colunas de parede, braços articulados para posicionamento de equipamentos serão presentes em quantidade apropriada. Materiais para acesso vascular incluem agulhas intravenosas de diversos calibres (18, 20, 22, 24G), cateteres venosos centrais se necessário conforme protocolos, torniquetes, gazes, álcool 70%, técnica asséptica apropriada.

Cama hospitalar com possibilidade de elevação da cabeceira, mudança de altura, e mobilização fácil será padrão em cada leito.

Equipamentos de Diagnóstico e Procedimentos

A unidade de leitos de observação terá acesso a ultrassom portátil para avaliação à beira do leito em determinadas situações clínicas (avaliação rápida em trauma abdominal, avaliação de pericárdio em casos de suspeita de tamponamento, avaliação de trombo venoso, etc). Eletrocardiograma portátil (máquina de ECG com 12 derivações) estará disponível para registro de eletrocardiograma a qualquer momento sem necessidade de transportar paciente para outro local.

Aparelho de medição de glicemia capilar será disponibilizado para monitoramento de pacientes diabéticos ou com suspeita de hipoglicemia ou hiperglicemia. Gasômetro (analisador de gases arteriais e sangue venoso) ou acesso rápido a esta análise através de sistema de laboratório central integrado ao prontuário eletrônico será disponível para pacientes com insuficiência respiratória, choque, ou qualquer situação que requeira análise de gases. Termômetro de temperatura central (se pacientes necessitarem de hipertermia ou hipotermia controlada) poderá estar disponível para casos específicos.

Aparelho para medição de pressão intraocular estará disponível para pacientes com trauma ocular ou suspeita de glaucoma agudo. Materiais para realização de procedimentos comuns incluem: cateterismo urinário com sondas de diversos calibres, kits para drenagem de efusão pleural ou pericárdica conforme protocolos, equipamento para punção venosa central se necessário, materiais para coleta de sangue para diferentes tipos de teste, tubos apropriados para diferentes tipos de coleta.

Fluxo de Admissão nos Leitos de Observação

Critérios de Inclusão e Exclusão

Pacientes podem ser admitidos nos leitos de observação através de diferentes caminhos. O primeiro caminho é transferência do paciente que foi atendido na sala de emergência/triagem e necessita observação prolongada. Exemplo: paciente que apresentou dor torácica, eletrocardiograma foi realizado e mostrou alterações inespecíficas, paciente necessita observação por 12 a 24 horas com eletrocardiogramas seriados e dosagem de troponina para descartar síndrome coronariana.

O segundo caminho é encaminhamento direto do paciente que aguarda classificação de risco e apresenta quadro que claramente necessitará observação prolongada. Exemplo: paciente com traumatismo craniano leve

que será observado para monitorização de possível deterioração neurológica.

O terceiro caminho é encaminhamento do paciente que chegou pela ambulância do SAMU com quadro que necessita observação mas não representa emergência imediata. O quarto caminho é encaminhamento de paciente transferido de outra unidade de saúde.

Critérios gerais de inclusão para leitos de observação incluem: paciente apresenta quadro agudo requerendo vigilância contínua mas prognóstico não é emergencial imediato; paciente necessita de estabilização clínica antes de possível internação hospitalar; paciente necessita investigação diagnóstica que tomará várias horas para conclusão; paciente necessita observação pós-procedimento invasivo (por exemplo, após punção de artéria, após procedimento endoscópico, após anestesia local para procedimento); paciente apresenta risco de deterioração clínica e necessita monitorização contínua para reconhecimento precoce de piora; paciente necessita reposição volêmica intravenosa com reavaliação periódica de resposta ao tratamento.

Critérios de exclusão incluem: paciente necessita de suporte vital avançado continuado (candidato a Unidade de Terapia Intensiva); paciente está em parada cardiorrespiratória (permanece em sala de emergência); paciente apresenta sangramento ativo incontrolável (direciona-se para emergência ou centro cirúrgico); paciente apresenta quadro clínico que não é médico agudo (psiquiátrico puro, por exemplo, pode necessitar encaminhamento para avaliação psiquiátrica especializada); paciente está clinicamente estável e adequado para alta domiciliar direta.

Processo Detalhado de Admissão

Quando decisão de admissão nos leitos de observação é tomada por médico responsável, este profissional prescreve ordem de internação

especificando claramente: diagnóstico clínico de admissão; motivo específico da observação (exemplo: observação por possível deterioração neurológica pós-traumatismo, observação por investigação de possível infarto agudo do miocárdio, observação por investigação de abdômen agudo); duração estimada de observação (por exemplo: "observação por 24 horas com reavaliação clínica"); medicações a serem utilizadas com posologia; procedimentos ou exames a serem realizados; frequência de verificação de sinais vitais (por exemplo: a cada 1 hora, a cada 4 horas ou contínua); restrições ou precauções especiais (isolamento de contato, restrição de movimento, restrição de dieta, restrição de visitantes, etc).

Paciente é transportado da sala de emergência ou sala de triagem para os leitos de observação por técnico de enfermagem ou enfermeiro, preferencialmente acompanhado de seu prontuário eletrônico (que pode ser acessado remotamente em qualquer computador com permissão de acesso). Na chegada à unidade de observação, enfermeiro responsável realiza acolhimento personalizado com apresentação cordial, explicação clara do motivo da permanência na unidade de observação, descrição do ambiente e recursos disponíveis, resposta a dúvidas e preocupações do paciente e acompanhante, e oferta de conforto (almofadas adicionais, cobertores, informação sobre como chamar profissional se necessário, localização de banheiro, acesso a água potável).

Paciente é posicionado no leito designado com conforto apropriado. Identificação visual do paciente é confirmada e validada (pulseira de identificação com nome completo, data de nascimento, número de prontuário e número do leito). Pertences do paciente são organizados de forma segura, com itens de valor armazenados em local apropriado conforme protocolo (alguns serviços oferecem cofre para valores, outros requerem que família guarde itens de grande valor). Se paciente é pediátrico ou necessita acompanhante (por exemplo, criança, idoso com demência, paciente em condição de vulnerabilidade), acompanhante é orientado sobre local para permanecer, regras de convivência na unidade,

como pedir ajuda profissional se necessário, horários permitidos de permanência, oferecimento de conforto (cadeira para repouso, acesso a água, banheiro próximo).

Protocolo de Monitorização Contínua nos Leitos de Observação

Coleta Inicial e Registro de Sinais Vitais Basais

Imediatamente após admissão no leito de observação, profissional de enfermagem realiza coleta completa e cuidadosa de sinais vitais que estabelecerão os valores basais para aquele paciente. Pressão arterial é coletada em ambos os braços quando possível (para detectar diferenças significativas que possam indicar patologia vascular), utilizando equipamento automático calibrado ou método manual com manguito apropriado ao tamanho do braço do paciente. Frequência cardíaca é detectada palpatória e confirmada através do monitor cardíaco contínuo. Frequência respiratória é contada durante período de 60 segundos, observando profundidade, regularidade e presença de dificuldade respiratória.

Temperatura corporal é medida utilizando termômetro calibrado, preferencialmente infravermelha para rapidez ou em local apropriado (axilar em adultos, retal em crianças pequenas se protocolo local assim determinar). Saturação de oxigênio é medida através de oxímetro de pulso colocado em dedo indicador ou outro local apropriado. Quando indicado clinicamente (por exemplo, em paciente com insuficiência respiratória, paciente em choque, paciente em estado de gravidade), pode ser realizado teste de gasometria arterial ou venosa para análise de gases sanguíneos, pH, bicarbonato, lactato.

Todos os sinais vitais iniciais são registrados de forma legível no prontuário eletrônico e em gráfico visual de observação. Monitor cardíaco é configurado com os limites de alarme apropriados para aquele paciente

específico reconhecendo que diferentes pacientes têm diferentes baselines fisiológicos.

Por exemplo: paciente atleta pode ter frequência cardíaca de 50 bpm que é normal para este indivíduo; paciente com doença pulmonar crônica pode ter saturação de oxigênio de 88-92% que é seu baseline; paciente em choque pode ter frequência cardíaca de 120 bpm que reflete sua resposta à hipoperfusão.

Observação Clínica Contínua Durante Permanência

Além de monitorização eletrônica, enfermeiro responsável realiza observação clínica contínua e cuidadosa. Isto inclui: observação do nível de consciência (paciente está acordado, responsivo a comandos verbais, responsivo apenas a estímulo doloroso, inconsciente?); observação de mudanças no nível de consciência durante a permanência (paciente está ficando mais sonolento? Mais agitado? Confuso?); observação da coloração da pele (pálida, cianótica, ictérica, rubor, normal?); observação de edema (onde? Quanto? Pitting ou não-pitting?).

Observação do padrão respiratório inclui: respiração tranquila e regular, ou dispneica com utilização de musculatura acessória? Presença de estridor, sibilância, ronco? Presença de tosse e características da tosse (seca, produtiva, hemoptise?). Observação da presença de dor inclui: paciente relata dor? Qual intensidade em escala 0-10? Onde está localizada? Características (pontada, queimação, pressão)? Fatores que pioram ou melhoram a dor?

Enfermeiro observa local de acesso venoso para sinais de inflamação, vermelhidão, inchaço, vazamento, ou desconexão de equipamento. Se paciente está sondado (sonda nasogástrica, sonda vesical), observação inclui: funcionamento apropriado da sonda? Características de drenagem (urina: cor, volume, turbidez; secreção gástrica: cor, volume,

características)? Presença de vazamentos ao redor da sonda? Integridade da fixação?

Enfermeiro observa se paciente está confortável, se necessita ajuda para trocar de posição para evitar úlceras de pressão, se necessita cuidados de higiene pessoal ou outro tipo de cuidado de conforto. Prevenção de úlcera de pressão é crítica mesmo em observação de curta duração, particularmente em pacientes idosos ou com mobilidade reduzida.

Frequência de Verificação de Parâmetros Conforme Protocolo

Frequência de verificação de sinais vitais varia conforme protocolo clínico específico e condição de cada paciente. Pacientes em observação por possível infarto agudo do miocárdio podem ter verificação de pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio a cada 1 hora durante as primeiras 4-6 horas, depois podendo reduzir para a cada 4 horas se permanecem estáveis. Pacientes em observação por dor abdominal aguda podem ter verificação a cada 2-4 horas com monitorização contínua de frequência cardíaca se apresentam sinais de possível choque ou hemorragia.

Pacientes pediátricos podem necessitar verificação mais frequente dependendo da idade e condição. Pacientes em estado pós-operatório imediato podem necessitar verificação a cada 15-30 minutos durante primeira hora, depois a cada 1 hora durante as próximas horas. Protocolos específicos serão desenvolvidos para diferentes condições clínicas, mas regra geral é que qualquer mudança clínica significativa observada pelo enfermeiro justifica verificação imediata de sinais vitais e notificação do médico.

Reavaliação Clínica Periódica

Além de verificação contínua de sinais vitais, reavaliação clínica periódica completa é realizada em intervalos definidos. Para pacientes em observação por 24 horas, reavaliação é realizada a cada 8 horas ou antes se mudança clínica é observada. Reavaliação inclui: entrevista breve com paciente perguntando sobre evolução de sintomas; exame físico focado na queixa principal ou na condição sendo investigada; verificação de sinais vitais completos; revisão de medicações e tolerância; avaliação de necessidade de medicação adicional para alívio de sintomas; determinação de necessidade de continuação da observação ou possibilidade de alta.

Mudanças clínicas significativas durante observação (por exemplo, piora de dor, surgimento de novo sintoma, deterioração de nível de consciência, queda de pressão arterial, aumento de frequência cardíaca, queda de saturação de oxigênio) requerem notificação imediata do médico responsável, documentação clara no prontuário e possível reavaliação médica urgente.

Documentação e Registro no Prontuário Eletrônico

Sistema de Registro em Tempo Real

Todos os dados coletados durante permanência nos leitos de observação deverão ser registrados no prontuário eletrônico em tempo real ou logo após coleta. O registro incluirá: data, hora e motivo de admissão no leito de observação; diagnóstico clínico de admissão; sinais vitais basais coletados na admissão; medicações administradas com data, hora, via, dose e profissional que administrou; procedimentos realizados; evolução clínica ao longo do tempo; resposta a tratamentos implementados; novos sintomas que apareçam durante observação; resultado de exames complementares quando disponíveis; reavaliações clínicas periódicas; decisão de alta ou encaminhamento.

Anotações de enfermagem deverão ser breves mas informativas e focadas em observações clínicas relevantes. Exemplo de boa anotação: "Paciente acordado, orientado, refere dor torácica 4/10 em região precordial, referida como pressiva. PA 135/85, FC 82, FR 18, SpO2 98%, Temp 36,8. Dispensado ECG seriado sem alterações. Medicado com dipirona 500mg IV. Permanecerá em observação conforme protocolo de síndrome coronariana."

Anotações deverão ser feitas a cada mudança clínica significativa, a cada verificação de sinais vitais conforme protocolo, ou em intervalos regulares (por exemplo, a cada 4 horas) se paciente está estável. Qualidade de documentação é importante tanto para continuidade de cuidado quanto para fins legais e medico-legais em caso de complicações ou eventos adversos.

Gráfico de Monitorização Visual

Um gráfico visual dos sinais vitais será mantido para cada paciente, permitindo visualização rápida de tendências ao longo do tempo de observação. Esse gráfico pode ser eletrônico (gerado automaticamente pelo monitor ou sistema informatizado) ou manuscrito em papel apropriado. Se pressão arterial era 140/90 na admissão, 135/88 após 4 horas, 130/85 após 8 horas, visualização rápida do gráfico mostra tendência de melhora com tratamento. Se saturação de oxigênio era 95% na admissão e declinou para 90% após 6 horas, alerta visual rápido para possível deterioração respiratória.

Gráficos devem estar claramente visíveis para todos os profissionais que cuidam do paciente, facilitando comunicação e tomada de decisão. Símbolos padronizados (cores para diferentes parâmetros, marcas para eventos importantes) facilitam leitura rápida.

Procedimentos Comuns nos Leitos de Observação

Coleta de Exames Complementares

Muitos pacientes nos leitos de observação necessitam de exames complementares para investigação diagnóstica. Sangue para hemograma, coagulação, bioquímica é frequentemente coletado na admissão e possivelmente repetido em horários subsequentes dependendo do protocolo clínico. Profissional treinado em flebotomia ou enfermeiro realiza coleta de sangue em tubos apropriados de acordo com o tipo de exame a ser realizado (tubo com EDTA para hemograma, tubo com citrato para coagulação, tubo seco para soro para bioquímica, etc), com identificação clara do paciente no tubo.

Amostra é enviada imediatamente para laboratório onde será processada conforme rotina. Se resultado é urgente (por exemplo, troponina para investigação de infarto), comunicação direta com laboratório pode acelerar resultado. Eletrocardiograma pode ser realizado no leito com aparelho portátil ou paciente pode ser transportado para sala de ECG se estável clinicamente. Ultrassom pode ser realizado à beira do leito se aparelho portátil está disponível e paciente não pode ser movimentado com segurança. Radiografia pode ser realizada com aparelho portátil na unidade ou paciente pode ser transportado para sala de radiologia se adequadamente estável.

Administração de Medicações

Medicações são administradas conforme prescrição médica escrita ou eletrônica. Via intravenosa é frequente nos leitos de observação. Enfermeiro ou técnico de enfermagem verifica prescrição, confirma dose com paciente, administra medicação, registra no prontuário data, hora, medicação, dose, via, lote e profissional que administrou. Se paciente relata reação adversa a medicação (alergia, náusea, vômito, tremor),

medicação é descontinuada imediatamente, evento é documentado no prontuário, e médico é notificado imediatamente.

Documentação de medicações no prontuário eletrônico é crítica para evitar duplicação de doses e para rastreabilidade em caso de eventos adversos.
Jejum e Alimentação Conforme Protocolos

Muitos pacientes nos leitos de observação estarão em jejum porque podem necessitar de procedimento que requeira anestesia, procedimento cirúrgico, ou porque protocolo clínico recomenda jejum (por exemplo, pacientes com dor abdominal aguda onde diagnóstico ainda não está definido). Informação sobre jejum deverá estar claramente comunicada ao paciente e documentada no prontuário. Se paciente pode receber líquidos ou alimentos, oferta é feita conforme tolerância (geralmente começando com água potável, depois expandindo para bebidas leves, depois alimentação leve conforme tolerância).

Alguns pacientes podem receber soro fisiológico por via intravenosa para manter hidratação se em jejum prolongado ou se história de vômitos ou diarréia. Pacientes pediátricos necessitam atenção especial com relação à nutrição mesmo em observação breve.

Critérios de Evolução e Prognosticação

Melhora Clínica e Critérios para Alta

Se paciente admitido com dor abdominal aguda melhora progressivamente com tratamento conservador, dor diminui ou desaparece, abdômen fica menos tenso e indolor à palpação, exames complementares (como ultrassom abdominal) descartam condições que necessitem intervenção cirúrgica, e paciente está apto e desejoso de retornar para casa, critério para alta pode ser atingido. Médico responsável avalia se paciente pode retornar para casa com segurança, prescreve medicações para casa

conforme indicado, oferece orientações sobre quando retornar ao pronto atendimento (se dor voltar, se surgirem novos sintomas, se vômitos persistirem).

Documento de alta é preparado contendo: diagnóstico final após investigação; exames realizados e resultados; medicações prescritas para casa; orientações de cuidado em casa; recomendações de atividade e repouso; sinais de alarme que justificam retorno imediato; informações sobre quando procurar atenção básica para acompanhamento conforme necessário. Cópia de alta é fornecida ao paciente para levar para casa.

Piora Clínica e Necessidade de Encaminhamento para Internação Hospitalar

Se paciente admitido com abdômen agudo piora durante observação, apresenta piora progressiva de dor, sinais vitais se deterioram (pressão arterial cai, frequência cardíaca aumenta significativamente, respiração fica rápida e superficial), exames complementares mostram necessidade de intervenção cirúrgica ou complicação maior, encaminhamento para cirurgia é realizado imediatamente. Médico comunica ao paciente necessidade de cirurgia, obtém consentimento informado, prescreve medicações pré-operatórias (como antibiótico profilático), prepara paciente para jejum apropriado, e encaminha para centro cirúrgico.

Se paciente admitido para observação desenvolve piora progressiva que não responde a tratamento clínico, necessidade de internação em unidade de terapia intensiva pode surgir. Se pressão arterial cai progressivamente apesar de reposição volêmica intravenosa, se paciente desenvolve dificuldade respiratória requerendo intubação, se qualquer outra complicação grave emerge, contato é feito com Unidade de Terapia Intensiva para avaliação de vaga e transferência apropriada. Transferência é realizada após confirmação de vaga, com monitorização contínua

durante o transporte, e com comunicação de informações clínicas relevantes para a equipe receptora.

Comunicação com Paciente e Familia

Informação Clara e Acessível

Paciente e familia devem receber informação clara, acessível e em linguagem compreensível sobre por que paciente está nos leitos de observação, qual é o diagnóstico clínico estabelecido ou hipótese diagnóstica sendo investigada, quais exames serão realizados e por quê, qual é o plano de tratamento, qual é o prognóstico esperado baseado em evidências, e qual é o tempo estimado de permanência. Informação deve ser fornecida em linguagem clara sem jargão médico excessivo.

Exemplo de comunicação apropriada: "Seu familiar chegou ao pronto atendimento com dor no peito. Realizamos eletrocardiograma que mostrou algumas mudanças que podem ser por estresse emocional ou por outro motivo. Para ter segurança absoluta de que não é problema do coração, vamos deixá-lo aqui no leito de observação por cerca de 24 horas, fazer mais um eletrocardiograma em 6 horas, e fazer um exame de sangue especial que ajuda a descartar infarto. Se tudo continuar normal, ele poderá ir para casa com recomendação de consultar cardiologista de forma não-urgente."

Permissão e Integração de Acompanhantes

Acompanhantes devem ser permitidos nos leitos de observação, particularmente se paciente é pediátrico, idoso, tem demência, ou tem necessidade especial. Acompanhante pode oferecer suporte emocional, ajudar em cuidados de conforto (ajudar com higiene pessoal, oferecer água, ajudar a trocar de posição), e servir como elo de comunicação se paciente tiver dificuldade de entender informações complexas.

Acompanhante deve ser orientado sobre regras da unidade (não desconectar equipamento, não fumar, chamar enfermeiro se paciente necessita algo) mas deve ser bem-vindo e integrado ao cuidado.

Protocolos de Segurança nos Leitos de Observação

Prevenção de Quedas

Pacientes nos leitos de observação, particularmente idosos, pacientes medicados com sedativos, ou pacientes com alteração do nível de consciência, têm risco de queda. Prevenção inclui: cama com grades laterais levantadas durante repouso; aviso visual de risco de queda colocado no leito e no prontuário eletrônico; instrução clara ao paciente de não sair do leito sem chamar enfermeiro; profissional presente ou próximo se paciente necessita sair do leito para banheiro; piso limpo e seco sem obstáculos; iluminação adequada durante noite; sapatos não-derrapantes se paciente sair do leito.

Prevenção de Infecção Cruzada

Higiene de mãos é essencial antes e após contato com cada paciente. Profissionais lavam mãos com água e sabonete ou usam álcool gel. Se paciente tem ferida aberta ou está em isolamento por infecção transmissível, equipamento de proteção pessoal apropriado (luva, máscara, avental, protetor ocular conforme indicado) é utilizado. Materiais de curativo e equipamento são utilizados uma vez e descartados de forma apropriada. Limpeza da cama e do leito é realizada após alta do paciente com desinfetante apropriado.

Prevenção de Úlcera de Pressão

Pacientes que permanecem nos leitos de observação por mais de 24 horas têm risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, particularmente se têm

mobilidade reduzida. Prevenção inclui: mudança de posição a cada 2 horas em pacientes de risco; colchão especial com pressão alternante se paciente tem risco alto; limpeza e secagem cuidadosa de áreas de pressão (sacro, calcanhares, ombros, cotovelos); avaliação diária da integridade da pele com documentação de qualquer eritema ou lesão.

Equipe Profissional e Responsabilidades

Médico Responsável pelos Leitos de Observação

Um médico deverá estar disponível como responsável pelos leitos de observação, podendo ser mesmo médico que trabalha na emergência ou médico designado especificamente para esta função dependendo do volume. Responsabilidades incluem: avaliação clínica inicial e prescrição de observação; revisão de exames complementares conforme chegam e interpretação apropriada; reavaliação clínica periódica do paciente em observação (mínimo uma vez a cada 12 horas, mas frequência maior conforme estabilidade clínica); tomada de decisão sobre alta ou encaminhamento para internação; discussão com paciente e familia sobre evolução clínica; comunicação clara com enfermagem sobre mudanças clínicas.

Enfermeiro de Observação

Um ou mais enfermeiros deverão estar permanentemente presentes nos leitos de observação, sendo responsáveis por: acolhimento apropriado de pacientes; verificação de sinais vitais conforme protocolo; observação clínica contínua e cuidadosa; administração de medicações; realização de procedimentos de enfermagem; coleta de exames quando necessário; comunicação com médico sobre mudanças clínicas; documentação completa no prontuário; cuidados de conforto e higiene; educação ao paciente e familia sobre condição de saúde.

Técnico de Enfermagem

Um ou mais técnicos de enfermagem podem auxiliar o enfermeiro em atividades de suporte: verificação de sinais vitais sob supervisão; cuidados com higiene pessoal do paciente; transporte de paciente se necessário; preparação de materiais e equipamentos; limpeza e organização da unidade; reabastecimento de suprimentos.

Fluxo de Alta dos Leitos de Observação

Preparação para Alta Apropriada

Após decisão de alta é tomada pelo médico responsável, preparação detalhada para alta é realizada. Médico prescreve medicações para casa conforme indicado para continuidade de tratamento.

Se paciente foi admitido por condição crônica agudizada ou por problemas de saúde relacionados a estilo de vida, recomendações sobre modificações de estilo de vida são oferecidas (por exemplo, redução de sódio na dieta, aumento de exercício físico gradual, redução de estresse). Se paciente necessita acompanhamento especializado, referência para especialista apropriado é fornecida com informações de contato e instruções claras.

Paciente recebe orientações escritas e verbais sobre medicações para casa (nomes das medicações, doses, horários, como tomar, com ou sem alimento, possíveis efeitos colaterais). Sinais de alarme que justificam retorno imediato ao pronto atendimento são listados claramente (por exemplo: "Retorne imediatamente se apresentar febre acima de 38,5 graus, piora significativa de dor, vômito persistente, sangramento, dificuldade para respirar, perda de consciência, ou qualquer outro sintoma que o preocupe"). Recomendações de atividade física são oferecidas (por exemplo: "Repouso em casa por 2-3 dias, evite atividades pesadas por uma semana").

Documentação de Alta Completa

Resumo de alta é preparado documentando com clareza: diagnóstico de admissão; diagnóstico final após investigação nos leitos de observação; exames realizados e resultados; procedimentos realizados; medicações administradas durante observação; medicações prescritas para casa; recomendações e restrições; data e hora de alta; médico responsável pela alta; assinatura apropriada.

Este documento é essencial tanto para registro clínico quanto para possibilitar que médico de atenção básica tenha informação clara sobre atendimento realizado.

Cópia de resumo de alta é fornecida ao paciente para levar para casa, facilitar agendamento de consulta com especialista se necessário, e para referência posterior se paciente necessitar buscar outra unidade de saúde.

Cópia permanece arquivada no prontuário eletrônico para referência futura.
Avaliação de Satisfação do Usuário

Paciente pode ser convidado a responder questionário breve de satisfação sobre sua experiência nos leitos de observação, permitindo feedback importante sobre qualidade do atendimento. Perguntas podem incluir: foi tratado com respeito e dignidade pelos profissionais?; profissionais responderam suas dúvidas de forma clara?; ambiente estava limpo, organizado e confortável?; oferecimento de comida e bebida foi apropriado?; teria conforto para recomendar este serviço a outras pessoas? Respostas são analisadas pela equipe e utilizadas para melhorias contínuas no atendimento.

Indicadores de Desempenho para Leitos de Observação

Taxa de Ocupação dos Leitos

Taxa de ocupação dos leitos de observação deverá ser monitorada continuamente como indicador de utilização apropriada. Taxa muito baixa (menor que 40%) sugere que leitos não estão sendo utilizados adequadamente, critérios de admissão podem estar muito restritivos, ou marketing apropriado sobre disponibilidade de leitos não está ocorrendo. Taxa muito alta (maior que 95%) sugere que leitos estão cronicamente congestionados e que pacientes podem estar permanecendo mais tempo que o necessário ou que mais leitos são necessários. Meta desejável é 70-85% de ocupação média.

Tempo Médio de Permanência nos Leitos

Tempo médio de permanência deverá ser monitorado para diferentes diagnósticos. Para investigação de possível infarto agudo do miocárdio, tempo médio esperado é 12-24 horas. Para dor abdominal aguda sob observação clínica, tempo esperado é 6-12 horas. Para traumatismo craniano leve, tempo esperado é 6-24 horas dependendo de evolução. Tempos muito prolongados (por exemplo, paciente permanecendo 48 horas quando esperado era 12 horas) podem indicar problemas na organização do fluxo, problemas na tomada de decisão clínica, ou problemas em encaminhar pacientes para internação quando necessário.

Taxa de Alta Direta para Casa

Percentual de pacientes que recebem alta dos leitos de observação diretamente para casa (versus aqueles encaminhados para internação hospitalar, encaminhados para outro serviço, ou que apresentam complicação) deverá ser monitorado. Taxa alta de altas para casa (70-85%) sugere que critérios de admissão estão apropriados e que pacientes estão recebendo observação adequada para resolução clínica. Taxa muito baixa

pode indicar que muitos pacientes admitidos realmente necessitam internação e poderiam ter sido encaminhados diretamente para isso.

g) Fluxos para solicitação e realização de exames

Noutro ponto, vejamos que a proposta compreenderá a organização dos fluxos para solicitação e realização de exames no Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme diretrizes do Chamamento Público nº 002/2025.

Os fluxos propostos garantem que requisições de exames sejam processadas de forma rápida, acurada e eficiente, com rastreabilidade completa desde a indicação clínica até a disponibilização de resultados e interpretação diagnóstica.
O sistema integra profissionais de saúde, técnicos de laboratório, sistemas informatizados e protocolos padronizados para assegurar qualidade, segurança e oportunidade na realização de investigações complementares.

Fundamentação Legal e Normativa

A solicitação e realização de exames complementares constitui componente essencial da prática clínica em urgência e emergência, permitindo confirmação diagnóstica, estratificação de risco e orientação de condutas terapêuticas. O Plano Nacional de Humanização reforça que acesso oportuno a investigações diagnósticas é direito do paciente e responsabilidade institucional.

Normas da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial estabelecem padrões de qualidade para coleta, transporte, processamento e análise de amostras biológicas. Conformidade com regulamentações de vigilância sanitária exige documentação completa de todos os procedimentos, rastreabilidade de amostras e protocolos de controle de qualidade.

Estrutura Geral dos Fluxos de Exames

Classificação de Exames por Tipo

Exames complementares realizados no Pronto Atendimento de Jacupiranga serão classificados em categorias funcionais.

A primeira categoria compreende exames realizados internamente no pronto atendimento: eletrocardiograma, glicemia capilar, oximetria, testes rápidos (teste rápido de COVID-19, teste rápido de gravidez, teste rápido de malária conforme epidemiologia local), teste de Mantoux quando indicado, medição de pressão arterial contínua, monitorização de sinais vitais.

A segunda categoria compreende exames laboratoriais que requerem coleta e processamento em laboratório central ou laboratório associado: hemograma, coagulação, bioquímica (eletrólitos, creatinina, glicose, transaminases), gasometria arterial ou venosa, análise de urina (EAS), culturas bacterianas, sorologias.

A terceira categoria compreende exames de diagnóstico por imagem: radiografia (tórax, abdômen, membros), ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética.

Estrutura de Integração de Fluxos

Os fluxos de solicitação e realização de exames serão completamente integrados ao sistema informatizado do pronto atendimento.

Quando médico decide que exame é necessário, prescrição é registrada no prontuário eletrônico utilizando campo específico para requisição de exames.

Sistema automaticamente valida se prescrição atende aos padrões de segurança (por exemplo, evita prescrição duplicada, verifica contraindicações baseadas em histórico clínico do paciente, valida doses de radiação acumulada para exames radiológicos).

Após validação, requisição é automaticamente encaminhada para setor apropriado: se é exame realizado internamente, notificação é enviada para profissional responsável; se é exame laboratorial, amostra é coletada e roteada para laboratório; se é exame de imagem, agendamento é realizado ou paciente é encaminhado conforme disponibilidade.

Fluxo Detalhado de Solicitação de Exames Laboratoriais

Indicação Clínica e Prescrição Médica

Quando médico responsável pelo paciente identifica necessidade de exame laboratorial, este profissional avalia qual teste específico é mais apropriado para responder à questão clínica em pauta.

Por exemplo, paciente com dor torácica requer dosagem de troponina para investigação de síndrome coronariana; paciente com febre requer hemograma e proteína C reativa para avaliação de inflamação/infecção; paciente com suspeita de sepse requer hemograma, lactato, hemocultura e procalcitonina; paciente com suspeita de intoxicação requer teste toxicológico específico.

Prescrição é realizada no prontuário eletrônico através de interface dedicada, onde médico seleciona teste desejado de lista padronizada de exames disponíveis.

Sistema exibe para o médico: justificativa clínica esperada pelo teste (para reforçar apropriação), valor de referência normal para aquele teste, tempo esperado para resultado, qualquer preparo necessário do paciente (jejum,

repouso, etc), e qualquer contraindicação ou fator que poderia afetar resultado.

Após seleção, médico finaliza prescrição que é instantaneamente visível para todo profissional que cuida do paciente (enfermeiros, técnicos, recepção).

Processamento Administrativo da Requisição

Imediatamente após prescrição médica ser finalizada no prontuário eletrônico, sistema gera automaticamente requisição de exame que é roteada para setor de coleta/processamento apropriado. Para exames laboratoriais, requisição exibe: nome completo do paciente, número de prontuário, data de nascimento (para evitar trocas de amostras), tipo de exame solicitado, horário de solicitação, médico solicitante, indicação clínica breve, qualquer observação especial (por exemplo, "paciente com dificuldade de coleta por trombose venosa profunda, tentar acesso em outro braço").

Requisição é impressa em papel com código de barras único para rastreamento, ou mantida puramente eletrônica se laboratório tem sistema informatizado integrado. Identificação visual do paciente é confirmada e pulseira com código de barras é verificada para garantir que amostra será coletada de paciente correto. Se paciente já recebeu alta ou foi transferido, sistema alerta profissional para que prescrição seja cancelada ou reenviada conforme necessário, evitando coleta desnecessária.

Preparação do Paciente para Coleta

Antes de coleta de material biológico, paciente recebe orientação clara sobre preparo necessário. Para exames que requerem jejum (por exemplo, colesterol, glicose em jejum, lipidograma), paciente é informado que deve não ingerir alimentos por período mínimo (geralmente 8-12 horas, com

variação conforme tipo de exame), embora água é permitida. Para exames que requerem repouso (por exemplo, teste de tolerância à glicose), paciente é orientado a permanecer sentado ou deitado por período de tempo antes da coleta.

Para pacientes que estão em medicações específicas, médico determina se medicação pode ser continuada ou deve ser suspensa antes da coleta. Por exemplo, paciente em anticoagulante que necessita coagulação pode ter resultado falsamente alterado, portanto informação sobre uso de anticoagulante deve acompanhar amostra. Pacientes são informados sobre possíveis reações ou desconfortos durante ou após coleta (por exemplo, pequeno hematoma após punção venosa é comum e geralmente desaparece em dias).

Coleta de Material Biológico

Coleta de amostra é realizada por profissional treinado e credenciado: flebotomista, técnico de laboratório, enfermeiro ou técnico de enfermagem com treinamento específico em coleta. Profissional de coleta verifica requisição de exame no sistema informatizado e confirma: nome do paciente, tipo de exame a ser coletado, tipo de amostra necessária (sangue, urina, fezes, etc), tubo apropriado para coleta (pois diferentes tipos de amostra requerem tubos com diferentes aditivos).

Para coleta de sangue venoso, local de punção é selecionado preferencialmente em veia do antebraço (cefálica, basílica, mediana cúbita), evitando local de hematomas ou cicatrizes. Pele é desinfetada com álcool 70% e deixada secar completamente (não é permitido soprar ou agitar para secar, pois isso reintroduz contaminação). Agulha de calibre apropriado é selecionada (18-22G para maioria dos casos, calibres menores apenas em pacientes com dificuldade de acesso como criança ou paciente em quimioterapia).

Aplicação de torniquete é realizada aproximadamente 5 cm acima do local de punção, confortavelmente (não tão apertado que corte circulação completamente).

Punção é realizada com bisel da agulha voltado para cima, ângulo de 15-30 graus com a pele. Entrada na veia é confirmada por visualização de sangue fluindo para tubo. Tubo com anticoagulante apropriado é preenchido completamente (volume inadequado de sangue vs. anticoagulante altera proporção e invalida resultado).

Se múltiplos tubos são necessários (para diferentes testes), ordem de coleta segue protocolo: primeiramente hemoculturas (se necessário, para evitar contaminação), depois tubo com citrato (coagulação), depois tubo com EDTA (hemograma), depois tubo seco (soro para bioquímica). Após preenchimento de todos os tubos necessários, torniquete é removido e agulha é retirada. Gaze é colocada sobre local de punção com pressão leve durante 1-2 minutos (mais se paciente está em anticoagulante).

Tubos são imediatamente identificados com etiqueta contendo: nome completo do paciente, número de prontuário, data e hora da coleta, tipo de amostra, tubo de coleta. Amostra é colocada em recipiente apropriado para transporte, mantendo temperatura correta conforme tipo de exame (algumas amostras requerem temperatura ambiente, outras requerem refrigeração, outras requerem congelamento).

Para coleta de urina, paciente é instruído sobre procedimento: descarta-se primeira porção de urina, coleta-se porção intermediária (jato intermediário) em recipiente estéril fornecido. Recipiente é identificado com informações do paciente e tempo de coleta (importante para alguns testes, como proteinúria de 24 horas).

Para coleta de fezes para parasitológico, paciente recebe frasco estéril apropriado e é instruído a evitar contaminação com urina ou papel

higiênico. Amostra é recolhida dentro de 2 horas e mantida em temperatura ambiente.

Transporte da Amostra

Após coleta, amostra é transportada rapidamente para laboratório onde será processada. Transporte segue protocolo de biossegurança: amostra é colocada em recipiente estéril com tampa bem vedada, identificação externa clara, amostra de sangue mantém temperatura ambiente a menos que protocolo exija refrigeração (gasometria requer gelo, por exemplo).

Amostras são organizadas em estante ou caixa de transporte, separadas por tipo (sangue com sangue, urina com urina, etc) para evitar vazamentos cruzados.

Tempo de transporte do local de coleta para laboratório deve ser minimizado. Idealmente, amostras chegam ao laboratório dentro de 30 minutos de coleta para maioria dos testes. Para alguns testes específicos, tempo é crítico: gasometria arterial deve chegar ao laboratório dentro de 10-15 minutos, hemocultura deve ser processada dentro de 2 horas, troponina pode ser processada até 6 horas após coleta.

Rastreamento de transporte é documentado: responsável pela coleta assina que amostra foi coletada, responsável pelo transporte assina que amostra foi transportada, responsável pelo laboratório assina que amostra foi recebida. Este trilha de rastreamento é importante para fins de controle de qualidade e responsabilidade em caso de resultado inesperado ou reclamação.

Recebimento e Processamento no Laboratório

Quando amostra chega ao laboratório, profissional responsável verifica: integridade da amostra (não vazada, amostra não hemolisada, quantidade

suficiente), identificação da amostra confere com código de barras do sistema, tipo de tubo utilizado é correto para teste prescrito. Se alguma irregularidade é identificada, amostra é rejeitada e novo aviso é enviado para profissional que realizou coleta, solicitando recolhimento.

Se amostra é aceita, ela é processada no equipamento laboratorial apropriado conforme tipo de teste. Sistema informatizado do laboratório recebe requisição eletrônica do pronto atendimento, então após análise, resultado é automaticamente comparado com valores de referência e bandeiras (flags) são geradas se resultado está significativamente acima ou abaixo do normal. Por exemplo, se glicose está acima de 400 mg/dL, bandeira de alerta é gerada.

Disponibilização e Interpretação de Resultados

Após processamento e validação pelo laboratorista (para descartar erros óbvios), resultado é liberado no sistema informatizado e instantaneamente fica visível para todos profissionais autorizados que cuidam do paciente. Médico responsável pode ver resultado no prontuário eletrônico enquanto ainda está no pronto atendimento atendendo paciente, permitindo discussão imediata com paciente sobre resultado.

Alguns resultados críticos (por exemplo, glicose < 50 mg/dL, potássio < 2,5 mEq/L ou > 6,5 mEq/L, troponina elevada, hemocultura positiva com organismo sensível apenas a antibióticos específicos) dispararam notificação imediata: laboratório telefona diretamente para médico responsável para comunicar resultado crítico, evitando que resultado fique esperando por leitura. Comunicação é documentada: quem comunicou, quem recebeu, horário, confirmação de que médico compreendeu resultado.

Resultado é interpretado no contexto clínico do paciente. Às vezes resultado "fora dos padrões de referência" é normal para aquele paciente

específico (por exemplo, paciente com doença renal crônica pode ter creatinina consistentemente elevada). Médico avalia se resultado altera diagnóstico, prognóstico ou conduta clínica. Se alterar, mudança no plano de tratamento é documentada no prontuário. Se não alterar, observação é feita sobre isso.

Fluxo Detalhado de Solicitação e Realização de Eletrocardiogramas

Indicação e Prescrição

Eletrocardiograma é indicado para pacientes com suspeita de condições cardíacas agudas (síndrome coronariana, infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar, miocardite, pericardite), arritmias, alterações de eletrólitos que afetem condução cardíaca, ou qualquer paciente com dor torácica, dispneia, palpitações ou síncope. Prescrição é realizada no prontuário eletrônico pelo médico, indicando se é ECG de repouso simples (12 derivações padrão), ECG seriado (múltiplos ECGs em intervalos para detectar evolução de isquemia), ou ECG com esforço se paciente está estável e teste de esforço é indicado (menos comum em pronto atendimento).

Realização do Exame

ECG é realizado à beira do leito utilizando máquina portátil de ECG com capacidade de gerar e armazenar traçados digitalmente. Paciente é posicionado em posição supina (deitado) em maca confortável, relaxado. Pele do paciente é higienizada em local onde eletrodos serão colocados (tórax, pulsos, tornozelos) para melhorar condução elétrica. Eletrodos adesivos descartáveis são colocados em posições padronizadas: dois eletrodos nos pulsos (derivações dos membros superiores), dois eletrodos nos tornozelos (derivações dos membros inferiores), seis eletrodos no tórax em posições específicas (V1-V6).

Máquina de ECG é ligada e paciente é instruído a permanecer imóvel e tranquilo durante registro (geralmente 10-15 segundos). Máquina registra atividade elétrica do coração em múltiplas derivações, gerando traçado que mostra frequência cardíaca, ritmo, presença de isquemia, infarto prévio, alterações de eletrólitos, ou outras anormalidades.

Traçado é instantaneamente visualizado na tela da máquina e simultaneamente armazenado digitalmente. Máquina oferece interpretação automatizada (por exemplo, "Achados sugestivos de infarto agudo anterior"), embora esta interpretação automatizada deve ser confirmada por médico experiente. Traçado é transferido para prontuário eletrônico do paciente como imagem digital acessível a qualquer momento.

Interpretação Médica

Médico responsável revisa ECG no prontuário eletrônico e realiza interpretação sistemática: frequência cardíaca (normal 60-100 bpm), ritmo (regular ou irregular, presença de arritmia), eixo (normal, desvio para direita ou esquerda), segmentos ST (elevado, deprimido, normal), onda T (normal, invertida, proeminente), complexo QRS (duração normal ou alargado). Presença de qualquer achado anormal é comunicada ao paciente e alterações no tratamento são implementadas conforme indicado.

Se ECG mostra elevação de ST sugestiva de infarto agudo do miocárdio anterior, por exemplo, ativação de protocolo de angioplastia coronariana emergencial é realizada imediatamente. Se ECG mostra fibrilação atrial com resposta ventricular rápida, medicação para controle de frequência é administrada. Se ECG está normal mas clínica permanece sugestiva de síndrome coronariana, ECG é repetido em intervalos (por exemplo, a cada 3-6 horas) para detectar mudanças evolutivas.

Fluxo Detalhado de Solicitação e Realização de Exames de Imagem

Indicação e Prescrição de Radiografia

Radiografia é indicada para avaliação de trauma (fraturas, contusões, hemomediastino), investigação de dor torácica (pneumonia, derrame pleural, pneumotórax), abdominal agudo (ar livre sugerindo perfuração, obstrução), ou extremidades. Prescrição é realizada no prontuário indicando: região corporal a ser radiografada (tórax, abdômen, membro específico), tipo de radiografia (PA - posteroanterior, lateral, oblíqua, conforme indicado), e qualquer observação especial (por exemplo, "paciente imobilizado, não transportar").

Realização da Radiografia

Se paciente está clinicamente estável, é transportado para sala de radiologia se disponível. Se paciente está instável ou impossível de ser movimentado com segurança, aparelho portátil de radiografia é trazido para local onde paciente está (sala de emergência, leito de observação). Paciente é posicionado conforme indicado para tipo de radiografia (para radiografia de tórax PA, paciente fica em pé frente ao aparelho; para tórax portátil em paciente deitado, placa é colocada atrás do paciente enquanto tubo de raios-X está frente).

Profissional radiológico aplica proteção de chumbo quando necessário (para proteger gônadas ou outros órgãos sensíveis a radiação), tira radiografia, e imediatamente visualiza em tela de computador para confirmar qualidade (imagem bem-posicionada, sem artefatos, adequadamente exposta). Se qualidade está comprometida, segunda radiografia é obtida. Imagem é armazenada digitalmente e enviada para prontuário eletrônico do paciente.

Interpretação de Radiografia

Radiografa é interpretada por médico radiologista (idealmen te) ou por médico com experiência em interpretação de imagens. Interpretação segue sistematização: para tórax, avalia-se silhueta cardíaca, campos pulmonares (procura infiltrados, consolidações, derrame, pneumotórax), mediastino, estruturas ósseas. Para abdômen, avalia-se presença de ar livre, distribuição de alças intestinais, presença de níveis de líquido, silhueta hepática. Para extremidades, avalia-se continuidade óssea (presença de fraturas), alinhamento, espaço articular, partes moles.

Achados são documentados em laudo descritivo que é adicionado ao prontuário e comunicados ao médico clínico responsável. Se achados são agudos e críticos (por exemplo, pneumotórax hipertensivo comprimindo coração), comunicação imediata é realizada por telefone. Se achados requerem investigação adicional (por exemplo, radiografia de tórax mostra infiltrado pulmonar requerendo tomografia de alta resolução para caracterizar), encaminhamento para exame adicional é realizado.

Indicação e Prescrição de Ultrassonografia

Ultrassonografia é indicada para avaliação de estruturas abdominais (fígado, vesícula, rim, pancreás, baço) em pacientes com dor abdominal aguda, para avaliação rápida em trauma (FAST - Focused Assessment with Sonography for Trauma), para avaliação de derrame pericárdico em pacientes com instabilidade hemodinâmica suspeita de tamponamento, para avaliação de trombose venosa profunda em membros inferiores.

Realização da Ultrassonografia

Ultrassom pode ser realizado à beira do leito usando máquina portátil de ultrassom. Paciente é posicionado conforme necessário para visualização da estrutura de interesse (deitado para avaliação abdominal, posição semi-reclinada para avaliação pericárdio, membro elevado para avaliação vascular). Gel ultrassônico é aplicado na pele para permitir boa

transmissão de ondas sonoras. Transdutor é movimentado sobre pele em múltiplos planos para visualizar estrutura de interesse em diferentes ângulos.

Imagens são capturadas em tempo real na tela da máquina e simultaneamente armazenadas digitalmente. Para estruturas específicas (por exemplo, pericárdio), medições são realizado (medindo distância de efusão para avaliar tamanho do derrame). Imagens são transferidas para prontuário eletrônico.

Indicação e Prescrição de Tomografia Computadorizada

Tomografia é indicada para investigação de trauma com risco de lesão intracraniana ou lesão abdominal oculta, avaliação de abdômen agudo quando etiologia não está clara, avaliação de tórax quando radiografia simples não esclareceu o diagnóstico, avaliação de stroke (para diferenciar isquêmico de hemorrágico).

Realização da Tomografia

Se paciente está clinicamente estável, é transportado para sala de tomografia após confirmação de que não há contraindicações (por exemplo, paciente gestante não deve realizar tomografia sem justificativa muito grave, paciente com claustrofobia pode ter dificuldade). Paciente é posicionado em maca que se move dentro do gantry (abertura da máquina) enquanto detector de raios-X captura imagens em múltiplos níveis.
Se contraste é necessário (para melhorar visualização de estruturas vasculares ou para avaliar perfusão de órgão), é administrado por via intravenosa ou oral conforme indicado. Paciente recebe orientação para permanecer imóvel durante aquisição (alguns segundos a alguns minutos dependendo do protocolo). Imagens são processadas por computador e reconstruções multiplanares são geradas.

Interpretação de Tomografia

Tomografia é interpretada por radiologista experiente. Para tomografia de crânio em trauma, avalia-se presença de hemorragia intracraniana, contusão cerebral, edema, deslocamento de linha média (sinal de lesão estrutural significativa). Para tomografia de abdômen em trauma, avalia-se integridade de órgãos sólidos (fígado, rim, baço, pâncreas), presença de sangramento livre, lesão de órgãos ocos. Laudo detalhado é gerado e comunicado ao médico clínico.

Se achados requerem intervenção urgente (por exemplo, tomografia mostra sangramento abdominal volumoso requerendo cirurgia imediata), ativação de protocolo de emergência é realizada. Paciente é preparado para centro cirúrgico e cirurgião é notificado imediatamente.

Integração de Fluxos no Sistema Informatizado

Dashboard de Requisições e Resultados

Sistema informatizado do pronto atendimento exibe para médico e enfermagem dashboard que mostra: todas as requisições de exame abertas para cada paciente, status de cada requisição (coletada, processando, resultado disponível), resultado quando disponível com destaque em cor se está dentro ou fora dos valores de referência, histórico de exames anteriores para comparação.

Alertas e Notificações

Sistema automaticamente envia notificações para médico quando: resultado crítico fica disponível, resultado excede limites predefinidos para alerta clínico (por exemplo, potássio muito elevado requerendo intervenção urgente), tempo decorrido desde coleta ultrapassa tempo esperado para

resultado sem que resultado esteja disponível (sugerindo possível problema no processamento).

Rastreabilidade Completa

Toda requisição, coleta, transporte, processamento e liberação de resultado fica registrada no sistema com timestamp e responsável. Se paciente questiona depois por que exame foi realizado, médico pode acessar justificativa clínica que foi documentada. Se resultado vem inesperado ou há reclamação, traço completo pode ser rastreado para identificar onde erro potencial ocorreu.

Protocolos de Qualidade e Segurança

Prevenção de Erros de Coleta e Identificação

Para prevenir coleta de amostra de paciente errado ou mistura de amostras: pulseira de identificação do paciente é verificada imediatamente antes de coleta; amostra é identificada imediatamente após coleta com identificador único que confere com pulseira; amostra é colocada em recipiente apropriado imediatamente após coleta; requisição eletrônica confere com identificador da amostra antes de processamento.

Controle de Qualidade de Amostras

Laboratório implementa protocolos de controle de qualidade interno: amostra é visualmente inspecionada ao receber (hemolisada? Lipêmica? Contaminada?); se qualidade é questionável, amostra é rejeitada e recol eta é solicitada; equipamentos de laboratório são calibrados regularmente conforme protocolo do fabricante; materiais de controle (amostra com valor conhecido) são rodados diariamente para confirmar que equipamento está funcionando corretamente.

Implementação de Recomendações de Coleta

Recomendações de coleta de sangue venoso de órgão profissional credível (SBPC/ML) são implementadas: utilização de agulha apropriada, deixando álcool secar antes de punção, evitando aplicação excessiva de torniquete, preenchimento correto de tubos com volume apropriado de sangue vs. aditivo, homogeneização suave de amostra antes de transporte, evitando hemólise (que invalida muitos testes).

Considerações Finais

Fluxos bem estruturados para solicitação e realização de exames garantem que investigações complementares são realizadas de forma oportuna, acurada e segura. Integração completa com sistema informatizado permite rastreabilidade, reduz erros e melhora qualidade assistencial. Capacitação contínua de profissionais, implementação de protocolos de qualidade e monitoramento de indicadores de desempenho asseguram que sistema se mantém funcionando com excelência. Resultado final é que pacientes recebem investigações diagnósticas necessárias rapidamente, permitindo tomada de decisão clínica fundamentada e melhores desfechos.

h) Processo de controle de infecção e esterilização

Este documento apresenta a proposta abrangente de implementação de processos de controle de infecção e esterilização no Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme diretrizes estabelecidas pela Nota Técnica ANVISA nº 01/2026 e normativas complementares. O processo proposto compreende vigilância estratégica de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), protocolos rigorosos de limpeza e desinfecção, processos de esterilização por calor úmido com controle de qualidade, rastreabilidade completa de materiais através de sistema informatizado, gestão adequada de equipamentos de proteção individual, higiene de mãos padronizada, e liderança técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

A implementação integrada destes processos reduzirá significativamente a transmissão de microrganismos, prevenirá infecções hospitalares, minimizará resistência antimicrobiana e garantirá segurança para pacientes e profissionais da saúde.

Definição adequada da data da infecção é fundamental para determinar se infecção estava presente na admissão, se está relacionada à assistência à saúde (IRAS), se é associada a dispositivo invasivo, qual é o local de atribuição da infecção e o primeiro dia da contagem do prazo para infecção de repetição.

O período de janela da infecção compreende três dias antes e três dias depois da data da coleta do primeiro exame laboratorial com resultado positivo ou realização do primeiro exame de imagem com resultado positivo/alterado ou, na ausência de exames, a data do primeiro sinal ou sintoma específico presente no critério diagnóstico daquela IRAS.

Para ser considerada uma IRAS associada a dispositivo invasivo, paciente deve ter utilizado dispositivo invasivo por período maior que dois dias consecutivos, considerando como D1 (dia um) o primeiro acesso, punção ou ativação do dispositivo. Portanto, infecção será associada a esse dispositivo a partir do D3 (terceiro dia) e continuará sendo associada mesmo se não houver mais punção, acesso ou ativação do cateter até a alta hospitalar. Este critério é essencial para compreensão de risco de infecção relacionado a procedimentos.

RDC nº 15/2012 e Boas Práticas para Materiais Estéreis

A RDC nº 15/2012 orienta sobre condições ambientais, rastreabilidade, separação de fluxos (sujo/limpo/estéril) e armazenamento adequado de materiais. A resolução reforça necessidade de capacitação da equipe e adoção de procedimentos padronizados. Durante transporte, seja manual ou com carrinhos específicos, é importante minimizar vibrações e impactos

que possam comprometer barreira estéril. Ambientes de armazenamento devem ter controle de temperatura e umidade, garantindo que material permaneça em condições ideais até uso. Rastreabilidade é crítica: manter registros precisos sobre cada lote garante controle total do fluxo e facilita auditorias.

Estrutura Organizacional de Controle de Infecção

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será constituída formalmente no Pronto Atendimento de Jacupiranga, com responsabilidade de planejar, coordenar, implementar e supervisionar ações de prevenção e controle de infecções. CCIH atuará como diplomata da segurança, traduzindo dados epidemiológicos em protocolos clínicos que sejam compreensíveis, viáveis e efetivos. A comissão será composta por: médico infectologista (líder técnico), enfermeiro especialista em controle de infecção, responsável administrativo, representante da farmácia, representante da central de material e esterilização, representante da limpeza e higiene ambiental, e representante médico de cada área clínica significativa.

Reuniões da CCIH ocorrerão mensalmente de forma obrigatória, com discussão de indicadores epidemiológicos, análise de eventos adversos relacionados a infecções, revisão de conformidade com protocolos, avaliação de necessidade de treinamento, e discussão de surtos suspeitos. Extraordinariamente, reuniões emergenciais serão convocadas se surtos são identificados ou se eventos críticos ocorrem.

Médico Infectologista como Líder Técnico

O médico infectologista atuará como líder técnico que traduz dados epidemiológicos em protocolos clínicos. Este profissional liderará stewardship de antimicrobianos, garantindo que pressão seletiva de microrganismos seja minimizada através do uso racional de antibióticos. O infectologista estabelecerá critérios para prescrição de antibióticos, revisará prescrições de antimicrobianos em casos específicos, participará de discussão de casos complexos, e orientará equipe sobre mecanismos de resistência e estratégias de prevenção.

Vigilância Estratégica de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Objetivos da Vigilância

A vigilância estratégica de IRAS possui múltiplos objetivos. O primeiro objetivo é orientar estratégias e prioridades de prevenção e controle de infecções, bem como avaliar efetividade e impacto das intervenções implementadas. O segundo objetivo é detectar surtos em tempo oportuno, permitindo ativação rápida de medidas de contenção. O terceiro objetivo é determinar áreas ou situações que requeiram atuação especial da equipe de controle de infecção, da gestão ou de outros profissionais do serviço. O quarto objetivo é compreender dinâmica de transmissão de microrganismos dentro das unidades para implementar medidas de isolamento e coorte de forma eficiente e rápida.

Busca Ativa de Infecções

Busca ativa constitui padrão-ouro para identificação de infecções relacionadas à assistência à saúde. Em estrutura do Pronto Atendimento de Jacupiranga, busca ativa será realizada de forma sistemática e contínua. Profissional designado (enfermeiro de controle de infecção ou técnico de enfermagem treinado) visitará diariamente ou em dias estabelecidos as áreas de observação, leitos de observação, sala de emergência e qualquer outra área onde pacientes permaneçam internados. Durante visita, profissional analisará prontuário eletrônico, identificará sinais, sintomas e resultados de exames que possam sugerir infecção, verificará resultado de exames microbiológicos, discutirá suspeitas diagnósticas com equipe assistencial, e documentará achados no sistema de vigilância.

Indicadores sentinela merecerão atenção especial durante busca ativa. Soroconversão para Hepatite C representa indicador sentinela de falhas graves nos processos de precaução padrão e limpeza/desinfecção de máquinas e superfícies. Infecções de acesso vascular, particularmente bacteremias relacionadas a cateteres, requerem investigação imediata quanto à adesão ao bundle de prevenção de infecção de corrente sanguínea.

Monitoramento de Microrganismos Multirresistentes

Vigilância estratégica prioriza bloqueio precoce de microrganismos multirresistentes (MDRO). O objetivo não é apenas contar casos, mas entender dinâmica de transmissão dentro das unidades para implementar medidas de isolamento e coorte de forma eficiente e rápida. Notificação de microrganismos multirresistentes exige que hospital tenha suporte de laboratórios de microbiologia capacitados. Notificação deve incluir fenótipos de resistência específicos para cada topografia de infecção.

A ênfase na notificação microbiológica reflete crise global de resistência antimicrobiana. Correta identificação desses patógenos depende diretamente da qualidade do laboratório de apoio. Instituto CCIH ressalta que diagnósticos laboratoriais imprecisos são perigosos: identificação errônea de mecanismo de resistência (por exemplo, confundir KPC com metalo-betalactamase) pode levar a decisões terapêuticas desastrosas e falhas no isolamento de contato. Vigilância em 2026 exige fluxo bidirecional: dados fluem para ANVISA, e cepas com perfis de resistência inusitados fluem para Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional (LRN) para confirmação.

Processo Completo de Higienização de Mãos

Fundamentação Científica

Higienização de mãos é prática mais simples, barata e efetiva para prevenção de doenças, reduzindo contágio de doenças como hepatite B, meningite, diarréia, resfriados e infecções hospitalares em até 60%. Dentro de hospitais e centros de saúde, higienização de mãos é medida essencial, pois disseminação de doenças no ambiente hospitalar ocorre primariamente pelas mãos. Médico examina paciente e depois outro: se não lavar mãos entre eles, pode levar bactérias potencialmente patogênicas. Estudos mostram que pessoas tendem a tocar inadvertidamente a face pelo menos 23 vezes por hora, tornando higienização de mãos crítica para prevenção de infecções.

Técnica Correta de Higienização com Água e Sabão

A higienização correta de mãos com água e sabão deve demorar no mínimo 20 segundos, sendo ideal 40 a 60 segundos. Processo deve incluir: lavagem do dorso das mãos, lavagem de palmas, lavagem entre os dedos,

lavagem das unhas para o dorso, lavagem de polegar e pulsos, com atenção especial às unhas e pontas dos dedos. O processo detalhado segue sequência: molhar mãos com água; aplicar quantidade adequada de sabonete; esfregar vigor osa e sistematicamente todas as superfícies incluindo dorso das mãos, palmas, entre dedos, polegar, pulsos; enxaguar bem com água corrente; secar com toalha descartável ou ar quente.

Uso de Álcool Gel e Álcool Glicerinado

Fora de ambientes com contaminação visível, álcool gel 70% é recomendado como alternativa prática a higienização com água e sabão, com mesma eficácia. Álcool glicerinado não provoca ressecamento da pele como formulações líquidas, sendo ideal optar por ele em relação ao álcool líquido quando objetivo é higiene de mãos. Ressecamento da pele pode levar a dermatites ou outras reações alérgicas. Aplicação de álcool deve envolver dedos, palmas e pulsos em quantidade suficiente para garantir assepsia. O álcool deve ser aplicado até que mãos estejam secas naturalmente.

Momentos Críticos de Higienização

Profissionais devem higienizar mãos nos seguintes momentos críticos: antes de tocar no paciente; antes de procedimentos assépticos ou limpos; após exposição a fluidos corporais; após tocar no paciente; após tocar em superfícies próximas ao paciente; antes de manipular medicações; antes de preparar alimentos ou refeições do paciente; antes de comer; após uso de banheiro; ao chegar na unidade; antes de ir embora; antes de examinar diferentes pacientes; quando mão está visivelmente suja; antes de colocar luvas (se procedimento requerer luvas); e imediatamente após remover luvas.

Educação e Adesão

Educação permanente sobre higienização de mãos será implementada, com treinamento inicial de todos os profissionais e reforços regulares (semestrais ou anuais). Campanha visual será mantida na unidade com pôsteres demonstrando técnica correta, alertando para momentos críticos, e motivando profissionais. Monitores de álcool gel serão instalados em locais estratégicos (entrada de cada área, antes de procedimentos, saída

de banheiros). Auditoria de higienização de mãos será realizada trimestralmente através de observação direta, com feedback para equipe.

Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Tipos de EPI Necessários

Os equipamentos de proteção individual utilizados no Pronto Atendimento de Jacupiranga compreenderão: luvas de procedimento em nitrila ou látex para contato com pacientes; luvas de proteção em couro ou material resistente para manipulação de materiais cortantes; máscaras cirúrgicas padrão para precaução de gotículas; máscaras N95 ou equivalente para precaução aérea ou suspeita de tuberculose; protetor ocular ou óculos de proteção para procedimentos que geram respingos; avental impermeável de manga longa para procedimentos com sangue ou fluidos corporais; toucas descartáveis para manutenção da higiene capilar; sapatos fechados e impermeáveis; e protetor de sapato descartável conforme necessidade.

Protocolo de Utilização de EPI

Para precaução padrão (aplicada a todos os pacientes): profissional utilizará luvas se há risco de contato com sangue ou fluidos corporais, antissepsia de pele é realizada antes de venopunção ou inserção de cateter, higienização de mãos ocorre imediatamente antes de colocar luvas e imediatamente após remover luvas, máscara cirúrgica é utilizada se há risco de respingos, avental é utilizado se há risco de manchas de sangue ou fluidos, e protetor ocular é utilizado se há risco de respingos em olhos.

Para precaução de gotículas (pacientes com doenças transmitidas por gotículas respiratórias como influenza, meningite meningocócica, coqueluche): máscara cirúrgica é utilizada quando a menos de um metro de paciente, isolamento de contato em quarto individual ou coorte com pacientes com mesma doença é implementado, e higiene de mãos é rigorosa. Para precaução aérea (pacientes com tuberculose ativa, sarampo, catapora): máscara N95 ou equivalente é utilizada, quarto com pressão negativa e circulação de ar apropriada é requisitado, contato com profissional com sintomas respiratórios deve ser evitado, e uso de máscara se profissional sente-se bem permanece responsabilidade profissional.

Retirada Segura de EPI

Retirada segura de EPI é tão importante quanto sua utilização. Sequência apropriada é: remover avental untando as mãos enluvas; remover luvas externas (se usando dupla luva) segurando pela face externa e removendo para dentro; remover protetor ocular se utilizado; remover máscara segurando pelo elástico nunca tocando na face frontal; remover luva interna (se aplicável); higienizar mãos imediatamente após remoção de EPI; e descartar todo EPI em recipiente apropriado para resíduos biológicos.

Limpeza e Desinfecção de Ambientes

Protocolos de Limpeza Diária

Protocolo de limpeza ambiental será estabelecido e documentado, com frequência e métodos claramente definidos. Limpeza diária de superfícies de trabalho será realizada no final de cada turno ou após contaminação visível. Método inclui: remover sujeira visível com pano úmido; limpar superfície com desinfetante apropriado (álcool 70% ou quaternário de amônio dependendo do tipo de superfície); deixar secar ao ar ou com pano limpo descartável. Piso da unidade será varrido e úmido-limpo diariamente, com atenção especial a cantos e embaixo de móveis onde pó pode acumular.

Banheiros e áreas de higiene receberão atenção particular. Vaso sanitário, pia e outras superfícies serão limpas com desinfetante apropriado diariamente ou mais frequentemente se contaminação ocorrer. Toalhas de papel descartável serão fornecidas (nunca toalhas de pano reutilizáveis que podem disseminar microrganismos). Papel higiênico e sabonete serão reabastecidos regularmente. Lixeira com capacidade apropriada será esvaziada diariamente.

Limpeza em Caso de Contaminação por Fluidos Corporais

Se contaminação por sangue ou fluidos corporais ocorrer, protocolo específico será seguido. Área será isolada com sinalização apropriada. Profissional designado utilizará EPI completo (luvas, avental, máscara, protetor ocular). Fluido será primeiro absorvido com pano descartável (nunca papel que desintegra). Área será então limpa com desinfetante apropriado (soluções à base de cloro para desinfecção rápida de áreas

contaminadas com sangue são frequentemente utilizadas). Pano descartável será utilizado, nunca pano reutilizável. Após desinfecção, área será deixada para secar. Todos os materiais contaminados serão descartados em recipiente apropriado para resíduos biológicos.

Controle de Temperatura e Umidade

Ambientes onde materiais estéreis são armazenados devem manter temperatura entre 18 e 24 graus Celsius e umidade relativa entre 30 e 60%. Termômetro e higrômetro calibrados serão instalados em áreas de armazenamento. Registros diários de temperatura e umidade serão mantidos. Se valores saem do intervalo apropriado, medidas corretivas serão implementadas (ajuste de ar-condicionado, desumidificador, etc). Materiais que foram expostos a condições inadequadas serão reavaliados quanto à integridade da barreira estéril.

Processo de Esterilização

Esterilização por Vapor Saturado de Alta Temperatura

O método principal de esterilização será vapor saturado de alta temperatura (134 graus Celsius), processo mais popular no mundo para esterilização de artigos médico-hospitalares que suportam altas temperaturas. Este método proporciona economia de energia, economia de tempo, e segurança garantida quando empregado de maneira apropriada. Conformidade com legislação da ANVISA e Normas ABNT NBR 11.816/2003 e NBR ISO 17665-1 será rigorosamente seguida.

Mecanismo de Ação do Vapor Saturado

Vapor saturado de alta temperatura age por meio de termocoagulação e desnaturação de enzimas e proteínas estruturais do microrganismo. No início do processo, todo ar é removido pela formação de vácuo antes da entrada do vapor, para que vapor possa penetrar instantaneamente nos pacotes. Para formação de vapor, água deve estar livre de contaminantes, para que não interfira no processo de esterilização. A qualidade do vapor é fator decisivo: vapor com excesso de umidade, ar não condensável ou impurezas pode comprometer processo e gerar falhas de esterilização.

Ciclo Completo de Esterilização

O ciclo completo de esterilização por vapor saturado compreende quatro etapas. A primeira etapa é remoção do ar, realizada para permitir penetração de vapor em toda câmara e interior dos pacotes. Segunda etapa é admissão do vapor, incluindo tempo de penetração, tempo de esterilização e intervalo de confiança (começando a ser contado quando temperatura de esterilização é atingida). Terceira etapa é exaustão do vapor, realizada por válvula ou condensador ao término do intervalo de confiança. Quarta etapa é secagem dos artigos, realizada por meio do calor das paredes da câmara.

Parâmetros de Esterilização

Parâmetros críticos para esterilização por vapor saturado são rigorosamente controlados. Temperatura deve ser mantida em 134 ± 2 graus Celsius. Pressão deve ser mantida em 2,0 a 2,4 bar (atmospheres). Tempo de esterilização varia conforme tipo e volume de material, geralmente variando de 3 a 20 minutos. Ciclos são programados na autoclave e monitorados continuamente. Registros eletrônicos de cada ciclo são mantidos, documentando data, hora, temperatura, pressão, tempo, e identificação do operador.

Resíduo Final Ambientalmente Amigável

Resíduo final do processo de vapor saturado é água livre de contaminantes, sendo este um processo amigável do meio ambiente. Não há resíduos tóxicos ou gases perigosos, diferente de outros métodos de esterilização como óxido de etileno. Este benefício ambiental deve ser comunicado como parte do compromisso institucional com sustentabilidade.

Métodos de Esterilização Alternativos

Para artigos que não suportam altas temperaturas, métodos alternativos serão utilizados. Esterilização por óxido de etileno (ETO) será utilizada para materiais sensíveis ao calor, com parâmetros de temperatura de 54 ± 2 graus Celsius, respeitando tempos e concentrações de gás conforme protocolos estabelecidos. Peróxido de hidrogênio em plasma de baixa temperatura será utilizada conforme indicado. Esterilização química por

imersão será evitada ao máximo, sendo considerada obsoleta conforme novas regulações.

Controle de Qualidade de Esterilização

Indicadores Químicos

Indicadores químicos serão utilizados em cada ciclo de esterilização para monitorar exposição do material a condições apropriadas. Indicadores químicos tipo 1 (fita de mudança de cor) serão utilizados como marcador externo de exposição, mudando de cor quando exposto a vapor. Indicadores químicos tipo 5 (integradores) serão colocados internamente em pacotes para confirmar que interior do pacote foi exposto a condições apropriadas de temperatura, pressão e tempo. Indicadores químicos tipo 6 (integradores de alta precisão) podem ser utilizados em ciclos críticos ou quando reprocessamento de produtos de uso único é realizado.

Indicadores Biológicos

Indicadores biológicos, contendo esporos de microrganismo resistente a calor (Geobacillus stearothermophilus para vapor), serão utilizados regularmente (idealmente em cada ciclo, no mínimo semanalmente) para validar que processo de esterilização é efetivamente destruindo microrganismos. Indicador biológico é incubado após esterilização; se microrganismo cresce (mudança de cor indica crescimento), processo de esterilização falhou e materiais daquele ciclo devem ser reprocessados. Se microrganismo não cresce, esterilização foi efetiva.

Validação e Calibração de Equipamentos

Autoclave será validada mensalmente através de teste mecânico (verificação de pressão, temperatura, timing) e teste biológico. Calibração de termômetro, manômetro e sistema de registro será realizada anualmente por empresa certificada. Qualquer anomalia será documentada e equipamento será retirado de serviço até reparação.

Central de Material e Esterilização (CME)

Estrutura Física da CME

A Central de Material e Esterilização será organizada em zona de processamento com separação clara de fluxos: zona suja (expurgo), zona limpa (preparo e desinfecção), zona estéril (embalagem e

armazenamento). Cada zona terá acesso e saída separados, evitando contaminação cruzada. Zona de expurgo receberá materiais reutilizáveis retornados de unidades assistenciais, com recipientes apropriados para diferentes tipos de material (cortantes em coletor rígido, outros materiais em recipiente impermeável). Zona limpa incluirá pias com água quente, detergentes enzimáticos, e local para limpeza manual ou uso de lavadora ultrassônica.

Equipamento de esterilização (autoclave) será localizado em zona de transição entre zona limpa e zona estéril, permitindo que materiais sejam carregados da zona limpa e descarregados para zona estéril. Zona estéril incluirá prateleiras com controle de temperatura e umidade, organização de materiais por tipo com identificação clara, e sistema de rastreabilidade permitindo conhecer localização de cada lote.

Processo de Limpeza de Materiais

Materiais retornam da unidade assistencial em recipiente impermeável apropriado. Na zona de expurgo, materiais são removidos do recipiente de transporte e avaliados quanto a contaminação visível. Sangue ou matéria orgânica visível é removida com pano descartável antes de processamento. Materiais são então colocados em cuba de limpeza contendo água morna (40-55 graus Celsius) e detergente enzimático apropriado. Detergente enzimático (como Riozyme Eco com quatro enzimas: amilase, carbohidrase, lipase e protease) é especialmente efetivo em remover matéria orgânica de instrumentos, canulados, e endoscópios.

Após imersão em detergente enzimático por tempo recomendado (típicamente 5 minutos), materiais são removidos da cuba e enxaguados abundantemente com água limpa e corrente, removendo todo resíduo de detergente. Limpeza manual com escovilhão é realizada em cavidades e superfícies complexas. Para materiais canulados (tubos, cateteres), seringa de irrigação pode ser utilizada para forçar água através da luz do tubo. Após limpeza mecânica, materiais são inspecionados visualmente para confirmar remoção de sujidade. Se sujidade visível permanece, processo é repetido.

Desinfecção ou Esterilização Conforme Classificação de Risco

Após limpeza, materiais são classificados conforme Classificação de Spaulding em três categorias: críticos (entram em contato com sangue, tecido estéril ou sistema vascular), semicríticos (entram em contato com mucosa ou pele não-intacta), e não-críticos (entram em contato com pele intacta ou não entram em contato direto com paciente). Materiais críticos requerem esterilização (vapor saturado, ETO, ou outro método apropriado). Materiais semicríticos requerem no mínimo desinfecção de alto nível (utilizando desinfetantes químicos potentes ou equipamento de desinfecção de alto nível).

Materiais não-críticos requerem limpeza e desinfecção de nível baixo (limpeza com desinfetante de uso geral).

Embalagem e Identificação de Materiais

Após desinfecção ou esterilização, materiais críticos e semicríticos são embalados em papel grau cirúrgico apropriado ou recipiente estéril reutilizável. Embalagem deve permitir penetração de vapor durante esterilização mas proteger conteúdo após esterilização. Cada pacote recebe etiqueta com: tipo de material, quantidade, data de esterilização, data de validade (tipicamente 6 meses para pacote não-perfurado armazenado em ambiente apropriado, tipicamente 3 meses se embalagem está dano ou umidade está presente), iniciais de pessoa que preparou pacote, e informação sobre método de esterilização.

Indicador químico tipo 1 (fita) é colocado externamente em pacote; mudança de cor confirma que pacote foi exposto a processo de esterilização. Indicador químico tipo 5 (integrador) é colocado internamente, permitindo validação de que interior do pacote atingiu condições apropriadas.

Rastreabilidade Informatizada de Materiais

Sistema informatizado será implementado para rastreabilidade completa de cada item processado através da CME. Cada instrumento cirúrgico ou material reutilizável recebe identificador único (código de barras ou QR code) que permite acompanhar trajeto completo: desde entrada na zona de expurgo, passagem pela zona limpa, esterilização, armazenamento em zona estéril, até retirada de estoque para uso em procedimento. O sistema

registra: data de entrada, pessoa que realizou limpeza, tipo de desinfecção ou esterilização realizada, data de processamento, data de validade de esterilidade, unidade assistencial que recebeu o material, procedimento em que foi utilizado.

Rastreabilidade informatizada permite rápida identificação se um instrumento foi utilizado em determinado paciente (importante se infecção posterior é identificada), permite verificação de validade de esterilidade, e permite identificação de padrão se múltiplos pacientes desenvolvem infecção com mesmo microrganismo (sugerindo falha de processamento).

Gerenciamento de Resíduos de Saúde

Classificação de Resíduos

Resíduos gerados no Pronto Atendimento serão classificados conforme normas ANVISA. Resíduos infectantes (Grupo A) compreendem aqueles com presença de agentes biológicos (bactérias, fungos, vírus, protozoários) que apresentam risco de infecção, incluindo: sangue e hemoderivados; filtros de ar de equipamentos e ar; resíduos de limpeza de equipamentos; culturas e estoques de microrganismos; e outros. Resíduos de medicamentos (Grupo B) incluem medicamentos vencidos, inutilizados ou contaminados. Resíduos químicos (Grupo B) incluem produtos químicos que representam risco ao ambiente ou saúde.

Resíduos perfurocortantes (agulhas, escalpes, lâminas, vidro quebrado) são armazenados em coletor rígido impermeável apropriado com símbolo de risco biológico. Resíduos com sangue e fluidos corporais são armazenados em recipiente impermeável com símbolo apropriado. Resíduos comuns (papel, papelão, plástico não-contaminado) são segregados e podem ser reciclados quando possível.

Segregação e Armazenamento

Segregação de resíduos começa no ponto de geração. Profissional gera resíduo (por exemplo, remove agulha após venopunção) e imediatamente o coloca em recipiente apropriado localizado próximo (coletor para perfurocortantes, recipiente para resíduos infectantes, lixo comum). Recipientes são claramente identificados com símbolo apropriado, cor

(amarelo para infectantes, vermelho para químicos) e tipo de resíduo. Recipientes nunca são preenchidos acima de 2/3 de sua capacidade.

Armazenamento temporário de resíduos infectantes na unidade é permitido por até 24 horas em ambiente fresco e bem-ventilado. Se armazenamento será maior, temperatura refrigerada (4 a 8 graus Celsius) deve ser mantida. Armazenamento externo em local apropriado (sala com piso impermeável, drenagem apropriada, distância mínima de 30 metros de área onde circulam pacientes e visitantes) é realizado antes de descarte final.

Descarte Final e Tratamento

Resíduos infectantes serão encaminhados para empresa licenciada especializada em tratamento de resíduos de saúde. Métodos de tratamento aprovados incluem: incineração em equipamento apropriado, microondas (para certos tipos de resíduos), autoclavagem seguida de descaracterização mecânica, ou outros métodos aprovados por ANVISA. Documentação de descarte será mantida, incluindo contrato com empresa terceirizada, certificados de tratamento, e registros de quantidade de resíduos descartados.

Prevenção de Infecções Associadas a Procedimentos

Bundle de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Central (IPCSL)

Nota Técnica nº 11/2025 estabelece protocolo de prevenção de IPCSL como obrigatório, focando em bundle de inserção e manutenção. O bundle de inserção compreende: antissepsia de pele com clorexidina 0,5% ou álcool a 70% (evitando iodo em pacientes alérgicos); barreira máxima incluindo avental estéril, luvas estéreis, máscara, gorro e protetor ocular durante inserção do cateter; técnica asséptica rigorosa; seleção de melhor sítio de inserção (veia subclávia preferida sobre jugular que preferida sobre femoral por menor taxa de infecção); e avaliação diária de necessidade contínua do cateter (retirada precoce reduz risco).

O bundle de manutenção compreende: higiene de mãos antes de manipulação do cateter; avaliação diária de sinais de inflamação no sítio de inserção; curativo transparente se sítio está seco, ou gaze oclusiva se sítio está úmido; troca de curativo a cada 7 dias para transparente ou conforme

necessário se oclusiva; limpeza da conexão do cateter com álcool 70% antes de cada uso; e retirada do cateter assim que não mais necessário.

Vigilância de Aderência ao Bundle

Vigilância em 2026 não pode ser dissociada da verificação de adesão ao bundle de prevenção de IPCSL. Altas taxas de IPCSL devem desencadear auditorias imediatas de processo (higiene de mãos, barreira máxima, antissepsia com clorexidina). Se auditorias revelam baixa adesão, educação intensiva é realizada. Se adesão permanece baixa apesar de educação, investigação de barreiras está realizada (falta de recursos, falta de compreensão, resistência cultural, etc).

Isolamento Empírico e Cultura de Vigilância

Protocolo de Isolamento Empírico

Isolamento empírico é aquela situação na qual ainda não sabemos qual o microrganismo envolvido, mas de acordo com quadro clínico existe suspeita de agente causador potencialmente transmissível, e medidas de precaução são implementadas de acordo com essa suspeita. Esta medida é muito importante, pois do momento da suspeita diagnóstica até confirmação, muitas pessoas já podem transmitir microrganismo. Pacientes que chegam de outra instituição de saúde (hospital, clínica, casa de repouso) receberão isolamento empírico de contato e cultura de vigilância para detecção de microrganismos multirresistentes até que cultura de vigilância retorna negativa.

Precauções de contato empírico são implementadas: paciente em quarto individual quando possível, uso de luvas e avental ao entrar no quarto, uso de máscara se risco de transmissão aérea, higiene de mãos após remover EPI. Cultura de vigilância é coletada: swab nasal, axilar e anal em tubo com meio de transporte apropriado. Coleta é realizada por profissional treinado utilizando técnica apropriada.

Coleta e Processamento de Swab para Vigilância

Paciente é posicionado em decúbito dorsal para coletas nasal e axilar, e decúbito lateralizado para coleta anal. Para coleta nasal, swab estéril e flexível é introduzido pelo meato nasal, paralelo ao palato superior, buscando atingir orifício posterior das fossas nasais, evitando

contaminação pela mucosa da narina. Ao sentir obstáculo da parede posterior da nasofaringe (frequentemente acompanhado por lacrimejamento), movimento circular discreto é realizado e swab é removido, recolocado no tubo com meio de transporte, e introduzido na geleia até fundo do tubo.

Para coleta axilar, swab estéril e flexível é introduzido na região axilar com movimento suave. Para coleta anal, swab estéril e flexível é introduzido no orifício do ânus. Todos os frascos com swabs são identificados com informações do paciente. Amostras são imediatamente encaminhadas para laboratório onde serão cultivadas para detecção de microrganismos multirresistentes, particularmente MRSA (Staphylococcus aureus resistente à meticilina).

Suspensão de Isolamento

Avaliação para suspensão de isolamento será realizada pelo médico após resultado das culturas de vigilância. Se culturas retornam negativas para microrganismos multirresistentes, isolamento é suspenso. Se culturas retornam positivas (por exemplo, MRSA detectado), isolamento de contato é mantido e precauções específicas continuam durante internação.

Indicadores de Desempenho e Monitoramento

Indicadores de Processo

Taxa de adesão a higiene de mãos será monitorada através de observação direta em até 10 episódios de oportunidade de higiene de mãos por turno. Meta é ≥80% de adesão em todo serviço. Taxa de utilização de EPI apropriado será monitorada em observação de procedimentos com exposição potencial a sangue ou fluidos corporais. Meta é 100% de utilização de EPI apropriado.

Taxa de cumprimento de bundle de prevenção de IPCSL será calculada como número de pacientes com cateter central que tiveram conformidade completa com todos os componentes do bundle dividido por número total de pacientes com cateter central. Meta é ≥95% de conformidade. Se conformidade está menor que 95%, investigação de barreiras e educação intensiva é realizada.

Indicadores de Resultado

Taxa de IPCSL (bacteremia associada a cateter central) será expressa como número de episódios de IPCSL por 1.000 dias de cateter central. Baseline será estabelecido durante primeiros 3-6 meses de implementação. Após implementação de bundle de prevenção, redução de 50% em relação ao baseline é esperada dentro de 6-12 meses. Se redução não é atingida, investigação de conformidade com bundle é realizada.

Taxa de infecção do sítio cirúrgico será monitorada em procedimentos cirúrgicos realizados no pronto atendimento, expressa como número de infecções por 100 procedimentos. Meta é menor que 1% para procedimentos limpos em paciente sem fatores de risco. Incidência de surtos será monitorada, definida como ocorrência de dois ou mais casos de mesma doença ou infecção em período curto em mesma unidade. Se surto é suspeito, investigação epidemiológica imediata é realizada.

Auditoria de Processos

Auditoria de processos será realizada trimestralmente para avaliar conformidade com protocolos. Auditor (médico auditor ou enfermeiro treinado) revisará prontuários de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar, analisará se protocolos de prevenção foram seguidos, identificará se falhas de processo contribuíram para desenvolvimento da infecção. Auditoria é educativa e não punitiva, com objetivo de identificar oportunidades de melhoria e reforçar boas práticas.

Considerações Finais e Implementação

A implementação integrada de processos de controle de infecção e esterilização no Pronto Atendimento de Jacupiranga será graduada. Fase 1 (meses 1-3) compreenderá estruturação da CCIH, treinamento inicial de toda equipe em higiene de mãos, utilização de EPI, e protocolo de limpeza. Fase 2 (meses 3-6) incluirá implementação de CME com sistema informatizado de rastreabilidade, bundles de prevenção de IPCSL, e início de busca ativa de infecções. Fase 3 (meses 6 em diante) compreenderá consolidação de sistemas, análise de indicadores, ajustes baseados em dados, e educação permanente.

Investimento em materiais, equipamentos, treinamento e recursos humanos será necessário, mas estudos demonstram que para cada real

investido em prevenção de infecções, economizam-se múltiplos reais em custos de tratamento de infecções relacionadas à assistência. Além disso, redução de infecções melhora qualidade de vida de pacientes, reduz morbidade e mortalidade, e aumenta confiança da comunidade no serviço de saúde. Compromisso institucional com excelência em controle de infecção e esterilização reflete-se em melhor segurança do paciente, melhor qualidade assistencial e melhor saúde pública.

i) Organização interna das comissões assistenciais

a) Comissão de Ética Médica

Proposta de constituição (membros/finalidade)

Criadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1970 e estabelecidas formalmente por meio de resolução em 1985, as Comissões de Ética Médica (CEMs) correspondem ao “braço” dos Conselhos Regionais dentro das instituições. Cabe a CEM as funções de opinar e educar sobre as questões referentes ao correto desempenho ético da profissão (junto ao corpo clínico, direção e usuários), fiscalizar as condições de trabalho médico e o atendimento prestado e promoção de sindicâncias voltadas a situações específicas nos hospitais.

A CEM é composta por um presidente e um secretário no total de dez membros médicos, sendo cinco titulares e cinco suplentes, cujo número é proporcional à quantidade de médicos que atuam no Corpo Clínico da instituição.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

ELEIÇÕES:
São organizadas por uma comissão eleitoral autônoma, garantindo transparência a todo o processo.

Como representante legítima da classe profissional, a CEM é eleita por meio de voto direto de todos os médicos que fazem parte do corpo clínico, independentemente do tipo de vínculo.

O período de atuação da CEM corresponderá a 24 meses.

IMPEDIMENTOS:

Não poderão participar como candidatos a membros da CEM os médicos que exercerem cargos de direção no hospital; como Diretor Clínico, Diretor Executivo e Diretor Técnico. Quando investidos dessas funções após terem sido eleitos, deverão se afastar. Nesse caso o membro efetivo será substituído pelo suplente.
Se por qualquer motivo o participante da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da instituição, seu mandato cessará automaticamente.

LOCAL DAS REUNIÕES:
As reuniões serão realizadas em uma sala a ser disponibilizada no hospital; com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Proposta de regimento

- Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, 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 secretario, 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.
- 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, pelo Presidente ou Vice Presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Diretoria Clínica.
- O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação de pronto atendimento.

ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Ética Médica:

a. Opinião
a. Educação
a. Fiscalização
a. Sindicâncias

- Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- Assegurar a credibilidade aos médicos, melhorar a imagem da instituição e aprimorar a relação médico/paciente.

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.

DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CEM, em conjunto com o Diretor Clínico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Objetivos da Comissão para o primeiro ano de Contrato

A. Nomear os membros da Comissão;

A. Validação da comissão pelo CRM;

A. Validação do Regimento Interno;

A. Elaboração de Cronograma das reuniões mensais;

A. Elaboração de relatórios a direção;

A. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

A. Educação continuada – criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;

A. Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

A. Proceder à sindicância a pedidos de interessados, médicos, Conselho ou por iniciativa própria, visando diminuir conflitos e dúvidas existentes na Instituição;

A. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Medicina na Instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe médica;

A. Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde referente aos conflitos éticos;

A. Divulgar a magnitude e a importância do código de ética e seus respectivos indicadores.

Cronograma de atividade anual

Cronograma das Atividades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Reuniões Ética Médica												
Objetivo (A)												
Objetivo (B)												
Objetivo (C)												
Objetivo (D)												
Objetivo (E)												
Objetivo (F)												
Objetivo (G)												
Objetivo (H)												
Objetivo (I)												
Objetivo (J)												
Objetivo (K)												
Objetivo (L)												

b) Comissão de Ética em Enfermagem

Proposta de constituição (membros/finalidade)

As Comissões de Ética de Enfermagem exercem, por delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividades nos serviços de enfermagem das instituições de saúde com idoneidade, assumindo funções: educativas, consultivas, conciliadoras, e de orientação e vigilância quanto ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem vinculados a tais entes.

A CEE é composta por profissionais de enfermagem, com vínculo empregatício junto à instituição, e terão, no mínimo, por função: 1 (um) Enfermeiro(a) – Presidente, 1 (um) Enfermeiro(a) – Secretário(a), e Membro(s) da categoria de Técnico/ Auxiliar de Enfermagem, sendo que para a função dos demais membros efetivos, sua constituição será entre: Enfermeiros(as), Obstetriz(es), Técnicos(as) de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem.

ELEIÇÕES:
A convocação da eleição será feita pelo(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), por meio de edital a ser divulgado na instituição no período de 60 (sessenta) dias antes da eleição.

Os candidatos para a composição da Comissão de Ética de Enfermagem serão divididos em dois grupos:
I – Grupo I – correspondente ao grau de habilitação de Enfermeiro(a) ou Obstetriz, respectivamente;
II – Grupo II – composto pelos(as) Técnicos(as) e Auxiliares de Enfermagem, respectivamente;

Os(as) profissionais eleitores votarão nos candidatos do grupo I ou II, mediante a sua respectiva categoria profissional, em exercício no serviço de enfermagem da instituição.

A eleição dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem será realizada por meio do voto facultativo, direto e secreto.

Serão considerados eleitos como membros efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem, os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos nas respectivas categorias profissionais de enfermagem e os demais serão considerados suplentes, respectivamente.

Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem eleitos ou designados deverão definir, logo após o encerramento do pleito e da apuração/ designação, em reunião extraordinária, as funções de Presidente e Secretário(a) da Comissão de Ética de Enfermagem.

A duração do mandato dos membros das Comissões de Ética de Enfermagem será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição ou redesignação

DOS CRITÉRIOS PARA COMPOR A COMISSÃO:

I – Manter vínculo empregatício na instituição na qual será implantada a Comissão de Ética de Enfermagem;

II – Apresentar regularidade cadastral e financeira junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, em todas as categorias em que esteja inscrito, mediante apresentação de certidões negativas, no período vigente do processo eleitoral;

III – Não ter condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ ou processo ético, junto a(s) instituição(ões) em que preste serviços de enfermagem ou no Conselho Regional de Enfermagem, respectivamente, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura; e

IV – Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos cinco anos.

LOCAL DAS REUNIÕES:

As reuniões serão realizadas em uma sala a ser disponibilizada na unidade com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Proposta de regimento

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da instituição, exerce mediante delegação do Coren-SP, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem no Instituto de Gestão Administração e Treinamento em Saúde- IGATS, no âmbito do contrato de gestão celebrado com a Prefeitura de xxxxxxx, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem nesta instituição.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art. 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pelo Instituto de Gestão Administração e Treinamento em Saúde - IGATS, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia em assuntos pertinentes à ética em enfermagem.

Parágrafo único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá estabelecer o cronograma de suas atividades.

Art. 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

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

II. estimular a conduta ética dos profissionais de Enfermagem do Instituto de Gestão Administração e Treinamento em Saúde - IGATS junto ao contrato de gestão celebrado junto à Prefeitura de xxxxxxxx, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal;

III. zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição;

IV. colaborar com o Coren-SP na prevenção do exercício ilegal e irregular de atividade de enfermagem e na tarefa de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética para os profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

Art. 4º - A Comissão de Ética de Enfermagem é formada por enfermeiros/ obstetrizes, técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem como membros efetivos, (e com seus respectivos suplentes, se houver), de acordo com a Resolução Cofen 593/2018 e Decisão Coren-SP/ Plenário – 14/2018.

Art. 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá mandato de 3 (três) anos e poderá ser reconduzida por igual período, apenas uma vez.

Art. 6º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um presidente, um secretário e membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único - A função do presidente deverá ser exercida exclusivamente por enfermeiro(a).

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por competência:

I. Representar o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo no Serviço de Enfermagem da Instituição, com relação aos assuntos atinentes à ética profissional de enfermagem;

II. Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação Profissional de Enfermagem, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem e das demais normatizações emanadas pelo Conselho Federal de Enfermagem e pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo;

III. Propor e participar em conjunto com o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) de Enfermagem e Enfermeiro(a) responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem ações preventivas e educativas sobre as questões éticas e disciplinares em enfermagem;

IV. Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética e bioética;

V. Assessorar a Diretoria/ Chefia/ Coordenação de Enfermagem/ Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) nas questões inerentes à ética profissional;

VI. Participar de atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo;

VII.Identificar as ocorrências éticas e disciplinares no serviço de enfermagem onde atua;

VIII. Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários e membros da comunidade relativa ao exercício profissional de enfermagem;

IX. Instaurar procedimento sindicante, apurar os fatos e anexar documentos comprobatórios relativos a indícios de infração ética, bem como os depoimentos colhidos;

X. Elaborar o relatório conclusivo, sem formular juízo de valor sobre os fatos apurados, limitando-se à narrativa dos fatos, com posterior encaminhamento ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, nos casos em que há indícios de infração ética ou disciplinar;

XI. Encerrar o procedimento sindicante, nos casos em que não for identificado indícios de infração ética ou disciplinar, apensando todos os documentos em processo individualizado e elaborando relatório para

arquivo na instituição e ciência do arquivamento para o(a) enfermeiro(a) responsável técnico(a);

XII. Propor a conciliação ética, no serviço de enfermagem, quando no procedimento sindicante, for verificado que houve apenas o conflito interprofissional, sem dano aos envolvidos, a terceiros, ou a instituição, em que as partes concordem de comum acordo, em se reconciliar, sem prejuízo as atividades de enfermagem, devendo o fato ser documentado na Comissão de Ética;

XIII. Comunicar formalmente, e imediatamente, ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) de Enfermagem/ Direção/ Coordenação de Enfermagem, e demais autoridades competentes, indícios de ilegalidade na prática do exercício profissional de enfermagem, quando configurada a impossibilidade de sanear tais condutas em âmbito institucional;

XIV. Solicitar ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, assessoria técnica, quando o fato em apuração assim o requeira;

XV. Manter os dados dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo;

XVI. Formalizar ao(a) Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem, ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) e ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo o desligamento de qualquer membro da Comissão de Ética de Enfermagem, e sua respectiva substituição;

XVII. Atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da Comissão de Ética de Enfermagem junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo;

XVIII. Apresentar anualmente o cronograma de reuniões, e o relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Esta documentação deverá ser encaminhada por meio eletrônico ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.

Art. 8º - Compete ao presidente da Comissão de Ética Enfermagem:

a. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

b. Planejar e controlar as atividades programadas;

c. Representar a Comissão de Ética de Enfermagem: na instituição, em outras comissões, em eventos, e no Conselho de Regional de Enfermagem de São Paulo;

d. Nomear os membros para a instauração e apuração de procedimento sindicante;

e. Elaborar relatório(s), nos termos do disposto no item X do artigo 8º, deste Regulamento, com posterior encaminhamento ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo;

f. Elaborar relatório(s) com o resultado dos casos analisados e encaminhar à Chefia/ Diretoria/ Supervisão de Enfermagem para ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) para ciência e demais providências administrativas;

g. Solicitar a participação dos membros nas atividades inerentes à Comissão de Ética.

Art. 9º - Compete ao secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

a. Registrar as reuniões em ata;

b. Verificar o quorum para deliberação;

c. Realizar as convocações dos denunciados, denunciantes e testemunhas, nos procedimentos sindicantes;

d. Organizar o arquivo referente aos documentos e relatórios dos procedimentos sindicantes;

e. Colaborar com o(a) Presidente, quando solicitado, nas atividades da Comissão; f. Substituir o(a) Presidente na sua ausência.

Art. 10 - Compete aos membros efetivos e suplentes:

a. Eleger o(a) Presidente e o(a) Secretário(a), dentre os(as) Enfermeiros(as) efetivos;

b. Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre matérias em pauta;

c. Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de enfermagem, quando em procedimentos sindicantes;
d. Desenvolver demais atribuições previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO V - DAS ELEIÇÕES

Art. 11 - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem.

Art. 12 - O(A) Enfermeiro(a) Responsável Técnico – Gestor do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

§ 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico da instituição.
§ 2º - A convocação para eleição será feita por meio de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para as eleições.
§ 3º - Os candidatos poderão pertencer a todas as categorias de Enfermagem (enfermeiro/ obstetriz, técnico e auxiliar de Enfermagem).

Art. 13 - Os membros da Comissão Eleitoral e os candidatos que irão concorrer na eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender os seguintes requisitos:

§ 1° - Possuir registro profissional no Coren-SP, regularidade cadastral e financeira para com essa autarquia federal;
§ 2° - Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao Coren-SP, anterior à data do registro da candidatura;

§ 3° - Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.
§ 4° - Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos 5 (cinco) anos.

Art. 14 - Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no Coren-SP e com vínculo empregatício na instituição.

Art. 15 - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de no máximo 48 horas após as eleições e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último à instância superior – o Coren-SP.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá estabelecer o cronograma de reuniões mensais, em caráter ordinário, com dia, hora e local pré-determinado, podendo reunir-se extraordinariamente, quando houver necessidade.

Art. 17 - A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá, automaticamente, o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente, quando houver.

Art. 18 – Evidenciada a desistência de membro(s) da Comissão de Ética de Enfermagem, impossibilitando seu quórum mínimo, de 2 (dois) Enfermeiros(as) e 1 (um) Técnico(a)/ Auxiliar de Enfermagem para realização de suas atividades, o(a) presidente da Comissão de Ética de Enfermagem em conjunto com o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico deverão de imediato, de ofício, documentar e comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo as circunstâncias e a extinção da

referida Comissão de Ética de Enfermagem, e a realização de um novo processo eleitoral para composição de nova Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 19 - O Serviço de Enfermagem da instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 20 - Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética de Enfermagem o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar o procedimento sindicante e a apuração no Coren-SP.

Xxxxxxxxxx, xx de xxxxxx de 2021. (inserir a data de acordo com a reunião de aprovação do regimento interno)

Cronograma de atividade anual

Cronograma das Atividades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Reuniões Ética Médica												
Objetivo (A)												
Objetivo (B)												
Objetivo (C)												
Objetivo (D)												
Objetivo (E)												
Objetivo (F)												

Objetivo (G)												
Objetivo (H)												
Objetivo (I)												
Objetivo (J)												
Objetivo (K)												
Objetivo (L)												

c) Comissão de Revisão de Prontuário

Proposta de Constituição (finalidade/membros)

FINALIDADE

Atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, 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.

A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral. A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas.

Os serviços prestados pela CRP não serão remunerados, sendo considerado de relevante interesse público.

MEMBROS

A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) das Unidades de Saúde, será constituída por um número mínimo de quatro membros nomeados pelo diretor clínico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.
Representantes a serem deliberados:

- Enfermagem
- Faturamento
- Medico
- SAME

São atribuições da comissão de Revisão de Prontuário:
I – Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:
II – Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.
III - Competência da CRP:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina n° 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte eletrônico ou papel:

A. Identificação do paciente – nome completo data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP), e exames anexados;
A. Anamnese, exame físico, hipótese diagnosticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

A. Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios à assinatura e respectivo número do Conselho de Classes.

A. Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

IV - Assegurar a responsabilidade do preenchimento guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia das clínicas e a direção técnica da unidade.

V – A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

A CRP requisitara ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRP, para avaliação.

- A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas Ambulatoriais do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de consultas.
- A escolha do prontuário é aleatória.
- A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRP;
- As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.

Proposta de regimento

A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

- A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação da CRP.

- Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, 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, não superior a 15 (quinze) dias. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais habilitados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.
- As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.
- Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela CRP.
- Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, pelo Coordenador de pronto atendimento, pelo Presidente ou Vice Presidente da CRP.
- As informações e os indicadores operacionais deverão ser enviados para a Direção Geral, bem como para a Coordenação de pronto atendimento e para a Coordenação de Planejamento, cuja periodicidade será trimestral para as informações concernentes ao prontuário e semestral para os indicadores operacionais.
- Este Regimento Interno está em consonância com a resolução CFM Nº 1.638, de 10 de julho de 2002:
- Este estatuto poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO

Comissão de Revisão de Prontuário Médico - Roteiro para avaliação de Prontuários Médicos

CLÍNICA: _____ Data: ___ / ___ / ____ RH do paciente:_____

	0	1	2	3
Identificação do paciente (completa)				
Anamnese (detalhada)				
Exame físico (PA, FC, FR, P, T).				
Hipótese diagnóstica				
Diagnóstico principal e secundário				
Conduta / Tratamento durante a evolução				
Letra legível do Médico				
Nome, assinatura e CRM				
Letra legível da Enfermagem				
Nome, assinatura e COREN				
Resultados de exames complementares escritos impressos				

Conceitos numéricos: 0 – Não se Aplica; 1 – Inexistente; 2 – Inadequada; 3 – Adequada

Cronograma de atividade anual

Cronograma das Atividades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Reuniões Comissão de Revisão Prontuários												
Nomear os membros da Comissão												
Validação da comissão pelo CRM												
Validação do Regimento Interno												
Elaboração de Cronograma das reuniões mensais												
Elaboração de relatórios a direção												

1. **Frequência das reuniões:** Trimestrais

d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

Proposta de constituição (membros/finalidade)

FINALIDADE

A infecção é a mais frequente e grave complicação que acomete pacientes hospitalizados. Uma infecção acrescenta, em média, cinco a dez dias ao período de internação.

Eleva os custos e se constitui em importante causa de morte durante a hospitalização. A epidemiologia e a prática do controle das infecções no hospital são disciplinas dinâmicas que estão sofrendo evolução constante.

O conhecimento dos mecanismos de transmissão aliados à ampliação dos recursos diagnósticos laboratoriais delineou medidas objetivas para o controle. Entre os principais meios de prevenção incluem-se as lavagens de mãos, isolamento de doenças transmissíveis e medidas específicas para cada sítio de infecção.

Para implantar e executar as ações mínimas necessárias de um Programa de Controle de Infecção de pronto atendimento com vistas à adequação de normas conforme prevê o Art. 4º da Portaria nº 2616/GM de 12 de maio de 1998, os hospitais deverão constituir uma Comissão de Controle de Infecção de pronto atendimento (CCIH) e um Núcleo de Controle de Infecção de pronto atendimento (NCIH) formalmente criados e seus membros indicados pelo diretor clínico ou responsável técnico da instituição.

A CCIH deve ter um papel normativo, direcionando as ações de prevenção e controle de infecção de pronto atendimento. Deve realizar reuniões

periódicas, no mínimo bimensais, obrigatoriamente registradas em ata. O Núcleo de Controle de Infecção de pronto atendimento deve ter um papel executivo, constituído de profissionais com carga horária exclusiva para ações de prevenção e controle de infecção nas Unidades de Pronto Atendimento.

MEMBROS

A composição da CCIH deve respeitar as características do hospital. Porém, deve ser constituída de no mínimo um representante dos seguintes setores: corpo clínico, enfermagem e administração. É recomendável que a CCIH tenha a seguinte constituição:

A. Um representante do corpo clínico;
A. Um Representante da Diretoria Administrativa;
A. Um Representante da Farmácia;
A. Um Representante do Laboratório de Microbiologia;
A. Um Representante da Diretoria de Enfermagem;
A. Membros do Núcleo de Controle de Infecção do hospital.

O presidente é indicado pelo diretor clínico, dentre os membros da Comissão, e nomeado em ato oficial.

Proposta de regimento

Elaborar um programa de prevenção, controle e assistência das infecções de pronto atendimento de acordo com as leis vigentes e características do hospital. Este programa deverá ser avaliado periodicamente.

OBJETIVOS:

A. Planejar, estudar, implementar, promover e divulgar ações de prevenção e controle de infecções de pronto atendimentos;

A. Elaborar e promover a qualidade dos serviços e da assistência prestada ao paciente e a capacitação dos profissionais da instituição em assuntos relativos ao controle de infecção de pronto atendimento;

A. Notificar casos de doenças sob vigilância e agravos inusitados à saúde atendidos no hospital e auxiliar na implementação de medidas de prevenção e controle das doenças de notificação compulsória de acordo com as normas do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo em caso de ausência de serviço específico para este fim;

A. Promover o uso racional de antimicrobianos na UPA;

A. Implementar, manter e avaliar ações da Comissão de Controle de Infecção de pronto atendimento;

A. Implantar e manter um sistema de vigilância epidemiológica adequada às características do hospital;

A. Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas de controle;

A. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção, controle e o tratamento das infecções de pronto atendimentos;

A. Propor medidas técnico-administrativas para controlar e prevenir a disseminação de microorganismos responsáveis por infecções de pronto atendimentos através de medidas de precauções e de isolamento;

A. Participar da elaboração do formulário terapêutico contendo os antimicrobianos necessários para a profilaxia e o tratamento das infecções nos diferentes serviços do hospital;

A. Elaborar e implementar estratégias capazes de minimizar os riscos profissionais de aquisição de microorganismos no ambiente de pronto atendimento;

A. Atuar junto aos diversos serviços do hospital em programas de educação continuada e comissões afins;

A. Promover uma base sistemática e integrada de análise e discussão, visando à melhoria da qualidade dos serviços e da assistência prestada ao paciente;

A. Desenvolver e aplicar diretrizes clínicas práticas, protocolos, de modo a maximizar a qualidade da assistência prestada, bem como contribuir na formação de profissionais, minimizando os custos e otimizando os recursos;

A. Buscar ativamente os casos suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica e agravos inusitados à saúde atendidos no hospital (ambulatórios, enfermarias e pronto socorro) e notificá-los, ao nível local, cumprindo os fluxos da Secretaria Estadual de Saúde na ausência de serviço específico para este fim. O NCIH deve possuir um regimento interno aprovado pelas Diretorias Clínica e Administrativa do hospital.

0. OBJETIVOS 1º ANO

Pontos mínimos que deverão ser trabalhados, aprovados em reunião da CCIH e divulgados entre os profissionais da instituição através de normas técnicas, manual, mural e aulas:

A. Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções de pronto atendimentos.

São recomendados métodos de busca ativa de coleta de dados; no caso de alteração do perfil epidemiológico realizar investigação específica. A vigilância deve ser realizada de forma global ou em setores específicos. São exemplos de indicadores: Taxa de Infecção de pronto atendimento em Unidades de Pacientes Graves; Taxa de Infecções de pronto atendimentos por Procedimentos; Distribuição Percentual das Infecções de pronto atendimentos por Localização Topográfica. Os dados poderão ser apresentados e divulgados através de relatórios, boletins ou verbalmente durante reuniões clínicas ou discussão de casos, a todos os serviços e à direção, com periodicidade mensal, se possível. Os relatórios deverão ser enviados a autoridades dos órgãos competentes municipais, estaduais e federais (Ministério da Saúde).

B. Recomendações para higiene das mãos: Lavagem com sabão e uso de antissépticos.

B. Recomendações para precauções/isolamento: Estabelecer rotinas para aplicá-la e suspender procedimentos que envolvam precauções e isolamento de doenças transmissíveis no ambiente de pronto atendimento.

B. Recomendações para prevenção de infecção relacionada a procedimentos invasivos com cateter venoso e urinário: Estabelecer rotinas que envolvam cuidados na instalação; manutenção; indicações de troca e coleta de material para cultura.

B. Recomendações para prevenção da Infecção do sítio cirúrgico: Estabelecer rotinas pré, intra e pós-operatórias que envolvam principalmente duração da cirurgia, tricotomia, técnica cirúrgica, antibiótico profilaxia.

B. Recomendações para prevenção da Infecção pulmonar relacionada à ventilação mecânica: Estabelecer rotinas que envolvam cuidados na instalação da ventilação mecânica, aspiração, indicações de troca de circuitos e coleta de material para cultura.

B. Recomendações para racionalização de antimicrobianos e germicidas: Instituir protocolos e orientações tanto de profilaxia como de tratamento. Produzir relatórios em conjunto com a farmácia sobre o consumo de antimicrobianos.

B. Estabelecer uma rotina de atendimento e prevenção aos profissionais expostos a doenças transmissíveis no ambiente de pronto atendimento com particular atenção aos acidentes envolvendo materiais perfuro cortante contaminados e fluidos corporais.

Cronograma de atividade anual

Cronograma das Atividades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Reuniões CCIH												
Objetivo (A)												

Objetivo (B)												
Objetivo (C)												
Objetivo (D)												
Objetivo (E)												
Objetivo (F)												
Objetivo (G)												
Objetivo (H)												

e) Comissão de Revisão de Óbito

Proposta de constituição (membros/finalidade)

FINALIDADE:

A comissão de Óbitos tem como objetivo dar ajuda a Direção no sentido de vigilância continua dos relatórios/atestados de óbitos, aferindo os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

MEMBROS

A equipe é composta de 03 membros, sendo 02 médicos e 01 enfermeira.

Proposta de regimento

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 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, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

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 e 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 de

Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação de pronto atendimento.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente e 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.

Cronograma de atividade anual

Cronograma das Atividades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Reuniões Comissão de Óbitos												
Nomear os membros da Comissão												

Validação da comissão pelo CRM												
Validação do Regimento Interno												
Elaboração de Cronograma das reuniões mensais												
Elaboração de relatórios a direção												

f) Comissão de Gerenciamento de Riscos

Segundo a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Segurança do Paciente significa “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.

Neste mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, instituiu a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, que devem ter os seguintes princípios: melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

O IGATS propõe a constituição da referida comissão, com a finalidade de realizar o monitoramento dos produtos hospitalares bem como a notificação de ocorrências à ANVISA.

A Comissão de Segurança do Paciente do HCFMB atua na identificação, monitoramento, análise, notificação e prevenção dos riscos relacionados à ocorrência de eventos adversos (incidentes que resultam em dano à saúde, ou seja, em comprometimento da estrutura ou função do corpo), garantindo uma assistência segura e de qualidade ao paciente.

Os membros da Comissão se reúnem mensalmente para analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e propor medidas para redução de sua ocorrência.

Membros

A Comissão é formada por uma equipe multidisciplinar e os seus membros são indicados pela IGATS, sendo composta por profissionais da área de saúde, formalmente designados.

O presidente da Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente será o Gerente de Riscos e os demais membros serão representados pelos seguintes serviços:

• Representantes da Diretoria Médica – DPA;
• Representante do Serviço de Enfermagem;
• Representante do Serviço de Farmácia;
• Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
• Representantes de demais serviços relacionados diretamente à segurança do paciente

Proposta de regimento

Do funcionamento

Art. 1º A CQSCP deverá elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Segurança do Paciente adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas:

I. À melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
II. À disseminação sistemática da cultura de segurança;
III. À articulação e à integração dos processos de gestão de riscos;
IV. À garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.
V. À capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à segurança do paciente;

Art. 2º A CQSCP deverá desenvolver as seguintes ações:

I. Promover ações para a gestão de riscos no serviço de saúde;
II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;
IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de saúde, que deverá contemplar as ações planejadas para um período de no máximo dois anos;
V. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
VI. Implantar os protocolos de segurança do paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
VII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; VIII. Notificar à ANVISA todos os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos, hemocomponentes, equipamentos e outros produtos para saúde identificados;

Art. 3º Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CQSCP especificamente:

I. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
II. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
V. Indicar, dentre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes;
VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
VII. Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

Art. 4º Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 5º Aos membros incumbe:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Presidente;
V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;
VI. Atualizar o plano de segurança do paciente quando necessário ou no prazo estabelecido.

Art. 6º A(o) Secretária(o) da Comissão de Segurança do Paciente incumbe:

I. Assistir as reuniões;

II. Encaminhar o expediente da Comissão;

III. Preparar o expediente da Comissão;

IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII. Elaborar relatório trimestral das atividades da Comissão;

VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X. Distribuir aos Membros da Comissão a pauta das reuniões.

Art. 7º Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

§1º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tenha sido adiada.

§2º A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias, e de um dia para as extraordinárias. Após a leitura do Parecer, o Presidente ou o Vice-Presidente deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem. O membro que não se julgar sufi cientemente

esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação; o prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária; após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo em até duas reuniões. Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes. A cada reunião, os membros consignarão sua presença em folha própria e a(o) Secretária(o) lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

Cronograma de atividade anual

Cronograma das Atividades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Reuniões da Comissão de Qualidade e Segurança ao cuidado ao paciente												
Objetivo (A)												
Objetivo (B)												
Objetivo (C)												
Objetivo (D)												
Objetivo (E)												
Objetivo (F)												
Objetivo (G)												

Objetivo (H)												
Objetivo (I)												
Objetivo (J)												
Objetivo (K)												
Objetivo (L)												

j) Operacionalização da Capacitação Continuada

Conforme disposições editalícias, o Plano de Educação Permanente em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos da Secretaria Municipal da Saúde (cursos, treinamentos, etc.)assegurará a captação contínua à equipe interdisciplinar do Pronto Atendimento Municipal, mínimo de quatro capacitações mensais diurnas e noturnas incluindo os cursos mínimos discriminados, conforme salientados abaixo:

1	Administração, diluição e aplicação de medicamentos
2	Anotações de enfermagem
3	Aplicação de POP (Procedimento Operacional Padrão)
4	Atendimento a paciente psiquiátrico
5	Atendimento a urgência e emergência
6	Atendimento em PCR (Adulto e pediátrico)
7	Banho no leito
8	Cateterismo vesical de alívio e demora
9	Classificação de Risco
10	Controle de infecção hospitalar e contaminação cruzada
11	Cuidados paliativos
12	Curativos e feridas
13	Descarte de Resíduos
14	Ética profissional
15	Higiene das mãos
16	Humanização do atendimento em saúde
17	Monitorização do paciente
18	NR - 32
19	Passagem de sonda Naso
20	Punção venosa
21	Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe
22	Segurança do paciente
23	Transporte de paciente
24	Uso correto de EPI
25	Outros

A implementação de programa de educação continuada é elemento obrigatório em ambientes de saúde e devem ser aplicados a todos os trabalhadores, não apenas aos que prestam atenção aos pacientes.

Assim o programa é descrito na Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho (Portaria nº 3.3214/78).

A Educação Continuada, também chamada de Educação Permanente, será implementada a partir de cronograma de ações e após planejamento com as equipes médicas, de enfermagem, e dos demais setores assistenciais, administrativos e operacionais da unidade.

A elaboração do cronograma base e dos itens a serem desenvolvidos será realizada a partir da constituição de uma comissão com a diretoria clínica, gerência de enfermagem, gerências operacionais e segurança do trabalho,

ficando a cargo, por se tratar de elemento constante em legislação trabalhista própria (NR-32), do Serviço Especializado em Medicina e Segurança do Trabalho, com todas as suas atividades sendo relatadas ao Ministério do Trabalho e à Secretaria Municipal de Saúde.

A programação de Educação Permanente do INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE frente à gestão de unidades de pronto atendimento, visa aprimorar as principais competências técnicas e comportamentais das equipes de saúde.

A programação será estabelecida, anualmente, mediante levantamento que será realizado com base em indicadores de desempenho das unidades, fragilidades identificadas pelas lideranças e/ou necessidade de aperfeiçoamento de técnicas conforme o perfil e sazonalidade dos atendimentos.

A Educação Permanente será estruturada, garantindo que todos os profissionais consigam registrar participação, não sendo restrito a categorias profissionais especificas, ou seja, profissionais de todas as categorias profissionais, serão submetidos e incorporados no respectivo plano de educação permanente.

Cabe destacar que, com o intuito de disseminar a informação e boas práticas assistenciais, O INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE irá estender a participação nos treinamentos às equipes da Atenção Básica do município, proporcionando a integração das equipes e disseminação da informação.

A Educação Permanente em Saúde é essencial para assegurar a qualidade do atendimento, promover a atualização contínua dos profissionais e garantir a segurança dos pacientes. A seguir, apresento uma proposta detalhada, incluindo sugestões de cursos, metodologias, planejamento e integração entre os serviços.

---

1. Objetivos da Educação Permanente

- **Desenvolver Competências**: Capacitar os profissionais de saúde com conhecimentos e habilidades necessários para a prática clínica e gestão.
- **Aprimorar a Qualidade do Atendimento**: Atualizar os profissionais sobre melhores práticas e diretrizes clínicas, melhorando a qualidade do atendimento.
- **Promover a Integração da Equipe**: Fomentar a comunicação e o trabalho em equipe entre os serviços (hospital, Pronto Atendimento, SADAT e SAMU).
- **Aumentar a Satisfação do Paciente**: Garantir um atendimento mais humanizado e seguro, aumentando a satisfação dos pacientes e familiares.

---

2. Estrutura da Educação Permanente

2.1. Diagnóstico de Necessidades de Formação

- **Avaliação Inicial**: Levantamento das competências e habilidades atuais dos profissionais, identificando lacunas e necessidades de formação.
- **Feedback Contínuo**: Coleta de feedback de pacientes e familiares sobre a qualidade do atendimento, visando identificar áreas de melhoria.

2.2. Conteúdos Programáticos

- **Temas Específicos**:
  - Atualizações em protocolos clínicos e diretrizes de atendimento.
  - Gestão de riscos e prevenção de eventos adversos.
  - Atendimento humanizado e comunicação eficaz com pacientes e familiares.
  - Uso de tecnologias em saúde, incluindo telemedicina e sistemas de informação.
  - Cuidados paliativos e gestão de doenças crônicas (para SADAT).

2.3. Sugestões de Cursos

- **Cursos Presenciais e Online**:

- **Atualização em Emergências Clínicas**: Abordagem de situações emergenciais, protocolos de atendimento e manobras de ressuscitação.
- **Comunicação e Relação com o Paciente**: Estratégias para melhorar a comunicação e o relacionamento com pacientes e familiares.
- **Gestão de Riscos em Saúde**: Conceitos, ferramentas e práticas para a identificação e mitigação de riscos.
- **Cuidados Paliativos**: Princípios e práticas para o manejo de pacientes em situações de fim de vida.
- **Atendimento Domiciliar e Saúde da Família**: Estratégias e práticas para a realização de atendimentos domiciliares eficazes.
- **Tecnologia e Inovação em Saúde**: Uso de tecnologias emergentes, como telemedicina e aplicativos de saúde.
- **Ética e Bioética na Prática Profissional**: Discussão sobre temas éticos e dilemas enfrentados na prática da saúde.

---

3. Metodologias de Ensino

3.1. Metodologias Ativas

- **Cursos e Workshops**: Oferecer cursos presenciais e online sobre temas específicos, com carga horária definida e certificação.
- **Simulações e Role-Playing**: Realizar simulações de situações clínicas e de emergência, promovendo o aprendizado prático e a resolução de problemas.
- **Grupos de Estudo e Discussão**: Formar grupos para discussão de casos clínicos, promovendo a troca de experiências e conhecimentos.
- **Mentoria e Supervisão**: Implementar programas de mentoria, onde profissionais mais experientes orientam aqueles em formação.

3.2. Eixos de Ensino

- **Teórico**: Aulas expositivas, vídeos e leitura de artigos.
- **Prático**: Simulações, estudos de caso e prática supervisionada.
- **Reflexivo**: Discussões em grupo, feedback e autoavaliação.

---

4. Planejamento e Implementação

4.1. Planejamento Anual

- **Elaboração do Plano de Educação**: Criar um plano anual de Educação Permanente com cronograma de atividades, conteúdos, metodologias e responsáveis.
- **Orçamento**: Definir um orçamento para as atividades de educação, incluindo custos com materiais, instrutores e eventos.

4.2. Implementação das Atividades

- **Calendário de Formação**: Elaborar um calendário de atividades formativas, garantindo a participação de todos os profissionais.
- **Registro e Controle de Participação**: Implementar um sistema de registro de participação e avaliação dos profissionais nas atividades de formação.

4.3. Avaliação das Atividades

- **Avaliação de Impacto**: Realizar avaliações periódicas para medir o impacto das atividades de Educação Permanente na prática profissional e na qualidade do atendimento.
- **Feedback dos Participantes**: Coletar feedback dos participantes sobre a relevância e eficácia das atividades formativas, utilizando questionários e entrevistas.

---

5. Integração entre os Serviços

5.1. Trabalho em Equipe Multidisciplinar

- **Reuniões Interdisciplinares**: Promover reuniões regulares entre as equipes do hospital, Pronto Atendimento, SAMU e SADAT para discutir casos, compartilhar experiências e alinhar as práticas.
- **Projetos Conjuntos**: Desenvolver projetos de educação permanente que integrem diferentes serviços, promovendo a troca de conhecimentos e experiências.

5.2. Compartilhamento de Recursos

- **Biblioteca e Materiais Didáticos**: Criar uma biblioteca de recursos educacionais acessíveis a todos os profissionais, incluindo manuais, vídeos e artigos.

- **Plataforma Online**: Implementar uma plataforma online para disponibilizar cursos, materiais e fóruns de discussão, facilitando o acesso à educação para todos os profissionais.

---

6. Avaliação e Melhoria Contínua

6.1. Avaliação de Resultados

- **Indicadores de Sucesso**: Definir indicadores para avaliar o sucesso da Educação Permanente, como:
  - Taxa de participação nas atividades de formação.
  - Melhoria nas competências percebidas pelos profissionais.
  - Impacto na qualidade do atendimento (ex.: redução de eventos adversos).

6.2. Revisão do Plano de Educação

- **Atualização Anual**: Revisar e atualizar o plano de Educação Permanente anualmente, com base nas avaliações realizadas e nas novas demandas identificadas.

---

7. Conclusão

A proposta de Educação Permanente apresentada visa promover a formação contínua dos profissionais de saúde que atuam no hospital, Pronto Atendimento, SAMU e SADAT. Com um foco na atualização e capacitação da equipe, a implementação dessa proposta contribuirá para a excelência no atendimento ao paciente e para a satisfação das equipes de saúde. O comprometimento de todos os envolvidos é essencial para o sucesso desta iniciativa.

---

8. Anexos

- **Anexo 1**: Exemplo de Diagnóstico de Necessidades de Formação.
- **Anexo 2**: Modelos de Planos de Educação Permanente.
- **Anexo 3**: Questionários de Avaliação de Atividades Formativas.
- **Anexo 4**: Calendário de Formação Anual.
- **Anexo 5**: Recursos Didáticos e Bibliografia Recomendada.

k) Operacionalização e controle de visitas

Este documento apresenta a proposta de operacionalização e controle de visitas no Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme diretrizes estabelecidas no Chamamento Público nº 002/2025.

O sistema proposto garante que visitantes, acompanhantes e familiares de pacientes sejam adequadamente registrados, monitorados e direcionados dentro da unidade, com segurança, transparência e respeito à privacidade dos pacientes.

A implementação integra processo manual e tecnológico, com sistema informatizado de gestão de visitantes que fornece visibilidade em tempo real sobre quem está nas dependências da unidade, facilitando segurança, controle de infecções e conformidade com regulamentações.

Fundamentação Legal e Normativa

A regulamentação de visitas em unidades de saúde está fundamentada em múltiplos marcos normativos. A Resolução COFEN reconhece que acompanhantes e visitantes são parte integrante da experiência hospitalar, impactando significativamente o bem-estar emocional de pacientes.

O Plano Nacional de Humanização estabelece que visitação é direito do paciente e deve ser implementada de forma que equilibre necessidades emocionais com segurança operacional e sanitária. A LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) exige que dados de visitantes sejam coletados, armazenados e utilizados com consentimento e transparência, com direito do visitante a conhecer que seus dados estão sendo processados.

Normas de biossegurança exigem que visitantes sejam educados sobre precauções de contato, higiene de mãos e utilização de EPI quando apropriado. Conformidade com regulamentações de segurança determina que controle de acesso deve ser implementado para evitar acesso não autorizado a áreas clínicas restritas, farmácia, central de material e esterilização e arquivo de prontuários.

Conceituação de Visita e Categorias de Visitantes

Uma visita é definida como entrada de pessoa não-profissional (não parte da equipe assistencial ou administrativa) às dependências do Pronto Atendimento para acompanhar ou visitar paciente internado. Visitantes são categorizados em: acompanhantes (pessoas designadas pelo paciente ou responsável para permanecer com paciente durante internação, geralmente familiares próximos ou cuidadores designados), visitantes ocasionais (amigos, familiares distantes, pessoas que vêm visitar brevemente paciente), fornecedores de serviços (pessoas de empresas terceirizadas que prestam serviços na unidade como manutenção, limpeza, segurança), e profissionais de saúde de outras instituições (médicos consultores, enfermeiros especialistas que vêm participar de discussão de casos).

Cada categoria de visitante tem direitos, restrições e protocolos específicos. Acompanhantes têm direito a permanecer com paciente durante internação (com exceções em situações de risco), mas devem seguir normas de higiene e precaução. Visitantes ocasionais podem visitar em horários estabelecidos, mas não podem permanecer por períodos extensos que comprometam repouso do paciente. Fornecedores de serviços devem ser pré-registrados e ter credenciais válidas. Profissionais de outras instituições devem ser anunciados pelo médico responsável e ter identificação válida.

Política de Visitas do Pronto Atendimento de Jacupiranga

Direitos dos Visitantes

Visitantes têm direito a visitar pacientes internados no Pronto Atendimento, contribuindo para bem-estar emocional e apoio familiar durante período de doença. Visitantes têm direito a informações básicas sobre situação clínica do paciente (conforme autorização do paciente e respeitando confidencialidade). Visitantes têm direito a ser tratados com respeito e cortesia pela equipe da unidade. Visitantes têm direito a ambientes adequados para visita (cadeiras confortáveis, sanitários), quando possível. Visitantes têm direito a privacidade relativa durante visita (sem exposição desnecessária de corpos nus de pacientes, sem interrupções desnecessárias durante visita).

Responsabilidades dos Visitantes

Visitantes devem cumprir horários de visita estabelecidos pela unidade. Visitantes devem higienizar mãos ao chegar e ao partir da unidade. Visitantes devem respeitar regras de precaução (não tocar em equipamentos médicos, não remover ou desconectar cateteres, não manipular medicações). Visitantes devem manter silêncio em áreas comuns para não perturbar pacientes em repouso. Visitantes devem não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas nas dependências da unidade. Visitantes devem não trazer animais domésticos (exceto cão-guia para pessoas cegas). Visitantes devem não trazer objetos que possam comprometer segurança (armas, objetos cortantes, objetos que possam servir como armas). Visitantes devem cumprir diretrizes de controle de infecção (utilizar máscara se paciente está em isolamento, utilizar EPI se orientado).

Restrições de Visita

Visitantes com sinais de doença contagiosa (tosse, febre, diarréia, erupção de pele) não devem entrar na unidade. Visitantes menores de 12 anos devem ser acompanhados por adulto responsável em todos os momentos. Visitantes menores de 18 anos não devem visitar pacientes em isolamento de contato ou isolamento aéro sem autorização e supervisão médica. Número de visitantes simultâneos para cada paciente será limitado a dois por vez, para evitar congestionamento em área de observação. Visitantes não devem permanecer durante procedimentos médicos ou de enfermagem, exceto em situações especiais (criança durante conforto de mãe, cuidador permanente durante procedimento de reavaliação). Visitantes não devem estar em área de emergência durante atendimento emergencial (visitante será orientado a aguardar em sala de espera apropriada).

Horários de Visita

Horários de visita no Pronto Atendimento de Jacupiranga serão estabelecidos considerando fluxo de pacientes e necessidade de repouso. Horários propostos são: segunda a sexta-feira de 14:00 a 18:00 horas; sábados, domingos e feriados de 10:00 a 18:00 horas. Acompanhantes permanentes (aqueles designados para permanecer com paciente durante internação integral) têm permissão de acesso 24 horas. Exceções podem ser feitas em situações especiais (paciente pediátrico com autorização de pai/mãe para permanência integral de acompanhante, paciente terminal com autorização médica para visita de familiar durante horário noturno).

Sistema Informatizado de Gestão de Visitantes

Funcionalidades Principais

O sistema informatizado de gestão de visitantes será integrado ao prontuário eletrônico do paciente, permitindo que cada visitante registrado seja associado ao prontuário do paciente visitado. Funcionalidade de

pré-registro permite que paciente ou responsável registre visitantes esperados antes da chegada deles, agilizando processo de entrada. Sistema exibe para cada visitante ao chegar lista de pacientes que visitante está autorizado a visitar, evitando confusão. Sistema registra data, hora de chegada e hora de saída de cada visitante, criando log completo de quem esteve na unidade e quando. Sistema gera alertas se visitante já está na unidade há mais tempo do que permitido pelas políticas (por exemplo, se visitante ocasional já está presente há mais de 2 horas). Sistema permite que médico responsável indique restrições específicas de visita para determinado paciente (por exemplo, se paciente está em isolamento e visitantes precisam usar EPI específico).

Processo de Registro de Entrada de Visitante

Visitante chega ao Pronto Atendimento e dirige-se à recepção. Recepcionista cumprimenta visitante de forma cortês e pergunta qual é o paciente que deseja visitar. Recepcionista acessa sistema informatizado e busca paciente pelo nome ou número de prontuário. Se visitante está pré-registrado (já foi registrado anteriormente), sistema reconhece visitante, mostra informação pré-existente (nome, relacionamento com paciente, data de última visita). Se visitante é novo, recepcionista realiza registro completo: nome completo, data de nascimento, número de documento (RG ou CPF), relacionamento com paciente (pai, mãe, cônjuge, amigo, etc), número de telefone para contato.

Recepcionista oferece informações sobre política de visita: horários, restrições, regras de precaução. Se paciente está em isolamento de contato ou aéro, recepcionista orienta sobre necessidade de utilizar EPI (máscara no mínimo, podendo ser luva e avental dependendo do tipo de isolamento). Recepcionista oferece estação de higiene de mãos próxima à entrada, orientando visitante a lavar mãos antes de entrar na unidade e após sair.

Visitante é direcionado para local de visita. Se é acompanhante permanente, é levado ao leito ou quarto onde paciente está internado. Se é visitante ocasional, é levado a sala de visita (se disponível) ou a leito do paciente (se está em área aberta). Recepcionista documenta no sistema: data e hora de entrada, identificação do visitante, identificação do paciente visitado, local onde visitante foi direcionado.

Gerenciamento de Duração de Visita

Sistema monitora continuamente quanto tempo visitante está na unidade. Para visitantes ocasionais (limite de 2 horas), quando tempo se aproxima do limite (por exemplo, após 1 hora e 45 minutos), sistema notifica recepção. Recepcionista pode fazer aproximação educada com visitante, lembrando sobre limite de tempo e oferecendo possibilidade de encerrar visita. Se visitante permanece para além do tempo permitido, sistema gera alerta em tempo real para gerenciador ou coordenador, que pode fazer abordagem respeitosa.

Para acompanhantes permanentes, não há limite de tempo de permanência. Sistema apenas registra quando acompanhante sai da unidade (para saber em tempo real se acompanhante está presente ou não). Se acompanhante precisa deixar a unidade temporariamente (para ir à farmácia, para repouso em casa), sistema permite registrar saída temporária. Se acompanhante não retorna em tempo razoável (por exemplo, após 24 horas de ausência), sistema gera alerta para equipe avaliar se paciente necessita de cuidados especiais durante ausência de acompanhante.

Rastreabilidade Completa

Cada visita fica registrada no sistema com informações completas: identificação do visitante, identificação do paciente, data da visita, hora de entrada, hora de saída, duração total da visita, local onde visita ocorreu,

tipo de visitante (ocasional vs. acompanhante). Se incidente ocorre durante visita (por exemplo, visitante se comporta de forma agressiva com equipe, visitante contrai doença dentro da unidade e retorna dias depois com diagnóstico confirmado), informação pode ser rastreada retroativamente para investigação. Se investigação de infecção cruzada ou evento adverso ocorre, sistema permite identificar todos os visitantes que estiveram presentes durante período de interesse.

Fluxo Operacional de Visita

Chegada do Visitante

Visitante chega à portaria ou recepção do Pronto Atendimento. Equipe de segurança ou recepcionista realiza abordagem inicial cordial. Visitante é questionado sobre: qual é o motivo da visita (visitar paciente internado ou trazer paciente ao pronto atendimento), qual é o paciente que deseja visitar, se visitante apresenta algum sinal de doença. Se visitante apresenta tosse, febre, ou outros sinais de doença contagiosa, visitante é informado educadamente que não pode entrar neste momento, oferecendo-se possibilidade de retornar quando sinais tiverem resolvido. Visitante é direcionado para recepção onde processo de registro ocorre.

Registro e Documentação

Recepcionista realiza registro completo no sistema: nome, documento, dados de contato, relacionamento com paciente, paciente que visitante deseja visitar. Se visitante vem com paciente (por exemplo, acompanhante trazendo paciente ao pronto atendimento), visitante é registrado como acompanhante do paciente. Sistema oferece opção de visitante aceitar ou não que informação seja processada (consentimento para processamento de dados conforme LGPD).

Se visitante recusa consentimento, registro mínimo é ainda realizado por questões de segurança (apenas identificação e horário) mas dados não são utilizados para fins de análise ou compartilhamento.

Higienização e Orientações

Recepcionista oferece estação de higiene de mãos (pia com água e sabonete, ou álcool gel) e orienta visitante a lavar mãos. Recepcionista oferece informações verbais sobre regras da unidade: horários, restrições, regras de precaução. Se paciente está em isolamento, recepcionista oferece EPI necessário (máscara no mínimo) e orienta sobre uso correto. Recepcionista esclarece que equipamentos médicos não devem ser tocados, que visitante deve permanecer em local designado durante visita.

Acompanhamento de Visitante até Paciente

Se visitante é acompanhante ou visitante conhecido (já vem frequentemente), pode ser encaminhado diretamente ao leito do paciente. Se visitante é novo ou desconhecido, pode ser acompanhado por funcionário até leito para garantir que visitante encontra paciente correto e que nenhum desvio ocorre (visitante tentando acessar área não autorizada, etc). Funcionário apresenta visitante ao paciente e confirma que este é realmente o paciente que visitante deseja visitar, evitando confusões.

Visita Propriamente Dita

Visitante passa tempo com paciente. Equipe não interfere exceto se necessário (por exemplo, se procedimento médico precisa ser realizado, visitante é convidado a se afastar temporariamente). Enfermeiro permanece atento a qualquer sinal de que visitante está se sentindo mal (visitante pode ter contraído doença contagiosa dentro da unidade durante permanência prolongada) ou que visitante está se comportando de forma inapropriada (agressiva, assediadora). Se visitante se sente mal durante

visita, protocolos apropriados são acionados (visitante é oferecido lugar para sentar, água, avaliação médica se necessário).

Encerramento de Visita

Visitante avisa que está partindo. Recepcionista ou sistema registra hora de saída. Se visitante é acompanhante permanente que planeja retornar brevemente, sistema registra como "saída temporária". Se visitante é ocasional que partiu, sistema registra como "visita encerrada". Visitante é novamente orientado a lavar mãos antes de sair (para limpeza de mãos e para evitar disseminação de potenciais microrganismos). Visitante recebe despedida cordial.

Controle de Acesso Físico
Áreas Permitidas e Restritas

Visitantes podem acessar: sala de espera, recepção, sala de visita (se disponível), corredores principais, leitos de pacientes internados em observação, banheiro para visitantes.

Visitantes NÃO podem acessar: sala de emergência durante atendimento (pode aguardar em sala de espera separada), central de material e esterilização, farmácia, arquivo de prontuários, salas de procedimento (exceto se acompanhante pediátrico autorizado), área administrativa restrita, áreas de isolamento (exceto se autorizado e com EPI apropriado), unidade de terapia intensiva (visitas conforme protocolo específico de UTI).

Implementação de controle físico de acesso pode incluir: estação de recepção posicionada de forma que todos os visitantes passem por ela (evitando que alguém entre diretamente pelas portas de emergência), portas com fechadura eletrônica para áreas restritas (acesso apenas com cartão de credencial de funcionário), sinalização clara indicando áreas

restritas, câmeras de vigilância em áreas públicas e em entradas de áreas restritas.

Credenciais e Identificação

Visitantes que vêm frequentemente (por exemplo, acompanhante permanente) podem receber crachá ou cartão de visita que identifica-os como visitante autorizado. Crachá exibe: nome do visitante, nome do paciente associado, datas de validade de autorização, foto do visitante (para identificação), número de credencial. Crachá utiliza código de cores para indicar tipo de visitante (por exemplo, azul para acompanhante permanente, amarelo para visitante ocasional, vermelho para visitante com restrições especiais). Apresentação de crachá permite que equipe rapidamente reconheça visitante e autoridade para estar nas dependências.

Protocolos de Segurança para Visitantes

Rastreamento de Objeto

Visitantes não devem trazer objetos que possam comprometer segurança: armas brancas, armas de fogo, objetos que possam servir como armas (garrafas de vidro de bebidas alcoólicas, bastões, correntes, objetos pesados que possam ser utilizados como balanço). Política é clara: visitantes podem trazer itens pessoais normais (bolsa, carteira, celular) mas não podem trazer objetos proibidos. Se visitante é suspeito de trazer objeto proibido, abordagem respeitosa é realizada, explicando política. Visitante pode optar por deixar objeto em local seguro (guarda-volumes se disponível) ou partir da unidade sem entrar.

Objetos que podem trazer doenças também são monitorados: alimentos preparados em casa (podem ter contaminantes), flores ou plantas (podem acarretar contaminantes ambientais particularmente em pacientes

imunocomprometidos). Política é educativa: se visitante vem com alimento preparado em casa, equipe explica que paciente pode não poder comer esse alimento por motivos médicos (restrição dietética, alimento que interfere com medicação). Visitante é respeitosamente orientado a oferecer apenas alimentos aprovados pela unidade ou pela equipe médica.

Monitoramento Comportamental

Equipe é treinada para reconhecer comportamento inapropriado de visitante: agressão verbal ou física contra equipe ou pacientes, comportamento sexual inapropriado, comportamento intoxicado, roubo de itens da unidade, tentar trazer contrabando para paciente (drogas, objetos proibidos). Se comportamento inapropriado é identificado, abordagem é realizada respeitosamente mas firmemente: visitante é informado que comportamento é inadequado e que visitante será convidado a sair. Se visitante se recusa a sair, segurança é acionada para remover visitante de forma segura. Se crime é suspeito (roubo, tráfico de drogas), polícia pode ser acionada.

Registro de visitante com comportamento inapropriado é documentado no sistema, criando histórico. Se mesmo visitante retorna e repete comportamento inadequado, proibição de visita pode ser imposta. Paciente é informado que visitante foi retirado por comportamento inadequado, oferecendo-se oportunidade para paciente explicar circunstâncias.

Controle de Biossegurança

Visitantes devem higienizar mãos ao chegar e ao partir. Se paciente está em isolamento de contato (por exemplo, paciente colonizado com microrganismo multirresistente como MRSA), visitante deve utilizar luva e máscara dentro do quarto/área do paciente. Se paciente está em isolamento aéro (por exemplo, tuberculose), visitante deve utilizar máscara

N95 ou equivalente. Se paciente está em isolamento de gotícula (por exemplo, influenza), visitante deve utilizar máscara cirúrgica padrão.

Equipamento de proteção individual é disponibilizado pela unidade. Treinamento breve é oferecido ao visitante sobre como colocar e remover EPI de forma correta. Após remover EPI, visitante higieniza mãos. Se visitante não cumpre protocolos de biossegurança (por exemplo, remove máscara, não higieniza mãos), equipe oferece lembrete educativo. Se visitante continua descumprindo, visita pode ser encerrada.

Indicadores de Desempenho e Monitoramento

Métricas de Processo

Número total de visitantes por semana será monitorado, permitindo compreender carga de visitantes na unidade. Taxa de visitantes por paciente internado será calculada (número de visitantes dividido por número de pacientes presentes na unidade durante período), indicando se carga de visitação está adequada. Número médio de visitantes simultâneos será monitorado para evitar congestionamento excessivo. Conformidade com horários de visita será monitorada: percentual de visitantes que chega fora de horários permitidos e é informado de restrição. Conformidade com política de acompanhantes será monitorada: percentual de acompanhantes que cumpre regras de higieneização, utilização de EPI quando necessário, não interferência em procedimentos.

Indicadores de Segurança

Número de incidentes envolvendo visitantes será monitorado: agressão contra equipe, tentativa de trazer objetos proibidos ou contrabando, roubo de itens da unidade. Conformidade com controle de acesso será monitorada: número de tentativas não autorizado de entrar em áreas

restritas. Conformidade com biossegurança será monitorada: percentual de visitantes em isolamento que cumprem protocolos de EPI e higienização.

Indicadores de Satisfação

Satisfação de pacientes sobre visita de acompanhantes/visitantes pode ser medida através de pergunta breve em pesquisa de satisfação: "Como você avalia a qualidade da sua experiência com visita de familiares/acompanhantes?" Satisfação de visitantes também pode ser avaliada: "Como você avalia a facilidade de processo de registro como visitante?" "Como você avalia a cortesia da equipe?"

Documentação e Conformidade

Registro de Dados de Visitante

Informações coletadas sobre cada visitante incluem: nome completo, data de nascimento, documento de identificação (RG ou CPF), relação com paciente (pai, cônjuge, amigo, etc), número de telefone para contato, data e hora de entrada, data e hora de saída, paciente visitado. Dados são armazenados no sistema informatizado com segurança apropriada. Acesso a dados é restrito a profissionais autorizados (recepção, gestão, segurança). Dados são retidos por período definido (por exemplo, 2 anos) depois descartados de forma segura.

Consentimento e Privacidade

Visitante é informado que dados estão sendo coletados e processados, conforme exigência da LGPD. Visitante assina ou confirma digitalmente que consente com coleta de dados. Visitante é informado sobre direito de acessar seus dados, solicitar correção, ou solicitar exclusão (dentro de limitações legais). Visitante é informado que dados podem ser acessados por equipe de segurança e saúde para fins de segurança e rastreabilidade em caso de evento adverso.

Conformidade com Regulamentações

Política de visitantes está alinhada com Plano Nacional de Humanização (permitindo visita como direito, mas com restrições que protejam segurança). Política está alinhada com normas de biossegurança (exigindo precauções de contato quando isolamento necessário). Política está alinhada com LGPD (informando visitante sobre coleta de dados, oferecendo direitos). Auditoria semestral de conformidade será realizada, verificando se política está sendo seguida, se incidentes estão sendo documentados apropriadamente, se dados de visitantes estão sendo protegidos.

Tecnologia de Apoio

Sistema de Gestão Informatizado

Um sistema específico de gestão de visitantes será implementado ou integrado ao prontuário eletrônico existente. Sistema deve permitir: pré-registro de visitantes antes da chegada, registro rápido na chegada, monitoramento de duração de visita em tempo real, geração de alertas quando limites de tempo são aproximados ou excedidos, geração de crachás para acompanhantes permanentes, relatórios sobre padrões de visitação, integração com segurança para alertar sobre visitantes com histórico de incidentes.

Monitoramento por Câmeras

Câmeras de vigilância (CCTV) podem ser instaladas em áreas públicas da unidade: recepção, corredores principais, salas de espera, entradas de áreas restritas. Câmeras registram continuamente, com gravação armazenada por período definido (tipicamente 30 dias). Câmeras servem como ferramenta de segurança e de investigação em caso de incidente.

Câmeras NÃO são instaladas em banheiros, vestiários, quartos/leitos de pacientes, ou outras áreas de privacidade.

Avisos Visuais e Informativos

Placas e sinalização clara informam visitantes sobre: política de visitação (horários, restrições), regras de biossegurança, áreas proibidas, localização de estação de higiene de mãos, localização de banheiro. Painéis informativos exibem em tempo real: informações sobre pacientes internados (com consentimento do paciente), número de visitantes presentes na unidade, próximos procedimentos agendados.

Capacitação de Equipe

Todos os profissionais do Pronto Atendimento receberão treinamento sobre política de visitantes: como registrar visitante, como aplicar restrições respeitosamente, como oferecer informações sobre biossegurança, como lidar com visitante que não cumpre regras. Treinamento será realizado durante onboarding de novo funcionário e reforçado anualmente. Recepcionistas receberão treinamento adicional sobre comunicação com visitantes, como oferecer informações de forma clara e educada, como lidar com visitante frustrado ou agressivo. Equipe de segurança receberá treinamento sobre protocolo de escalação em caso de incidente envolvendo visitante, como remover visitante de forma segura se necessário, como documentar incidente apropriadamente.

Considerações Finais

Operacionalização e controle de visitas bem estruturados permitem que Pronto Atendimento de Jacupiranga seja lugar acolhedor para pacientes e familiares, sem comprometer segurança operacional, biossegurança ou proteção de privacidade. Sistema integrado de gestão de visitantes fornece visibilidade em tempo real, permitindo que gestão tome decisões

informadas sobre fluxos de visitação. Documentação completa e conformidade com regulamentações protegem unidade legalmente e eticamente. Capacitação de equipe garante que política seja aplicada consistentemente com respeito e profissionalismo. Resultado final é ambiente onde pacientes recebem apoio emocional de família enquanto segurança, biossegurança e qualidade assistencial são mantidas.

I) Operacionalização e controle da assistência farmacêutica, insumos e materiais

Coordenar uma instituição de saúde, atualmente, é praticar uma gestão com ênfase nos recursos humanos, no capital intelectual e, principalmente, nos processos. O bom funcionamento desse sistema está ligado intimamente à parte de logística de suprimentos.

Suprir adequadamente o ambiente de pronto atendimento com materiais adequados que garantam qualidade, produtividade, satisfação dos pacientes e prestação de serviços pela equipe de pronto atendimento está entre os principais desafios da administração de uma organização de saúde.

O conceito de uma cadeia de suprimentos na área de saúde é formado por uma visão mais ampla que considera uma estratégia de planejamento, implantação e controle do fluxo para os processos de obtenção e gerenciamento da movimentação de materiais.

Na logística de pronto atendimento é preciso considerar toda a infraestrutura existente, desde a organização, as pessoas, os processos, e até os sistemas de informação de suporte.

Devido à complexidade de atividades pertinentes à área, a gestão de logística de suprimentos acaba por se tornar uma das maiores dificuldades. Isso porque ela envolve desde seleção, controle, compra, estoque,

armazenamento e distribuição e exige do profissional atributos como planejamento e supervisão, além de delegação de poderes e pensamento estratégico. Outro ponto importante é a comunicação e capacitação constante por parte do gestor.

O fluxo operacional para material médico hospitalar e medicamentos será segregado nos seguintes segmentos (i) gestão de estoque; (ii) reposição contínua; (iii) reposição periódica e (iv) almoxarifado hospitalar.

A gestão de materiais, de forma geral, refere-se ao planejamento, realização e o controle do fluxo de materiais dentro da instituição, que vai desde a solicitação do material, passando pela compra e pelo efetivo consumo, até o descarte final, sendo este processo realizado de forma eficiente.

No ambiente hospitalar, os estoques desempenham um papel de grande importância, eles tornam o atendimento passível de ser realizado, por se tratar de uma necessidade muitas vezes desconhecida e uma demanda variável, viabilizando, assim, a prestação de serviços aos pacientes e, por esse motivo, devem ser geridos de forma eficiente.

A reposição contínua funciona da seguinte maneira: se ao retirar uma quantidade de um determinado item do estoque, a quantidade restante for menor que uma predeterminada, chamada de ponto de ressuprimento, então é disparado um novo pedido de compras de um lote de ressuprimento.

As vantagens desse sistema são:

i) a disponibilidade do material no estoque, pois o material é comprado sempre que o nível de estoque atinge o ponto de ressuprimento;

ii) o estoque de segurança será menor, pois, atende apenas o tempo de ressuprimento; e

iii) permite utilizar o lote econômico.

O sistema das revisões periódicas determina que a reposição de material seja realizada periodicamente em ciclos de tempo regulares, chamados períodos de revisão e a quantidade é variável, de acordo com a necessidade da demanda do próximo período.

A vantagem desse sistema é permitir agrupar os materiais de acordo com sua natureza facilitando a compra dos mesmos em um único dia.

O almoxarifado é um setor específico que armazena e controla determinados produtos de pronto atendimento. Sendo um dos serviços de apoio às atividades assistenciais e administrativas.

Pode ser definido como o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento do pronto atendimento.

Sua função está relacionada a vários itens, atendendo todos os setores do pronto atendimento:

- Recebimento dos materiais;
- Controle do estoque;
- Distribuição aos setores requisitantes;
- Planejamento de quanto comprar;
- Levantamento periódico dos estoques;
- Estabelecimento da quantidade máximas e mínimas;
- Definição do ponto de pedido.

Pode-se estabelecer que o almoxarifado zela pela manutenção e padrões de qualidade, através de todos os materiais que movimentam, satisfazendo o controle da logística no que diz respeito à distribuição dos materiais no pronto atendimento. Isto integrado pela logística de controle por software de gestão do INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE, o qual regula e gerencia todas as movimentações de entrada e saída.

Além de gerar impresso próprio de regulação para tais procedimentos, norteando assim este gerenciamento de materiais, para um controle tanto físico como financeiro, a fim de planejamento do administrativo/financeiro institucional, servindo também como ferramenta principal ao setor de compras.

Assim é a política de gestão do INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE, que prima pela qualidade, controle e bem servir.

O almoxarifado é estruturado para desempenhar as atividades de:

- Recebimento;
- Estocagem e guarda;
- Conservação e
- Controle de estoque.

O almoxarifado pode estar destinado à estocagem de medicamentos e produtos para a saúde. Para tanto, devem ser previstos setores separados para os mesmos.

Deve ser estruturado para conter as seguintes áreas:

- Recepção – Área destinada ao recebimento dos produtos, na qual devem ser realizadas a verificação, a conferência e a separação dos mesmos.

- Expedição – Área destinada à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos.
- Vestiário – Destinado ao pessoal da carga e descarga.
- Armazenamento

Os medicamentos somente são eficazes se houver garantia de que, desde sua fabricação até a sua dispensação, sejam armazenados, transportados e manuseados em condições adequadas. Desta forma estarão preservadas a sua qualidade, eficácia e segurança.

As diretrizes de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição aplicam-se a todas as atividades relacionadas à distribuição e armazenamento de produtos farmacêuticos nos almoxarifados, visando à proteção da saúde dos pacientes.

Para melhor entendimento deste manual, são adotadas as seguintes definições:

- Armazenamento: Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem e guarda, conservação, segurança e controle de estoque. Estocagem e guarda: estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, etc).
- Embalagem: envoltório, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, embalar, envasar, proteger ou manter os produtos farmacêuticos.
- Produto farmacêutico: preparado que contém princípio(s) ativo(s) e os excipientes, formulados em uma forma farmacêutica e que passou por todas as fases de produção, acondicionamento, embalagem e rotulagem.
- Lote: quantidade definida de um produto fabricado num ciclo de fabricação e cuja característica essencial é a homogeneidade.

- Número do lote: qualquer combinação de números ou letras através da qual se pode rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.
- Área de ambiente controlado: sala onde a temperatura é mantida entre 15 e 30ºC para estocagem de produtos cujo acondicionamento primário não os protege da umidade. A umidade deve ser mantida entre 40 e 70%.
- Quente: qualquer temperatura entre 30 e 40ºC.
- Calor excessivo: qualquer temperatura acima de 40ºC.
- Resfriado: qualquer temperatura entre 8 e 15ºC.
- Frio: qualquer temperatura que não exceda a 8ºC.
- Refrigeração: lugar/espaço frio no qual a temperatura é mantida, através de termostato, entre 2 a 8ºC.
- Congelador: temperatura mantida, através de termostato, entre -20 a -10ºC.
- Distribuição: atividade que consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária.

No recebimento verificamos se os medicamentos que foram entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos, quanto à especificação, quantidade e qualidade.

A área de recebimento deve ser separada da área de armazenamento. O pessoal deve ser treinado para esta finalidade:

• No ato do recebimento, cada entrada deve ser examinada quanto à documentação:

- Conferir a Nota Fiscal, Ordem de Fornecimento/Empenho ou Nota de Transferência;
- Carimbar e assinar o verso da Nota Fiscal;

- A apresentação, o número do lote e a quantidade devem estar de acordo com o edital de especificação; o Não escrever ou rasurar o documento original;
- O medicamento deverá ser entregue com prazo mínimo de 2/3 (dois terços) da expiração da validade;
-

• Os medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas no edital (forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote, validade) não devem ser recebidos. A Nota Fiscal deverá ser bloqueada até a resolução do problema;

• No caso de se constatar danos na embalagem ou alteração do produto, o mesmo deve ser identificado, separado e devolvido ao remetente com comunicação por escrito;

• Embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação devem ser rejeitadas e registradas.

• Inspecionar visualmente os produtos farmacêuticos para verificar sua integridade;

• Assinar o canhoto da Nota Fiscal e devolvê-la ao entregador;

• Encaminhar a Nota Fiscal, conforme orientação, no prazo máximo de 3 dias úteis;

• Registrar qualquer irregularidade e comunicá-la ao superior imediato, conforme as orientações;

• Assinar e datar todas as notificações;

• Arquivar os formulários de recebimento e cópia de notificações;

• Não receber nenhum produto sem documentação;

• Efetuar os procedimentos no sistema de gestão.

Os medicamentos são constituídos de fármacos com ação no organismo e para que se obtenha o máximo de benefícios desejados e o mínimo de efeitos adversos, o medicamento deve manter as características para o uso preservadas.

A estabilidade pode ser classificada em:

• Física - propriedades físicas originais, incluem: aparência, sabor, uniformidade e dissolução.
• Química - cada componente deverá reter sua integridade e potência.
• Microbiológica - esterilidade e ausência de contaminação por bactérias e fungos.

Vários fatores podem alterar o produto, desde aqueles relacionados à fabricação a fatores ambientais relacionados às condições de transporte e estocagem (temperatura, luz, vapor d'água e umidade), que são controláveis.

Em caso de queixas técnicas ou observação de reações adversas a medicamentos, os produtos devem ser separados imediatamente. Deve ser feito registro e comunicação imediata, por escrito, para todas as unidades que receberam o lote.

Caso sejam identificados produtos farmacêuticos adulterados, falsificados ou suspeitos, estes devem ser imediatamente separados dos demais produtos. As ocorrências devem ser registradas e notificadas, informando o nº do lote, sendo encaminhadas à autoridade competente e às unidades que receberam o produto.

Quando houver orientação para recolhimento, efetuar imediatamente e encaminhar para o órgão solicitante, devidamente identificado, com nome, lote e quantidades.

O controle de estoque consiste na atividade de manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

A informação em rede entre as unidades de saúde e o almoxarifado é essencial para o bom controle de estoque.

O controle de estoque é fundamental para a garantia da qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica:

• Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
• Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
• Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
• Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
• Ter registros de movimentação de estoque;
• Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
• Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

Para manter um dimensionamento correto dos estoques que atendam às necessidades, com regularidade no abastecimento, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

• Consumo médio mensal (CMM) – é a soma do consumo de medicamentos utilizados em determinado período de tempo dividida pelo

número de meses da sua utilização. Quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança nos resultados. Saídas por empréstimo devem ser desconsideradas;

• Estoque mínimo (EMI) – é a quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender o CMM, em determinado período de tempo, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto;

• Estoque máximo (EMX) – é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva, mas a quantidade de reposição;

O inventário trata-se da contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados nas fichas de controle. Deve ser realizado, periodicamente, recomenda-se semanalmente, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas. É imprescindível a realização de inventário de todos os itens a cada seis meses.

O local de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer, beber (deve ter local específico para este fim). O lixo deverá ser depositado em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações de reciclagem.

A farmácia hospitalar é uma unidade essencial dentro de um hospital, responsável por garantir que medicamentos e produtos farmacêuticos estejam disponíveis, sejam administrados corretamente e contribuam para a segurança e eficácia do tratamento dos pacientes.

A gestão eficiente desta área é vital para otimizar o atendimento ao paciente e melhorar os resultados clínicos.

2. Funções e Responsabilidades

2.1. Aquisição de Medicamentos

2.1.1. Seleção de Medicamentos

- **Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT)**: Estabelecimento de um comitê que inclui farmacêuticos, médicos e outros profissionais para determinar quais medicamentos devem estar disponíveis, baseando-se em evidências científicas e protocolos clínicos.
- **Avaliação de Medicamentos Genéricos e de Marca**: Consideração de custo-benefício, eficácia e bioequivalência ao selecionar entre opções genéricas ou de marca.

2.1.2. Compras

- **Processo de Licitação e Contratação**: Desenvolvimento de processos de licitação claros e justos para garantir a aquisição de medicamentos de qualidade ao melhor custo.

- **Relações com Fornecedores**: Manutenção de relações sólidas com fornecedores para assegurar a continuidade no fornecimento.

2.2. Armazenamento e Distribuição

2.2.1. Armazenamento Seguro

- **Gestão de Condições Ambientais**: Instalação de sistemas de controle ambiental para manter a temperatura e umidade ideais.

- **Segurança**: Implementação de medidas de segurança para evitar furtos e controlar o acesso a medicamentos controlados.

2.2.2. Distribuição

- **Logística Interna**: Desenvolvimento de rotas eficientes para a entrega de medicamentos nas diversas unidades do hospital.
- **Tecnologia de Rastreamento**: Uso de códigos de barras e RFID para monitorar a movimentação de medicamentos.

2.3. Segurança e Qualidade

2.3.1. Controle de Qualidade

- **Inspeção Regular de Estoques**: Verificação contínua da integridade e validade dos medicamentos.
- **Gestão de Lotes e Recalls**: Capacidade de rastrear e retirar lotes específicos de medicamentos em caso de recalls.

2.3.2. Segurança do Paciente

- **Protocolos de Administração Segura**: Desenvolvimento de diretrizes claras para a administração de medicamentos, incluindo o "direito do paciente, medicamento, dose, via e tempo".
- **Farmacovigilância Ativa**: Implementação de sistemas para monitorar e reportar eventos adversos.

2.4. Educação e Pesquisa

2.4.1. Educação Contínua

- **Treinamento Interdisciplinar**: Programas que envolvem farmacêuticos, enfermeiros e médicos para promover uma compreensão comum das melhores práticas de medicação.
- **Atualização em Terapias Farmacêuticas**: Seminários e workshops sobre novos medicamentos e terapias emergentes.

2.4.2. Pesquisa

- **Colaboração com Instituições de Pesquisa**: Participação em estudos clínicos e projetos de pesquisa que visam melhorar a prática farmacêutica.
- **Avaliação de Protocolos Clínicos**: Revisão contínua e atualização de protocolos baseados em novas evidências científicas.

3. Processos de Gestão

3.1. Gestão de Estoque

3.1.1. Controle Rigoroso

- **Sistema Informatizado de Gestão de Estoque**: Implementação de software avançado para monitorar níveis de estoque, minimizando o risco de falta ou excesso.
- **Inventário Rotativo**: Realização de contagens periódicas para garantir a precisão dos registros.

3.1.2. Previsão e Planejamento

- **Modelos de Previsão de Demanda**: Uso de modelos estatísticos e de aprendizado de máquina para prever o consumo futuro de medicamentos.
- **Planejamento de Emergência**: Desenvolvimento de planos de contingência para enfrentar interrupções no fornecimento devido a desastres naturais ou outros eventos imprevistos.

3.2. Gestão Financeira

3.2.1. Orçamento

- **Desenvolvimento de Orçamento Anual**: Planejamento financeiro detalhado, considerando custos de aquisição, armazenamento e distribuição.
- **Análise de Custo-Efetividade**: Avaliação de novas terapias e medicamentos para garantir que sejam incorporados de maneira econômica.

3.2.2. Relatórios Financeiros

- **Relatórios Detalhados**: Produção de relatórios financeiros que detalham despesas, economias e retornos sobre investimentos.
- **Transparência e Conformidade**: Garantia de que todos os processos financeiros estão em conformidade com as normas regulatórias.

2.3. Plano de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

a) Ações voltadas à promoção, prevenção, controle e mitigação de incidentes

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) será instituído como órgão estratégico de gestão de riscos assistenciais, coordenando ações multidisciplinares voltadas à redução de incidentes, eventos adversos e danos evitáveis no Pronto Atendimento de Jacupiranga.

O presente plano estabelece diretrizes operacionais, protocolos essenciais e indicadores de monitoramento alinhados à Portaria MS nº 529/2013, RDC ANVISA nº 36/2013 e aos marcos legais do SUS, contemplando a realidade local da unidade descrita no Termo de Referência do edital.

Fundamentação e Justificativa Normativa

A implantação do NSP no Pronto Atendimento de Jacupiranga responde ao imperativo legal estabelecido pela Portaria MS nº 529/2013 e pela RDC nº 36/2013, que instituem o Programa Nacional de Segurança do Paciente

(PNSP). A segurança do paciente é definida como a redução, a um nível aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, consolidando-se como fundamento essencial para a sustentabilidade institucional.

O Pronto Atendimento de Jacupiranga, operacionalizado pela organização social contratada, atende demanda espontânea de urgência e emergência 24 horas por dia, todos os dias da semana, com estrutura física de aproximadamente 1.900 m², incluindo salas de procedimentos, emergência, observação adulta e pediátrica, isolamento, soroterapia, serviços diagnósticos e apoio logístico. Essa complexidade assistencial demanda sistema estruturado de identificação, análise, monitoramento e comunicação de riscos, conforme preconizado pela legislação vigente.

Estrutura e Composição do Núcleo de Segurança do Paciente

Definição e Objetivos Estratégicos

O NSP constitui-se como instância permanente do Pronto Atendimento, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar ações voltadas à segurança do paciente.

Seus objetivos estratégicos compreendem: promover a gestão de risco no serviço; desenvolver ações de integração multiprofissional; identificar e avaliar não conformidades; implantar protocolos de segurança; estabelecer barreiras preventivas; desenvolver capacitação contínua; analisar dados sobre incidentes e eventos adversos; e notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço.

Composição e Responsabilidades

O NSP será composto por grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados mediante portaria da Secretaria Municipal de Saúde e da organização social contratada. A estrutura mínima compreenderá:

Coordenador do NSP, profissional de nível superior com especialização em segurança do paciente e experiência mínima de seis meses em núcleos de segurança ou áreas de gestão da qualidade; Representante Médico designado pela Direção Técnica Médica; Coordenador de Enfermagem e representante da equipe de enfermagem; Representante da Farmácia; Representante dos Serviços de Apoio (Limpeza, Nutrição, Manutenção); Responsável pelo Controle de Infecção Hospitalar integrado à equipe do NSP; Representante da Administração e Gestão; Participação consultiva do Gestor do Contrato de Gestão designado pela SEMSA.

Todas as designações serão formalizadas mediante assinatura em ata de constituição, com definição clara de atribuições, responsabilidades, cronograma de reuniões e fluxo de comunicação com a Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão.

Estratégias Integradas para Promoção, Prevenção, Controle e Mitigação de Incidentes

Eixo Primeiro: Promoção da Cultura de Segurança

Disseminação Sistemática da Cultura de Segurança

A promoção de uma cultura de segurança fundamenta-se na disseminação sistemática de valores, comportamentos e práticas que priorizem a segurança do paciente em todas as atividades assistenciais. As ações incluem: Campanhas educativas mensais sobre temas de segurança (prevenção de quedas, identificação do paciente, higiene das mãos, uso seguro de medicamentos); Integração de conteúdos de segurança na

educação permanente da equipe; Valorização de comportamentos seguros por reconhecimento formal; Criação de ambiente psicologicamente seguro que permita relato de incidentes sem medo de retaliação.

A cultura de segurança será reforçada mediante:

Divulgação dos princípios e diretrizes da RDC nº 36/2013 em todos os setores; Cartazes informativos nos ambientes de trabalho ressaltando protocolos de segurança essenciais; Boletins informativos mensais sobre incidentes, aprendizados e melhorias implementadas; Reuniões periódicas com lideranças intermediárias para discussão de barreiras e oportunidades de melhoria.

Engajamento do Paciente e Acompanhante na Segurança

A participação ativa do paciente e seus familiares na identificação de riscos e na construção de melhorias será estimulada mediante: Orientações verbais e visuais sobre direitos do paciente e participação em sua própria segurança; Folheto informativo distribuído na admissão explicando medidas de segurança e como relatar preocupações; Canal de comunicação acessível (caixa de sugestões, atendimento direto, contato telefônico) para que pacientes e familiares reportem preocupações com segurança; Pesquisa trimestral de satisfação do usuário que inclua aspectos de segurança percebida.

A abordagem paciente-centrado reconhece que a experiência do usuário é indicador valioso de qualidade e segurança, e sua participação ativa reduz riscos, fortalece confiança e cria ambiente de transparência.

Eixo Segundo: Prevenção de Incidentes

Implementação dos Protocolos Essenciais de Segurança

O NSP será responsável pela implantação disciplinada dos seis protocolos essenciais definidos pela OMS e reforçados pela ANVISA, que representam barreiras estruturantes para mitigação de riscos frequentes na assistência:

Protocolo 1 – Identificação do Paciente: Implementação de pulseira de identificação obrigatória na admissão, contendo nome completo, data de nascimento, número do prontuário e alergias conhecidas. Toda medicação, procedimento e transfusão será precedida de dupla verificação da identidade do paciente. Será utilizado método verbal de confirmação ("Por favor, confirme seu nome completo e data de nascimento") sempre que possível. Treinamento obrigatório trimestral para toda equipe sobre importância e técnica correta de identificação.

Protocolo 2 – Higiene das Mãos: Programa de higiene das mãos conforme Diretrizes ANVISA, com disponibilização de álcool gel 70% em todos os pontos de cuidado, pias com água e sabonete em quantidade adequada, e papel toalha. Cartazes educativos em locais estratégicos illustrando os cinco momentos da higiene das mãos. Auditoria trimestral de aderência com feedback imediato às equipes. Meta de 90% de aderência ao protocolo, monitorada através de observação direta durante rondas de segurança.

Protocolo 3 – Segurança Cirúrgica: Implementação do Checklist de Segurança Cirúrgica em todos os procedimentos, com fases de "Antes da Indução Anestésica", "Antes da Incisão" e "Antes da Saída da Sala de Operações". Designação clara de responsáveis pelo preenchimento (enfermeiro circulante) e verificação de itens críticos. Treinamento semestral para equipes cirúrgicas e de apoio.

Registro dos checklists em prontuário eletrônico para rastreabilidade.

Protocolo 4 – Uso Seguro de Medicamentos: Implementação de dupla verificação obrigatória para medicamentos de alto risco (opióides, insulina, anticoagulantes, medicamentos que requerem cálculo de dose). Verificação visual da prescrição, confirmação da identidade do paciente, dose correta, via apropriada, horário correto. Uso de código de barras à beira do leito quando tecnicamente viável. Armazenamento seguro com identificação clara, separação de medicamentos semelhantes, e manutenção de temperatura adequada. Educação permanente sobre erros de medicação, com análise de quase-erros (incidentes sem dano) para prevenção.

Protocolo 5 – Prevenção de Quedas: Avaliação de risco de queda em todos os pacientes na admissão e reavaliação periódica. Uso de pulseira de identificação visual em cores (amarela) para pacientes de alto risco. Implementação de medidas ambientais (piso antiderrapante, iluminação adequada, campainha e grades de leito funcional). Educação da equipe sobre fatores de risco (medicações, mobilidade, idade avançada, confusão mental). Participação ativa do paciente e acompanhante na prevenção. Monitoramento mensal de incidência de quedas com análise de causas.

Protocolo 6 – Prevenção de Lesão por Pressão: Avaliação do risco de ulceração por pressão na admissão utilizando escala validada (por exemplo, Escala de Braden). Implementação de programa de mudança de decúbito a cada duas horas para pacientes acamados. Fornecimento de colchão anti-escaras para pacientes de alto risco. Higiene adequada da pele com produtos apropriados. Monitoramento da integridade da pele e educação da equipe sobre prevenção. Documentação clara em prontuário de avaliação e condutas preventivas.

Mapeamento de Riscos e Gestão Proativa

O NSP realizará mapeamento sistemático de riscos assistenciais utilizando metodologia de análise de pontos críticos baseada em dados locais. As etapas compreenderão:

Identificação de processos críticos no fluxo assistencial (recepção, triage, atendimento médico, prescrição, medicação, procedimentos, transferência, alta); Análise de dados históricos de incidentes, eventos adversos e quase-erros dos doze meses anteriores à implantação; Consulta a profissionais de cada área sobre barreiras, riscos conhecidos e sugestões de melhoria; Definição de indicadores de risco (taxa de infecção, reintegrações precoces, erros de medicação, quedas).

O resultado será documento de "Mapa de Riscos Assistenciais" que orientará prioridades de ação, alocação de recursos e desenvolvimento de protocolos específicos para riscos identificados como de elevada frequência ou gravidade.

Eixo Terceiro: Controle de Incidentes e Eventos Adversos

Sistema de Notificação e Análise

A identificação e análise de incidentes constitui fundamento da aprendizagem organizacional. O NSP implementará sistema de notificação que seja acessível, não-punitivo e orientado para melhoria contínua.

Definições Operacionais: Incidente é evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Evento Adverso é incidente que resultou em dano ao paciente. Quase-erro (near miss) é incidente sem dano que poderia ter resultado em evento adverso.

Fluxo de Notificação: Qualquer profissional, paciente ou acompanhante que identifique incidente poderá notificar através de: Relatório escrito entregue ao NSP; Comunicação verbal ao coordenador do NSP ou superior hierárquico imediato; Preenchimento de formulário eletrônico na plataforma Vigihosp quando disponível; Comunicação ao gestor do contrato de gestão para eventos graves.

A notificação será protegida por confidencialidade e será explicitamente designada como ferramenta de segurança, não de punição. O notificante será mantido no anonimato quando assim desejar, exceto quando houver necessidade investigativa clara.

Triagem e Classificação: Incidentes notificados serão triados pelo coordenador do NSP e classificados quanto à gravidade, tipo de evento, setor envolvido e possível causa. Eventos graves ou sentinelas (eventos extremamente anormais que acarretam morte ou morbidade importante) serão comunicados à Secretaria Municipal de Saúde e à ANVISA no prazo legal de 72 horas.

Análise de Causa Raiz

Todos os eventos adversos e incidentes que tenham potencial de recorrência serão submetidos a análise estruturada de causa raiz (ACR), utilizando metodologia consagrada como o Método da Árvore de Falhas ou Diagrama de Ishikawa. Os objetivos da ACR compreendem:

Identificar causas imediatas (erros diretos) e causas raiz (deficiências sistêmicas que permitiram o erro); Distinguir entre erros ativos (atos inseguros da equipe) e condições latentes (características do sistema que criaram vulnerabilidade); Propor ações corretivas que abordem causa raiz e não apenas consequência; Compartilhar aprendizados com toda equipe para prevenir recorrência.

A análise será documentada em formulário estruturado, incluindo descrição do incidente, linha do tempo, fatores contribuintes, ações corretivas propostas, responsáveis pela implementação e prazos. Resultado será apresentado em reunião do NSP e disseminado aos profissionais envolvidos.

Comissões Integradas para Análise Específica

O NSP coordenará o funcionamento de comissões especializadas que complementam análise de segurança:

Comissão de Avaliação de Prontuários: Análise mensal de amostra de prontuários para verificação de qualidade de registros, aderência a protocolos, completude de documentação e identificação de desvios que indiquem risco. A comissão será composta por representantes médico e de enfermagem, sob coordenação do NSP.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): Atuará integrada ao NSP, monitorando indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde, implementando protocolos de prevenção, analisando surtos, e notificando à vigilância sanitária conforme legislação. Reuniões mensais com relatórios conclusivos sobre conformidades e não conformidades detectadas.

Comissão de Revisão de Óbitos: Realizará análise de todas as mortes ocorridas na unidade para avaliar evitabilidade, aderência a padrões técnicos e proposição de melhorias. Serão considerados eventos sentinelas e fatores contribuintes para documentação e aprendizagem organizacional.

Comissão de Segurança do Paciente (NSP): Equipe multidisciplinar responsável por gestão integrada de riscos, coordenação de protocolos e indicadores de segurança.

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): Atuará em interface com o NSP, focando em segurança dos profissionais e ambiente de trabalho, contribuindo para cultura sistêmica de segurança.

Eixo Quarto: Mitigação de Riscos e Resposta a Eventos Adversos

Plano de Contingência e Comunicação de Crises

O NSP elaborará protocolo de resposta imediata a eventos adversos graves que compreenda: Estabilização do paciente e oferta de cuidado necessário; Notificação à liderança imediata e ao gestor do contrato; Avaliação inicial de gravidade; Comunicação com paciente e familiares de forma transparente, empática e respeitosa; Documentação imediata dos fatos; Acionamento de suporte legal e administrativo quando apropriado.

Para eventos que resultam em morte, lesão grave ou complicações, será oferecido acompanhamento ao paciente ou família, incluindo acesso a informações sobre o evento, explicação das causas quando disponível, oferta de apoio psicológico ou social quando necessário, e discussão de medidas preventivas para evitar recorrência.

Programa de Apoio aos Profissionais Afetados

O NSP reconhece que profissionais envolvidos em eventos adversos frequentemente experimentam sequelas emocionais significativas ("segunda vítima"). O programa incluirá: Identificação proativa de profissionais afetados; Acesso a suporte psicológico ou de pares sem custo; Discussão educada do evento focando em aprendizagem, não culpa; Reintegração gradual nas funções quando apropriado; Documentação de suporte oferecido em arquivo confidencial.

Estratégias de Mitigação de Impacto

Paralelamente à análise de causa, o NSP implementará medidas de curto prazo para mitigar potencial de novos eventos similares: Barreiras imediatas (suspensão temporária de prática se necessário); Auditorias focadas em área afetada; Retreinamento urgente da equipe; Revisão de protocolos identificados como inadequados; Comunicação clara à equipe sobre mudanças implementadas.

Metas, Indicadores e Monitoramento Contínuo

Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado

O NSP acompanhará indicadores que reflitam diferentes dimensões de segurança, organizados conforme modelo de Donabedian:

Indicadores de Estrutura (recursos disponíveis para segurança): Existência de plano de segurança documentado e atualizado; Designação formal de coordenador e membros do NSP; Disponibilidade de recursos materiais para protocolos (pulseiras de identificação, álcool gel, equipamentos); Sistemas de informação para notificação e análise de incidentes; Cobertura de capacitação em segurança.

Indicadores de Processo (atividades de segurança realizadas): Taxa de aderência aos protocolos essenciais (identificação, higiene das mãos, segurança cirúrgica, medicamentos, quedas, lesão por pressão); Frequência e qualidade de reuniões do NSP; Taxa de notificação de incidentes (incidentes por 1.000 pacientes-dia); Taxa de análise de causa raiz (% de eventos adversos com ACR documentada); Cobertura de capacitação e treinamentos realizados.

Indicadores de Resultado (impacto na segurança do paciente): Taxa de eventos adversos relacionados à assistência; Taxa de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS); Taxa de reinternação em 30 dias; Taxa de quedas; Taxa de lesão por pressão; Taxa de erros de medicação com dano; Mortalidade evitável ou relacionada a erros assistenciais; Satisfação do paciente quanto à segurança percebida.

Definição de Metas Quantitativas

Com base na linha de base estabelecida nos primeiros três meses de operação, o NSP definirá metas anuais de redução:

Primeiro Ano de Implantação: Meta de redução de 20-30% na incidência de eventos adversos evitáveis; Meta de cobertura de 100% nos protocolos essenciais; Meta de taxa de notificação de incidentes de pelo menos 5-10 por 1.000 pacientes-dia (indicador de cultura de segurança em desenvolvimento); Meta de 100% de análise de causa raiz para eventos adversos graves.

Segundo Ano: Meta de redução adicional de 15-25% de eventos adversos; Meta de taxa de reinternação reduzida em 10-15%; Meta de satisfação do paciente em relação à segurança acima de 90%; Meta de manutenção de protocolos em cobertura superior a 95%.

Sistema de Monitoramento Contínuo

O NSP apresentará relatórios periódicos conforme cronograma:

Relatório Mensal: Número de incidentes notificados por tipo e gravidade; Eventos adversos graves com descrição e status de análise; Não conformidades detectadas em auditorias; Capacitações realizadas; Indicadores de processo (aderência a protocolos); Status de ações corretivas anteriores.

Relatório Trimestral: Análise agregada de incidentes (tendências, padrões); Resultado de análises de causa raiz; Indicadores de resultado (taxa de quedas, IRAS, etc.); Avaliação de efetividade de medidas implementadas; Recomendações de ajustes; Apresentação à Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato.

Relatório Semestral: Consolidação dos trimestres anteriores; Comparação com período anterior do mesmo ano; Avaliação de atingimento de metas;

Proposição de novas prioridades; Apresentação à Secretaria Municipal de Saúde.

Relatório Anual: Documento completo do Plano de Segurança do Paciente com análise de efetividade, lições aprendidas, indicadores comparados com nacional e regional quando disponível, e plano de ação para o próximo ano.

Cronograma de Implantação

A implantação do NSP seguirá cronograma estruturado em fases:

Mês 1 (Janeiro a Fevereiro): Formalização da designação do NSP; Treinamento inicial da equipe sobre conceitos de segurança; Elaboração de protocolos específicos; Disponibilização de recursos materiais; Início da disseminação da cultura de segurança.

Meses 2-3 (Março a Abril): Implantação dos protocolos essenciais com supervisão intensiva; Instalação do sistema de notificação; Início de reuniões regulares do NSP; Capacitação das comissões integradas; Mapeamento de riscos.

Meses 4-6 (Maio a Julho): Consolidação dos protocolos com monitoramento de aderência; Análise de incidentes notificados e implementação de melhorias; Primeiro relatório trimestral; Ajustes de processo conforme necessário.

Meses 7-12 (Agosto a Dezembro): Operacionalização plena do NSP; Elaboração de plano de ação para segundo ano; Relatório semestral e anual; Avaliação de indicadores; Apresentação de resultados à gestão e equipe.

Conclusão

O Plano Abrangente de Implantação do NSP no Pronto Atendimento de Jacupiranga estabelece diretrizes operacionais claras e viáveis para institucionalização da segurança do paciente como valor central. A abordagem integrada que combina promoção da cultura, prevenção estruturada, controle rigoroso de incidentes e mitigação de riscos alinha-se aos marcos regulatórios nacionais e às melhores práticas internacionais.

A operacionalização sistemática dos protocolos essenciais, o desenvolvimento de capacidade analítica para aprendizagem com incidentes, e o monitoramento contínuo de indicadores criará base sólida para redução de danos evitáveis e melhoria progressiva da qualidade da assistência. O sucesso dependerá do comprometimento visível da liderança, do engajamento ativo de toda equipe multiprofissional, da participação do paciente como agente de segurança, e do apoio técnico e administrativo da Secretaria Municipal de Saúde durante todo o processo de implantação e consolidação.

b) Ações voltadas à articulação dos processos de trabalho;

A articulação eficiente dos processos de trabalho constitui fundamento estratégico e insubstituível para a operacionalização exitosa do Núcleo de Segurança do Paciente no Pronto Atendimento de Jacupiranga.

Embora a segurança do paciente dependa significativamente de protocolos estruturados, procedimentos padronizados e indicadores de monitoramento rigoroso, sua efetividade genuína e sua sustentabilidade dependem primordialmente da capacidade de integração harmoniosa entre os diferentes profissionais, da fluidez dos fluxos assistenciais por toda a instituição, e da comunicação clara, precisa e oportuna entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidado.

O presente documento complementa e expande o Plano Abrangente de Implantação do NSP ao pormenorizar as estratégias específicas e operacionais para articulação integrada dos processos de trabalho, transformando a segurança do paciente de conceito teórico em responsabilidade compartilhada e prática cotidiana enraizada em todas as atividades assistenciais da unidade. Esta transformação cultural e processual requer não apenas adoção de ferramentas técnicas, mas mudança fundamental na mentalidade organizacional que reconhece interdependência entre todos os profissionais e funciona com base em confiança mútua, respeito por diferentes perspectivas profissionais e objetivo comum de proteger o paciente de danos evitáveis.

Articulação Multiprofissional e Integração Colaborativa de Equipes

Organização Estruturada das Linhas de Cuidado Integradas

A articulação efetiva dos processos de trabalho no NSP inicia-se necessariamente pela reorganização cuidadosa e intencional das linhas de cuidado que orientam e coordenam a trajetória do paciente desde o instante de sua admissão na unidade até o desfecho da alta ou transferência para outro ponto de atenção.

Diferentemente de uma estrutura organizacional fragmentada e departamentalizada onde cada profissional atua de forma isolada e autossuficiente em sua respectiva especialidade profissional, a abordagem verdadeiramente integrada reconhece e valoriza o fato de que cada intervenção assistencial depende intrinsecamente das intervenções que a precederam e impacta significativamente as intervenções subsequentes, criando dessa forma uma cadeia de continuidade onde qualquer falha ou lacuna em qualquer ponto compromete potencialmente a segurança geral do paciente.

O NSP será responsável pela tarefa essencial de mapear, documentar e validar sistematicamente as linhas de cuidado que estruturam os atendimentos do Pronto Atendimento. Estas linhas de cuidado compreenderão múltiplas trajetórias especializadas: linha de cuidado destinada à emergência de natureza clínica, linha de cuidado especializada em emergência de natureza traumática, linha de cuidado pediátrica para situações de urgência infantil, linha de cuidado direcionada para urgências obstétricas e ginecológicas, linha de cuidado para pacientes que necessitam observação prolongada além do turno inicial, linha de cuidado para pacientes com potencial clínico e administrativo para internação hospitalar em nível de atenção maior.

Cada uma destas linhas será estruturada em etapas sequenciais claramente definidas que representam marcos do processo de atendimento, com especificação explícita de responsabilidades profissionais em cada etapa, identificação de pontos críticos de transição de cuidado entre profissionais diferentes, estabelecimento de critérios objetivos para priorização de pacientes, e definição de indicadores de qualidade específicos e mensuráveis para cada linha.

Por exemplo, a linha de cuidado de emergência clínica será estruturada em etapas que incluem: recepção e coleta de informações demográficas básicas, triage com classificação de risco segundo protocolo validado, atendimento médico inicial, realização de exames diagnósticos conforme indicação, avaliação multiprofissional, decisão de observação ou alta, e documentação completa para continuidade de cuidado.

Desenvolvimento Participativo de Protocolos Multiprofissionais Compartilhados

Os protocolos que serão implementados sob coordenação do NSP não constituirão documentos técnicos exclusivos de uma única profissão ou especialidade, mas representarão acordos explícitos, formais e vinculantes

entre múltiplas disciplinas profissionais sobre a forma adequada e segura de proceder em situações clínicas específicas e recorrentes.

O processo de construção destes protocolos será deliberadamente participativo e inclusivo, envolvendo ativamente não apenas médicos, enfermeiros e farmacêuticos, mas também técnicos de enfermagem, profissionais de serviços de apoio, pessoal de limpeza, recepcionistas e gestão administrativa, reconhecendo que cada grupo profissional e cada nível hierárquico possui perspectiva valiosa e complementar sobre riscos potenciais, barreiras sistêmicas reais para implementação, e oportunidades concretas de melhoria.

Consideremos como exemplo detalhado o desenvolvimento do protocolo integrado de "Administração Segura e Apropriada de Medicamentos".

Este protocolo não será concebido como responsabilidade exclusiva da enfermagem ou da farmácia, mas será resultante de acordo multiprofissional que distribui e interconecta responsabilidades de forma clara: o médico que prescreve os medicamentos assume responsabilidade por garantir prescrição clara, legível, sem abreviaturas potencialmente perigosas, com indicação explícita de dose correta, via apropriada para situação clínica, e frequência claramente especificada; o farmacêutico encarregado da validação de prescrição assume responsabilidade de analisar criticamente a prescrição para identificação de potenciais interações medicamentosas perigosas, possíveis contraindicações baseadas no perfil do paciente, adequação da dose conforme função renal e hepática, e compatibilidade com alergias conhecidas; o técnico de enfermagem responsável pela preparação do medicamento assume responsabilidade de seguir técnica asséptica apropriada, verificar identificação do paciente, confirmar dose e via, e preparar administração de forma segura; o enfermeiro que administra o medicamento realiza verificações finais independentes incluindo reconfirmação verbal da identidade do paciente, validação de que o medicamento é aquele

prescrito, e documentação apropriada; o paciente que recebe o medicamento participa ativamente confirmando sua identidade, verbalizando compreensão do motivo do medicamento, e levantando questões se identifica algo que parece incorreto.

Este protocolo multiprofissional, formalizado mediante assinatura de representantes autorizados de cada categoria profissional, cria responsabilidade compartilhada e explícita entre os profissionais, eliminando mentalidade prejudicial de "isso não é minha responsabilidade" ou "deixe que o outro profissional verifique". Ao mesmo tempo que distribui responsabilidades, o protocolo cria múltiplas oportunidades de verificação e correção (redundâncias defensivas) que funcionam como barreiras de segurança.

Estabelecimento de Comissões Integradas de Trabalho Permanentes

O NSP será responsável por coordenar e facilitar o funcionamento de comissões temáticas e multidisciplinares que reúnem profissionais de diferentes áreas de expertise para trabalho colaborativo contínuo em tópicos clinicamente críticos. Estas comissões funcionarão como laboratórios vivos de melhoria permanente e inovação operacional, diferenciando-se fundamentalmente das comissões tradicionais que frequentemente reúnem-se irregularmente com impacto limitado e pouca visibilidade de resultados.

As comissões terão composição fixa e designada com encontros regulares em frequência mensalmente ou quinzenalmente conforme complexidade do tema, cronograma de atividades definido prospectivamente, metas quantificáveis e concretas estabelecidas para o período, responsáveis designados para cada atividade, e apresentação periódica de resultados alcançados à gestão e demais profissionais.

A Comissão de Análise e Otimização do Fluxo Assistencial reunirá coordenadores de enfermagem, médicos plantonistas, profissionais de recepção e pessoal de limpeza para análise contínua e sistemática do fluxo de pacientes pela unidade, identificação de gargalos e restrições que prolongam permanência desnecessária, proposição de melhorias viáveis e implementação de mudanças prioritárias.

Encontros serão estruturados com apresentação de dados objetivos de tempo de permanência, taxa de saturação de ambientes, feedback qualitativo de profissionais sobre dificuldades percebidas e sugestões de pacientes e acompanhantes, análise de causa raiz de atrasos recorrentes, e discussão colaborativa de soluções possíveis.

Por exemplo, se análise de dados demonstrar que pacientes permanecem em média 45 minutos aguardando resultado de exame laboratorial após coleta, a comissão investigará sistematicamente: qual é o tempo real necessário para processamento bioquímico da amostra? Há atrasos ou gargalos na coleta da amostra que deveriam ser otimizados? Na transmissão eletrônica de resultados há falhas de comunicação? Na comunicação do resultado ao médico responsável há demoras desnecessárias? Identificada a(s) causa(s) específica(s), será desenvolvida solução integrada que pode envolver múltiplas ações coordenadas: retreinamento técnico de profissional de laboratório para acelerar processamento de coleta, implementação de melhoria em sistema de comunicação eletrônica de resultados reduzindo passos desnecessários, reorganização de cronograma de priorização de amostras conforme urgência clínica, ou ajuste de alocação de recursos humanos em horários de pico.

Criação de Espaços Formais de Encontro e Comunicação Estruturada

A articulação efetiva entre profissionais demanda necessariamente criação intencional e manutenção contínua de espaços de encontro estruturados

onde profissionais de diferentes áreas, responsabilidades e níveis hierárquicos possam comunicar-se de forma clara e respeitosa, esclarecer dúvidas e questões práticas, resolver problemas localmente sem escalação desnecessária, e construir relações de confiança e respeito mútuo.

O NSP será responsável por criar, documentar, proteger e manter estes espaços formais de encontro, que podem incluir múltiplas estratégias complementares:

Passagens de Plantão Estruturadas e Rigorosas: Realizadas em local apropriado com tempo suficiente alocado, onde equipe que está iniciando seu plantão recebe informações essenciais da equipe que está terminando seu período utilizando ferramenta padronizada SBAR (Situação - qual é a situação clínica atual?, Background - qual é o contexto histórico?, Assessment - qual é minha avaliação?, Recomendação - qual é minha recomendação?) que organiza e estrutura a comunicação de forma clara, completa e sem ambiguidades. Estas passagens não representarão meras transmissões mecânicas de números de pacientes e tarefas administrativas, mas constituirão oportunidades valiosas para discussão colaborativa de riscos identificados, identificação de pacientes particularmente frágeis que necessitam vigilância intensiva, reforço de decisões de cuidado que não devem ser abandonadas, questões administrativas que impactam diretamente na segurança e qualidade do atendimento, e comunicação de aprendizados de incidentes ou quase-eventos.

Rounds Diários Multiprofissionais Formalizados: Reúnem periodicamente médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais de saúde relevantes para discussão colaborativa e estruturada de pacientes em observação prolongada ou situação clínica complexa.

Durante estes rounds, cada profissional apresenta sua perspectiva especializada e contribuição sobre status do paciente: médico apresenta evolução clínica observada, hipóteses diagnósticas em consideração, e decisões de investigação diagnóstica planejadas; enfermeiro apresenta vigilância contínua realizada, identificação de sinais de deterioração ou melhora clínica, resposta do paciente a intervenções previamente implementadas; farmacêutico discute adequação da terapia medicamentosa, potenciais interações, e ajustes necessários; profissional de nutrição discute necessidades nutricionais específicas do paciente e adequação do plano dietético.

Esta abordagem integrada elimina erros que resultam de decisões baseadas em perspectiva incompleta, previne duplicação desnecessária de esforços entre profissionais, garante que cada decisão de cuidado representa consenso multiprofissional refletindo diferentes expertises, e melhora satisfação dos profissionais ao sentir-se parte de equipe integrada.

Reuniões de Debrief e Análise após Eventos Adversos: Realizadas após eventos adversos significativos, reúnem toda equipe envolvida, independentemente de hierarquia ou responsabilidade formal, em espaço seguro e respeitoso para análise colaborativa do que aconteceu, identificação de barreiras sistêmicas que falharam, avaliação de como comunicação poderia ter sido melhor, e proposição de melhorias, mantendo rigorosamente foco em aprendizagem organizacional e não em responsabilização individual ou culpabilização.

Estas reuniões criam oportunidade importante de catarse emocional após evento traumático, permitem que cada profissional compreenda sua contribuição no contexto sistêmico maior e não apenas como ator isolado, estabelecem base psicológica para aceitação de mudanças sistêmicas propostas, e reforçam que incidente pode oferecer oportunidade de aprendizagem valiosa.

Encontros Informais de Café com Segurança: Realizados mensalmente com participação aberta de profissionais de todas as áreas, representam espaço menos formal para discussão de tópicos de segurança sugeridos pelos membros da equipe. Em ambiente mais descontraído e acolhedor, profissionais frequentemente sentem-se mais à vontade para sugerir mudanças práticas, questionar políticas ou práticas estabelecidas que parecem ineficientes, compartilhar observações sobre barreiras que enfrentam, e oferecer ideias inovadoras que não emergiriam em ambientes formais. Estes encontros geram ideias valiosas pois reduzem pressão hierárquica que frequentemente inibe comunicação honesta.

Integração Estratégica de Sistemas de Informação

Estruturação do Prontuário Eletrônico Integrado e Acessível

A articulação genuína de processos de trabalho depende criticamente de sistema de informação eletrônico que permita acesso compartilhado, em tempo real e de forma segura, de dados e informações de paciente por todos os profissionais autorizados que participam de seu cuidado.

O prontuário eletrônico deve ser estruturado de forma intencional para que cada profissional possa localizar rapidamente informações específicas relevantes e essenciais para sua prática clínica: enfermeiro necessita verificar prescrições médicas atualizadas, medicações que foram administradas e as que ainda estão pendentes, alergias conhecidas e reações adversas prévias; médico necessita acessar notas clínicas de enfermagem que documentam evolução observada durante período em que não estava presente, sinais vitais e parâmetros monitorados, resposta do paciente a intervenções; farmacêutico necessita visualizar alergias documentadas, medicações prévias que paciente estava em uso no domicílio, medicações atuais prescritas, e possíveis interações; profissional de nutrição necessita acessar histórico alimentar do paciente, indicadores

metabólicos relevantes, tolerância a via oral, e necessidades nutricionais específicas.

O sistema de informação deve incorporar funcionalidades avançadas de alertas integrados que notificam automaticamente os profissionais relevantes quando situações críticas ou de risco são identificadas: se paciente possui alergia conhecida e documentada e médico prescreve medicação que figura como contraindicada, sistema alerta automaticamente farmacêutico responsável; se paciente apresenta risco elevado de queda e permanece imobilizado por período além do tolerável, sistema alerta enfermeiro sobre necessidade urgente de mudança de decúbito e mobilização; se paciente apresenta sinais clínicos de deterioração (alteração de sinais vitais, redução de nível de consciência, mudança no padrão respiratório), sistema notifica automaticamente médico responsável para avaliação imediata.

O prontuário integrado deve permitir que cada profissional registre sua avaliação específica e evolução clínica em formato estruturado que facilita posteriormente a busca, recuperação e análise de dados. Não representará espaço livre de narrativa subjetiva, mas utilizará campos específicos e padronizados para cada tipo de informação: queixa principal do paciente, fatores de risco identificados durante triagem, avaliação específica de cada área profissional, plano de ação claramente descrito, indicadores de segurança a serem monitorados continuamente, e acompanhamento de conformidade com protocolos.

Implementação de Sistemas de Fila e Priorização Compartilhados

Os pacientes no Pronto Atendimento devem ser visualizados continuamente por todos os profissionais através de sistema compartilhado e atualizado em tempo real que apresenta informações críticas de forma organizada e facilmente interpretável: ordem de chegada do paciente na unidade, classificação de risco conforme protocolo de triage, tempo

decorrido em espera por atendimento, estágio atual no processo assistencial (aguardando avaliação inicial, sendo consultado, aguardando resultado de exame diagnóstico, em observação, aguardando decisão de alta), identificação do profissional responsável clinicamente pelo paciente, e alertas específicos de risco relacionados aquele paciente individual.

Este sistema compartilhado de visualização permite que qualquer profissional, ao observar acúmulo ou congestão de pacientes em determinada área da unidade, possa rapidamente compreender quem são os pacientes em risco maior, qual é o status clínico e administrativo de cada um, se há oportunidades de acelerar fluxo, e se há necessidade de acionamento de recursos adicionais ou reorganização de prioridades.

Por exemplo, se profissional de recepção ou enfermeiro de triagem observa aumento significativo de pacientes aguardando avaliação médica inicial, ela/ele pode rapidamente visualizar no sistema compartilhado: quantos pacientes específicos estão aguardando para consulta com médico clínico geral? Qual é o tempo de espera já decorrido para cada um? Há algum paciente que já ultrapassou o tempo máximo recomendado para sua classificação de risco específica? Se há patients em risco com tempo de espera prolongado, recepcionista ou enfermeiro pode comunicar proativamente ao supervisor ou coordenador de enfermagem que há necessidade de acelerar atendimento ou chamar médico plantonista adicional para complementar cobertura. Esta visualização compartilhada de dados transforma informações em conhecimento acionável que todos os profissionais podem utilizar para melhorar continuamente o fluxo assistencial e reduzir riscos.

Redesenho de Fluxos de Trabalho com Foco em Segurança

Mapeamento Detalhado e Documentação de Processos Críticos

O NSP será responsável por realizar mapeamento detalhado, minucioso e participativo de todos os processos principais que estruturam o funcionamento do Pronto Atendimento, utilizando ferramentas visuais e analíticas como fluxogramas descritivos, diagramas de swim lane que mostram explicitamente quem faz o quê em cada etapa sequencial, e análise sistemática de pontos críticos de risco potencial.

Este mapeamento não representará exercício meramente teórico e acadêmico realizado por consultores externos desconectados da realidade, mas constituirá trabalho participativo e colaborativo onde profissionais de cada área descrevem exatamente como trabalham na prática, quais são as variações que ocorrem entre diferentes profissionais ou turnos, quais são os pontos específicos onde erros ou falhas frequentemente ocorrem apesar de boas intenções, quais são as barreiras sistêmicas genuínas que impedem execução correta de protocolos estabelecidos, e quais são as oportunidades realistas de melhoria que poderiam ser implementadas com recursos disponíveis.

Consideremos como exemplo o processo detalhado de "Medicação Segura no Pronto Atendimento". Este processo inicia-se quando médico escreve prescrição de medicação de forma prescrita ou através de sistema eletrônico, passa por etapa de verificação farmacêutica na dispensação, chega ao profissional técnico de enfermagem que prepara a medicação conforme apresentação e diluição apropriadas, é administrada pelo enfermeiro responsável após verificações finais, e termina com documentação apropriada da administração no prontuário do paciente.

O mapeamento participativo investigará sistematicamente: quanto tempo real leva cada etapa seqüencial em média durante operação normal? Quais são os pontos onde atrasos ou gargalos ocorrem frequentemente? Em qual ponto do processo ocorrem erros (medicação errada dispensada, dose errada calculada, paciente errado identificado, via de administração inadequada)? Qual é a taxa real de conformidade com protocolo de dupla

checagem independente? Há variações significativas entre diferentes plantões, equipes, ou períodos? Identificadas estas informações e problemas, será desenvolvido processo padrão melhorado, documentado de forma clara e acessível em protocolo formato papel e eletrônico, ensinado sistematicamente a toda equipe através de treinamento, e monitorado continuamente para conformidade e oportunidades de aperfeiçoamento adicional.

Reorganização Intencional de Espaços Físicos para Facilitar Integração

O NSP colaborará ativamente com a gestão administrativa e lideranças da unidade para reorganizar espaços físicos e infraestrutura de forma que facilite e promova integração de processos de trabalho e comunicação entre profissionais.

Por exemplo, farmacêutico será localizado próximo à área de medicação para disponibilidade rápida e fácil em caso de questões, dúvidas ou necessidade de intervenção urgente; laboratório de análises clínicas terá comunicação direta e eficiente com area de coleta de amostras para agilizar processamento e evitar perdas; área de triage será posicionada de forma que equipe de recepção possa visualizar fluxo de pacientes em tempo real e comunicar apropriadamente ao triage sobre atrasos ou necessidade de aceleração; salas de espera serão sinalizadas claramente com indicação de que paciente deve se apresentar imediatamente ao médico quando seu nome é chamado, reduzindo necessidade de múltiplas chamadas e prolongamento desnecessário de espera.

A reorganização de espaços não será abordada meramente sob perspectiva de eficiência operacional ou redução de custos, mas fundamentalmente sob perspectiva de segurança: se medicação está fisicamente localizada distante da área de enfermagem e cuidado direto, há risco aumentado de erro quando enfermeiro precisa deslocar-se constantemente de seu paciente para preparar medicações; se laboratório

está longe da area de coleta de sangue e coleta de amostras, há risco aumentado de amostras serem perdidas, mislabeled, ou retardadas no processamento; se diferentes áreas de trabalho e equipes não podem visualizar umas às outras, há risco significativo de falhas de comunicação e falta de coordenação; se áreas de espera não são confortáveis ou claras, há risco de confusão, agressividade do paciente frustrado, e erros de identificação.

Comunicação Efetiva como Prioridade Transversal Integrada

Padronização de Ferramentas e Protocolos de Comunicação

A comunicação deficiente, ambígua ou incompleta é consistentemente identificada na literatura científica internacional como principal causa raiz de eventos adversos graves, incluindo eventos fatais evitáveis. Com base nesta evidência, o NSP implementará ferramentas de comunicação padronizadas que estruturam e organizam a comunicação de forma clara, completa, e sem ambiguidades, reduzindo potencial de erros resultantes de comunicação inadequada.

A ferramenta SBAR será utilizada sistematicamente para toda comunicação crítica entre profissionais em situações que requerem atenção urgente ou decisão rápida: "Situação" (qual é o problema ou mudança agora?), "Background" (qual é o contexto histórico relevante?), "Assessment" (qual é minha avaliação profissional da situação?), "Recomendação" (o que recomendo que seja feito agora?).

Ao invés de enfermeiro comunicar ao médico de forma vaga ou imprecisa "o paciente não está bem e acho que piorou", ele utilizará SBAR estruturado: "Situação: paciente apresenta redução aguda de saturação de oxigênio que caiu para 88% em últimos 15 minutos; Background: tem diagnóstico prévio de DPOC, histórico de fumo importante, e não está em oxigênio suplementar neste momento; Assessment: acho que está

apresentando descompensação respiratória e necessita intervenção urgente; Recomendação: sugiro que avalie paciente urgentemente e considere oxigênio suplementar imediato." Esta estrutura explícita e rigorosa garante que médico recebe informação completa, contextual e acionável, permitindo tomar decisão rápida e apropriada.

A ferramenta de handoff e transferência de responsabilidade será utilizada sistematicamente sempre que responsabilidade clínica por cuidado de paciente é transferida de um profissional para outro, frequentemente mudando de profissional ou passando de um turno para outro: profissional receptor de cuidado verifica sua compreensão fazendo perguntas específicas que demonstram entendimento, confirma informações críticas verbalmente com profissional que está transferindo, identifica explicitamente quem é o responsável clínico seguinte e como pode ser contatado se questões surgirem, documenta apropriadamente a transferência e horário na documentação clínica.

O sistema de alerta situacional será padronizado e reconhecido por toda equipe: há sinais visuais específicos, sonoros distintos e comunicação verbal clara que comunicam à equipe quando situação crítica é identificada ou quando paciente apresenta deterioração aguda, permitindo que todos os profissionais relevantes sejam acionados simultaneamente, reduzindo significativamente tempo de resposta e permitindo intervenção rápida.

Desenvolvimento Intencional de Cultura de Comunicação Psicologicamente Segura

Fundamental para sucesso é criação deliberada e manutenção contínua de ambiente organizacional onde profissionais se sintam verdadeiramente seguros para comunicar preocupações legítimas, questionar decisões que parecem incorretas, reportar erros ou quase-erros sem medo de retaliação punitiva ou humilhação pública.

O NSP será responsável por trabalhar com lideranças para reforçar culturalmente que comunicação proativa, questionamento apropriado e relato de erros são atos de profissionalismo e segurança, não sinais de insubordinação ou falta de confiança.

Lideranças será sistematicamente treinadas para receber feedback e questões de profissionais menos experientes sem defensividade, para questionar suas próprias pressuposições quando informação contradiz suas expectativas, e para responder de forma consistentemente construtiva quando profissional menos hierarquicamente posicionado identifica possível erro ou preocupação de segurança.

Serão realizadas campanhas educativas periódicas sobre importância crítica de comunicação efetiva e franca, com apresentação de histórias reais de casos onde falha de comunicação resultou diretamente em evento adverso evitável, e análise de como a mesma situação e evento teriam sido prevenidos com comunicação clara e oportuna. Estas campanhas reforçarão repetidamente que todos na unidade, independentemente de hierarquia profissional, experiência acumulada, ou posição administrativo, tem responsabilidade moral e ética de comunicar se identifica algo que pode prejudicar ou colocar em risco a segurança do paciente.

Integração com Redes Externas e Fluxos de Referência e Contrarreferência

Articulação Estruturada com Rede de Atenção à Saúde Local

O Pronto Atendimento de Jacupiranga não funciona como entidade isolada ou autossuficiente, mas constitui um ponto de atenção integrado e interdependente dentro de rede de saúde local mais ampla que inclui serviços de atenção primária e promoção da saúde, serviços especializados de média complexidade, e hospitalar de nível terciário.

O NSP será responsável por estabelecer protocolos formalizados e fluxos de trabalho que articulem o Pronto Atendimento de forma coordenada com demais pontos de atenção da rede, garantindo continuidade ininterrupta de cuidado e evitando fragmentação que prejudica resultados.

Será formalizado e documentado protocolo abrangente de referência e contrarreferência que define explicitamente: quando Pronto Atendimento identifica que paciente necessita nível de atenção diferente do que pode ser oferecido localmente, qual é o fluxo apropriado e como proceder? Se paciente necessita internação hospitalar em hospital terciário, como é feita a solicitação através do sistema estadual de regulação? Se paciente apresenta condição crônica que seria gerenciada de forma mais apropriada e eficiente na atenção básica e atenção primária, qual é o fluxo de encaminhamento e como é oferecido suporte apropriado à equipe da família? Se paciente necessita seguimento em serviço especializado de média complexidade, como é feito agendamento e como é comunicado com o serviço especializado sobre necessidades específicas?

O protocolo incluirá desenvolvimento e distribuição de guias de contrarreferência ou cartas de encaminhamento que acompanham o paciente e que informam à equipe que o receberá em outro ponto de atenção: qual foi o diagnóstico clínico e o manejo realizado, quais são os achados importantes de história clínica e exame físico, quais são as medicações que paciente está em uso e deve manter, quais são os sinais de alarme ou de complicação que devem motivar retorno precoce ao Pronto Atendimento, e quais são as orientações de cuidado no domicílio.

Integração de Dados e Comunicação Epidemiológica e de Vigilância

O NSP coordenará fluxo de informações sobre doenças e eventos de interesse epidemiológico e de vigilância sanitária, garantindo que Pronto Atendimento comunique oportunamente à vigilância epidemiológica municipal sobre casos suspeitos ou confirmados de doenças notificáveis

conforme legislação, e receba retroalimentação e alertas sobre surtos em investigação, recomendações atualizadas de manejo, e necessidade de vigilância reforçada de determinados sinais de alerta.

Será estabelecido protocolo de comunicação bidirecional e periódica: Pronto Atendimento identifica e notifica vigilância sobre casos suspeitos ou confirmados; vigilância comunica regularmente ao Pronto Atendimento sobre surtos em investigação na comunidade, recomendações técnicas atualizadas de manejo, e alertas de saúde pública que podem impactar atendimentos na unidade.

Monitoramento Sistemático da Articulação de Processos

Definição de Indicadores Específicos de Qualidade da Integração

O NSP estabelecerá indicadores específicos e mensuráveis que quantificam e qualificam a efetividade da articulação de processos:

Taxa de Conformidade com Protocolos Multiprofissionais Documentará o percentual de pacientes em cada linha de cuidado específica cujos atendimentos e cuidados seguiram rigorosamente o protocolo estabelecido para aquela linha, avaliado através de auditoria estruturada de prontuários e observação direta. Meta será de 90% ou superior. Baixas taxas de conformidade sinalizarão necessidade urgente de retreinamento, possível inadequação do protocolo para realidade local, ou identificação de barreiras sistêmicas específicas que impedem implementação.

Tempo de Comunicação Entre Profissionais Medirá o intervalo de tempo decorrido entre o momento em que um profissional identifica problema ou questão crítica e o momento em que o profissional responsável pela ação é informado e pode intervir. Por exemplo, se enfermeiro identifica que paciente tem alergia documentada a penicilina

mas médico prescreve amoxicilina sem aparentemente ter visto a alergia, quanto tempo leva desde que enfermeiro identifica o problema até que médico é informado, valida a alergia e cancela a prescrição? Redução deste intervalo de comunicação reduz significativamente risco de medicação errada ser administrada.

Taxa de Readmissão Precoce e Taxa de Reintegrações Evitáveis Medirão se pacientes estão retornando ao Pronto Atendimento em prazos curtos (tipicamente 30 dias) por problemas que deveriam ter sido resolvidos adequadamente na primeira visita ou que deveriam ter sido prevenidos através de referência apropriada para outro ponto de atenção. Altas taxas sinalizam possível falha de articulação de cuidado ou falta de seguimento apropriado em nível de atenção correto.

Satisfação Geral da Equipe Multiprofissional Será Medida através de pesquisa periódica anônima que questiona profissionais se sentem que trabalham de forma genuinamente integrada, se conseguem comunicar facilmente com outros profissionais quando necessário, se entendem papéis e responsabilidades de cada um na equipe, e se identificam oportunidades de melhoria. Alta satisfação da equipe frequentemente correlaciona positivamente com maior segurança do paciente, menor burnout profissional, e maior retenção de talentos.

Realização de Auditorias Integradas de Processos

Periodicamente o NSP realizará auditoria abrangente de processos selecionados conforme prioridades, analisando: foi o protocolo implementado conforme delineado? Se não foi implementado integralmente, quais foram os desvios? Há barreiras sistêmicas ou organizacionais específicas impedindo conformidade? Há variações significativas entre diferentes plantões, profissionais ou períodos? Os resultados de auditoria serão documentados e compartilhados com toda

equipe envolvida, com ênfase explícita em aprendizagem organizacional e melhoria contínua, não em culpabilização individual.

A articulação estruturada e intencional dos processos de trabalho transforma fundamentalmente o Núcleo de Segurança do Paciente de iniciativa isolada ou departamento adicional em estratégia integrada e transversal que permeia e influencia toda a cultura organizacional e práticas cotidianas do Pronto Atendimento de Jacupiranga.

Quando protocolos de segurança são desenvolvidos colaborativamente, sistemas de informação facilitam compartilhamento de dados, espaços de comunicação são criados e valorizados, e fluxos são redesenhados com participação de múltiplos profissionais, então profissionais deixam de ser protagonistas de atos assistenciais isolados e se tornam membros integrantes e interdependentes de sistema único e coeso cujo objetivo compartilhado por todos é prevenir danos evitáveis ao paciente.

A implementação bem-sucedida dessa articulação integrada demanda investimento contínuo em educação e treinamento, liderança visível que modela comunicação efetiva e abertura genuína a mudanças, recursos tecnológicos apropriados que facilitam integração entre profissionais e áreas, e monitoramento persistente e sistemático que identifica precocemente quando articulação se deteriora ou desvia de padrões estabelecidos. O resultado da implementação consistente será Pronto Atendimento onde segurança do paciente não é responsabilidade confinada a comissão isolada ou documento teórico, mas prática integrada, cotidiana e participativa em cada decisão clínica, cada comunicação entre profissionais, e cada interação entre profissionais e pacientes.

c) Ações voltadas à articulação das informações que impactam nos riscos ao paciente

A articulação eficiente das informações relacionadas aos riscos que potencialmente impactam a segurança do paciente constitui elemento fundamental e insubstituível para operacionalização exitosa do Núcleo de Segurança do Paciente no Pronto Atendimento de Jacupiranga.

Enquanto a segurança do paciente dependa de protocolos estruturados, procedimentos padronizados e indicadores de monitoramento, sua consecução genuína depende fundamentalmente da capacidade de coletar, processar, compartilhar, interpretar e utilizar informações críticas de forma tempestiva, acessível e acionável para todos os profissionais envolvidos no cuidado.

As informações sobre riscos potenciais frequentemente permanecem dispersas entre diferentes sistemas, profissionais, setores e documentos, fragmentando a compreensão do panorama de riscos e impedindo implementação de medidas preventivas coordenadas.

O presente documento complementa o Plano Abrangente de Implantação do NSP ao pormenorizar estratégias específicas para articulação sistemática das informações sobre riscos ao paciente, transformando dados isolados em inteligência organizacional que orienta decisões de segurança, alocação de recursos preventivos e implementação de barreiras defensivas. Esta transformação requer não apenas infraestrutura tecnológica apropriada, mas mudança cultural que reconhece informação como bem estratégico compartilhado, responsabilidade comum de comunicação clara, e ferramenta de aprendizagem organizacional que beneficia toda a instituição.

Fundamentos e Marcos Regulatórios para Gestão de Informações sobre Risco

Bases Legais e Normativas para Vigilância de Riscos

A gestão sistemática de informações sobre riscos ao paciente encontra fundamentação legal nos marcos normativos nacionais e internacionais que estabelecem obrigatoriedade de vigilância, análise e comunicação de eventos adversos.

A Portaria MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, estabelece explicitamente que os serviços de saúde devem implementar mecanismos permanentes de identificação, análise, documentação e comunicação de riscos identificados durante a assistência.

A RDC ANVISA nº 36/2013 reforça este imperativo ao exigir que serviços de saúde estabeleçam sistema de notificação de eventos adversos e quase-erros, comissões integradas para análise de incidentes, e monitoramento contínuo de indicadores de segurança.

A Nota Técnica ANVISA nº 01/2026 consolida transformação profunda na vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde, transitando de modelo burocrático centrado em notificação para abordagem estratégica integrada à governança clínica, protocolos assistenciais e liderança técnica de comissões especializadas, onde indicadores não medem apenas eventos específicos mas expõem falhas de processo, aderência assistencial e capacidade institucional de transformar informação em ação preventiva.

Esta evolução normativa reconhece que informação isolada não gera segurança; transformação de informação em conhecimento acionável, integrado em decisões clínicas contínuas, produz redução mensurável de riscos.

Reconhecimento do Prontuário Eletrônico como Espinha Dorsal da Informação

Experiências contemporâneas de Unidades de Pronto Atendimento demonstram que implementação de prontuário eletrônico integrado, funcionando como espinha dorsal do sistema de informações, permite que médicos, equipes de enfermagem, farmacêuticos e demais profissionais atuem de forma integrada em plataforma digital única.

Através desta plataforma são realizados registros padronizados de informações clínicas, consulta dinâmica ao histórico completo dos pacientes, troca de dados entre setores e setores, transformando atendimento em processo mais organizado, eficiente e seguro.

Na prática, uso apropriado do prontuário eletrônico reduz significativamente falhas de comunicação, evita retrabalho desnecessário, duplicação de investigações diagnósticas e contribui para decisões clínicas mais seguras e fundamentadas no contexto específico de urgência e emergência.

A integração de tecnologia com critérios assistenciais bem definidos, como aplicação sistemática de protocolos de classificação de risco baseados em metodologias validadas internacionalmente, permite organização mais eficiente do fluxo de atendimentos com impacto direto na redução de tempo de espera, melhor alocação de recursos e priorização apropriada conforme gravidade clínica.

Arquitetura de Coleta Sistemática de Informações sobre Riscos

Desenho de Formulários e Campos Estruturados para Captura de Risco

A coleta sistemática de informações sobre riscos inicia-se na estruturação deliberada de formulários, campos eletrônicos e ferramentas de captura de dados que orientam profissionais a identificar, documentar e comunicar riscos de forma padronizada e completa. O NSP será responsável por desenhar conjunto abrangente de instrumentos de coleta que capturem riscos em diferentes momentos do cuidado do paciente.

No momento de admissão, formulário estruturado de triagem inicial coletará informações essenciais sobre riscos específicos do paciente: antecedentes de quedas prévias, história de alergias medicamentosas com grau de severidade especificado, condições que aumentam risco de complicações (diabetes, insuficiência renal, coagulopatias), medicações que o paciente estava usando no domicílio que devem ser continuadas ou suspensas, necessidades especiais de comunicação ou compreensão, presença de implantes ou dispositivos que impactam investigação diagnóstica e tratamento. Este formulário será estruturado de forma que respostas automaticamente disparem alertas específicos no prontuário eletrônico acessíveis a toda equipe responsável pelo cuidado.

Formulário de avaliação de riscos específicos será aplicado sistematicamente para cada paciente conforme sua classificação de risco e duração de permanência: avaliação de risco de queda utilizando instrumento validado que considera fatores como idade, mobilidade, uso de medicações sedativas, nível de consciência; avaliação de risco de ulceração por pressão utilizando escala de Braden ou instrumento similar; avaliação de risco de tromboembolismo venoso conforme protocolo baseado em evidências; avaliação de risco de infecção relacionada à assistência à saúde conforme tipo de procedimento realizado; avaliação de risco nutricional para pacientes em observação prolongada. Cada avaliação gerará conjunto de recomendações específicas que devem ser implementadas e monitoradas.

Formulário de notificação de incidentes será desenho claro, acessível e não-punitivo que permita que qualquer profissional, paciente ou acompanhante reporte eventos adversos, quase-erros e situações potenciais de risco identificadas.

O formulário deve solicitar informações estruturadas: data e hora exata do evento, local onde ocorreu, descrição clara e objetiva do que aconteceu, qual foi o dano ao paciente se houve, quem estava envolvido (sem

necessidade de identificação se notificante preferir anonimato), quais foram os fatores contribuintes aparentes, qual seria a ação recomendada para evitar recorrência. Sistema deve permitir que formulário seja preenchido rapidamente, sem excesso de campos obrigatórios que desestimulam notificação, e deve oferecer múltiplas vias de acesso (eletrônica, papel, verbal).

Integração de Dados de Antecedentes e Histórico Clínico

O sistema de informação deve estar estruturado para acessar e integrar dados de histórico clínico anterior do paciente quando disponível, criando panorama longitudinal que auxilia identificação de padrões de risco. Se paciente foi previamente atendido na mesma unidade, histórico de atendimentos anteriores deve estar imediatamente acessível: quais foram os diagnósticos prévios, quais foram as complicações ou eventos adversos que ocorreram, quais foram as intervenções que funcionaram bem e as que causaram problemas, quais são os alertas persistentes relacionados ao paciente.

Se paciente é referenciado de outro serviço, informações de antecedentes devem ser transferidas e integradas no prontuário. Se paciente traz documentação de saúde do domicílio (receitas de medicações, registros de acompanhamento em atenção primária, resultados de exames recentes), estes devem ser digitalizados e incorporados no prontuário eletrônico, criando vista única de informações que orienta decisões clínicas.

A integração de dados históricos permite identificação de padrões de risco que podem não ser aparentes em avaliação pontual: paciente que teve reação alérgica em atendimento anterior pode não lembrar ou voluntariamente ocultar esta informação; paciente com múltiplos atendimentos prévios por problema similar pode indicar adequação inadequada de tratamento anterior; paciente com história de não-conformidade com recomendações requer abordagem educativa

diferenciada. Esta perspectiva longitudinal transforma ato de cuidado de evento isolado em episódio que se insere em trajetória clínica maior.

Sistema de Disseminação de Informações Críticas sobre Riscos

Estrutura de Alertas Automatizados e Comunicação Proativa

O sistema de informação será estruturado para gerar alertas automatizados que notificam proativamente profissionais quando informações críticas sobre riscos são identificadas ou quando mudanças clínicas requerem atenção imediata. Estes alertas não constituem interferência computacional na prática clínica, mas ferramentas de safety net que reduzem probabilidade de que informação crítica passe despercebida quando equipe está sobrecarregada.

Alertas serão categorizados conforme urgência: Alertas Críticos vermelhos disparam notificação imediata ao médico e enfermeiro responsáveis, com som audível no sistema e, se necessário, comunicação telefônica quando não respondido rapidamente.

Exemplos incluem: paciente com alergia conhecida recebe prescrição de medicamento contraindicado; paciente com coagulopatia sofre queda e apresenta sinais de sangramento intracraniano; paciente sob ventilação mecânica apresenta deterioração aguda de sinais vitais. Alertas Importantes laranjas disparam notificação visual no prontuário eletrônico acessível durante próxima interação do profissional com sistema e exigem resposta ou confirmação.

Exemplos incluem: paciente com risco elevado de queda não apresenta documentação de implementação de medidas preventivas; paciente de longa permanência com risco de lesão por pressão necessita reavaliação de cronograma de mudança de decúbito; medicação prescrita pode ser inadequada para função renal comprometida. Alertas Informativos

amarelos são registrados no prontuário para informação e consideração apropriada sem exigência de ação imediata. Exemplos incluem: paciente tem alergia a fármacos relacionados à medicação prescrita; paciente tem contraindicação relativa a investigação diagnóstica planejada.

O sistema será configurado para evitar "alert fatigue" que ocorre quando profissionais recebem quantidade tão grande de alertas que começam a ignorá-los ou desativá-los de forma indiscriminada. Alertas devem ser verdadeiramente relevantes, baseados em dados validados, testados periodicamente para assegurar que continuam sendo apropriados conforme mudanças na prática clínica.

O NSP realizará auditoria trimestral de alertas gerados para avaliar quantos foram verdadeiras situações de risco e quantos foram falsos positivos, ajustando configurações conforme necessário.

Disseminação de Informações de Risco Durante Passagens de Plantão

As passagens de plantão estruturadas utilizando ferramenta SBAR constituem momento crítico de disseminação de informações sobre riscos. Cada profissional que está encerrando seu período de trabalho tem responsabilidade de comunicar explicitamente à equipe que está iniciando quais são os pacientes com riscos identificados e quais são as medidas preventivas que estão sendo implementadas.

Esta comunicação não será opcional ou baseada em julgamento subjetivo de qual informação é "importante", mas seguirá protocolo estruturado que garante que certos riscos são sempre comunicados: alergias medicamentosas conhecidas, história de reações adversas a medicamentos, risco elevado de queda, risco elevado de lesão por pressão, presença de dispositivos invasivos que requerem vigilância especial, pacientes em observação prolongada com deterioração potencial,

questões sociais ou comportamentais que impactam segurança (paciente agressivo, desorientado, resistindo a cuidados).

A comunicação de riscos durante passagem de plantão será documentada através de checklist simples que confirma que comunicação ocorreu e que equipe entrante verbalizou compreensão. Este registro serve múltiplos objetivos: cria responsabilidade clara, permite auditoria posterior para avaliar conformidade com protocolo, oferece proteção legal documentando que informação crítica foi comunicada, identifica situações onde comunicação não ocorreu de forma apropriada para implementação de treinamento.

Comunicação de Riscos ao Paciente e Acompanhante

Informações sobre riscos identificados para paciente específico devem ser comunicadas de forma clara e apropriada ao próprio paciente e seu acompanhante, reconhecendo que paciente e família frequentemente possuem observações valiosas sobre sinais de deterioração, compreensão adequada de instruções de cuidado, e capacidade de executar medidas preventivas quando apropriadamente instruídos.

A comunicação não será padronizante ou causadora de ansiedade desnecessária, mas abordará risco de forma equilibrada, explicando qual é o risco, por que existe para paciente específico, quais são as medidas que serão implementadas para reduzir risco, e como paciente e família podem colaborar na prevenção.

Por exemplo, para paciente identificado em triagem com risco elevado de queda, comunicação estruturada explicará: "Identificamos que você tem fatores que aumentam risco de queda, como [específicos para aquele paciente.

Para reduzir este risco, colocaremos uma pulseira amarela quando você entrar aqui, que ajuda todos os profissionais a saberem que você precisa de vigilância especial. Vamos deixar a campainha dentro de seu alcance, a lateral da cama em posição apropriada, o piso será mantido limpo e seguro. Pedimos que nos chame antes de tentar sair da cama ou deambular, mesmo que sinta que consegue caminhar sozinho, porque nós podemos ajudar e reduzir risco de queda. Há algo nas suas condições especiais que devemos saber?" Esta comunicação bilateral cria parceria onde paciente compreende seu próprio risco e participa ativamente da prevenção.

Fluxos de Análise Sistemática de Informações sobre Risco

Ciclo Contínuo de Coleta, Análise e Retroalimentação

O NSP será responsável por estabelecer ciclo contínuo e bem definido de coleta de informações sobre riscos, análise estruturada destes dados, interpretação em contexto organizacional, geração de conhecimento acionável, implementação de ações preventivas, monitoramento de efetividade e retroalimentação para ajuste contínuo. Este ciclo não será executado uma única vez de forma estática, mas perpetuamente como prática organizacional que evolui continuamente conforme situações novas emergem e efetividade de intervenções é avaliada.

O ciclo inicia com coleta sistemática de dados sobre incidentes, eventos adversos, quase-erros e situações potenciais de risco através dos múltiplos mecanismos descritos (formulários estruturados, notificação proativa, observação direta, auditoria de processos). Dados coletados são compilados mensalmente em relatório que descreve: número total de incidentes notificados, distribuição por tipo e gravidade, setores onde ocorreram, profissionais envolvidos, padrões ou tendências emergentes.

Análise destes dados identifica padrões e prioridades: se incidentes de medicação concentram-se em medicamentos específicos de alto risco, há oportunidade de intervenção focada em aqueles medicamentos.

Se quedas concentram-se em particular setor ou turno, há fatores ambientais ou de pessoal que devem ser investigados. Se erros de identificação de paciente ocorrem em situações específicas (pressa, mudança de plantão), há oportunidade de fortalecer barreira de dupla checagem em aquelas situações. Análise identifica também fatores contribuintes sistêmicos (design inadequado de ambiente físico, falta de equipamento disponível, comunicação deficiente entre profissionais) que permitem compreender por que erros ocorrem além da responsabilidade individual do profissional.

A retroalimentação dos dados é comunicada de forma construtiva à equipe: não como "vocês cometeram X erros no mês", mas como "identificamos oportunidades de melhoria em X área e estamos implementando Y ações para reduzir risco em Z situação". Esta comunicação refoca aprendizagem organizacional, reconhecimento de que falhas humanas são previsíveis e que sistemas bem desenhados criam múltiplas oportunidades de capturar e corrigir erros antes que causem dano.

Mapas de Risco Dinâmicos e Visualização de Paisagem de Risco

O NSP será responsável por criar representação visual e dinâmica da paisagem de risco dentro da unidade, utilizando mapas de risco que identificam onde os riscos existem, qual é sua magnitude relativa, quais são os fatores contribuintes, e quais são as barreiras de segurança atualmente em lugar. Estes mapas não serão documentos estáticos criados uma única vez, mas atualizados continuamente conforme novos dados emergem.

O mapa de risco incluirá dimensão física: quais são os ambientes da unidade que apresentam riscos maiores (recepção com fluxo caótico aumenta risco de erro de identificação; sala de medicação mal organizada aumenta risco de erro de medicação; ambiente com pouca iluminação aumenta risco de queda); dimensão processual: quais são os processos que têm maior potencial de causar dano (prescrição de medicação, administração de medicação, transfusão de sangue, procedimentos invasivos); dimensão de recursos humanos: quais são as situações onde equipe está frequentemente sobrecarregada ou fatigada (turnos de noite, períodos de pico de admissões, períodos quando profissionais estão em férias); dimensão tecnológica: quais são as situações onde sistemas de informação falham ou são inacessíveis criando dependência de processos manuais mais propensos a erro.

O mapa será visualizado em dashboard eletrônico acessível a lideranças, permitindo que coordenadores da unidade vejam em tempo real onde estão os hotspots de risco, quantos incidentes ocorreram em cada área, qual é a tendência (melhorando ou piorando). Este tipo de visualização permite alocação inteligente de recursos preventivos: se mapa mostra risco elevado em área específica, lideranças podem oferecer recursos adicionais, retreinamento focado, ou implementação de barreira física específica para reduzir risco.

Análise Comparativa e Benchmarking Interno

O NSP realizará análise comparativa de indicadores de risco entre diferentes períodos, turnos, profissionais e setores, não para culpabilizar, mas para identificar práticas que funcionam melhor e disseminá-las. Por exemplo, se dados mostram que taxa de quedas é significativamente menor em turno de dia do que em turno de noite, análise investigará quais são as diferenças nas práticas: há mais profissionais disponíveis? Há mais luz? Há más práticas em turno de noite que podem ser corrigidas? Há

diferenças no tipo de paciente admitido em cada turno que explica diferença?

Similarmente, se área específica da unidade consegue implementar protocolo com 95% de conformidade enquanto outras áreas ficam em 70%, há oportunidade de aprender práticas que facilitaram implementação bem-sucedida. Este tipo de análise transforma dados em ferramenta de melhoria contínua onde instituição aprende com suas próprias melhores práticas.

Gerenciamento de Informações sobre Alergias e Contraindicações

Estrutura Robusta de Documentação de Alergias

As alergias medicamentosas representam risco potencial de gravidade extrema, pois reação alérgica a medicamento pode variar desde prurido leve até anafilaxia fatal. O NSP será responsável por implementar sistema robusto de documentação, armazenamento e disseminação de informações sobre alergias que garanta que esta informação crítica seja capturada na admissão, armazenada de forma segura, acessível a todos os profissionais que podem prescrever ou administrar medicamentos, e utilizada para prevenir prescrição ou administração de medicamentos alergênicos.

Na admissão, paciente será questionado sistematicamente sobre alergias a medicamentos, com instruções específicas para descrever tipo de reação (rash leve, angioedema, anafilaxia), conforme medicamento específico (alergia a penicilina versus alergia a cefalosporinas versus alergia a dipirona). Muitos pacientes referem "alergia" quando na verdade experimentaram efeito colateral (náusea com ondansetrona) que não é alergia, ou reação adversa esperada (diarréia com antibiótico) que não é alergia.

O NSP implementará protocolo de esclarecimento que diferencia reações verdadeiras de alergia de outros tipos de reações adversas, porque prescrever alternativa de medicamento apenas porque paciente teve efeito colateral com primeira opção priva paciente de medicação potencialmente essencial.

As alergias documentadas serão armazenadas em campo específico do prontuário eletrônico com sinalização visual clara (cores, ícones) que torna imediatamente visível a qualquer profissional que consultar prontuário. Adicionalmente, toda vez que médico prescreve medicação, sistema verifica automaticamente contra lista de alergias conhecidas e, se há compatibilidade, gera alerta automático que exige que médico confirme conscientemente que está prescrevendo apesar de alergia documentada (por razão de necessidade extrema) ou que questione se alergia foi documentada por erro.

Paciente receberá pulseira de identificação que documenta alergias conhecidas em padrão visual (por exemplo, pulseira vermelha para alergia grave), e será instruído a informar a qualquer profissional sobre alergias.

A experiência internacional demonstra que pacientes com história de reação alérgica grave frequentemente relatam que medicamento que causou reação anterior foi prescrito novamente porque documentação foi inadequada ou porque informação não foi comunicada apropriadamente entre profissionais. O sistema robusto de documentação e disseminação previne estas situações.

Integração com Sistemas de Farmácia

O farmacêutico clínico desempenha papel crítico como validador final de segurança de prescrição medicamentosa antes da administração. Sistemas de informação devem permitir que farmacêutico acesse todas as prescrições do paciente, liste completa de alergias e reações adversas

prévias, medicações que paciente está usando no domicílio, e condições clínicas que podem contraindica medicação prescrita.

O farmacêutico também realiza acompanhamento à beira do leito de pacientes de longa permanência, reforçando trabalho da enfermagem, verificando se medicações prescritas estão sendo administradas conforme prescrito, se há sinais de efeitos colaterais ou reações adversas, e se há necessidade de ajuste de terapia conforme evolução clínica. Esta presença clínica do farmacêutico complementa segurança oferecida por sistema eletrônico de alertas.

Monitoramento de Indicadores Integrados de Risco

Definição e Rastreamento de Indicadores Multidimensionais

O NSP estabelecerá conjunto abrangente de indicadores que medem diferentes dimensões de risco e segurança, oferecendo panorama integral de vulnerabilidades potenciais. Estes indicadores funcionam como termômetro que permite identificar quando algo está funcionando bem (indicador em meta) e quando há necessidade de atenção intensiva (indicador acima de meta).

Indicadores de incidência de eventos adversos rastreiam número absoluto e taxa de eventos adversos ocorrendo por 1.000 pacientes-dia, desagregado por tipo (queda, erro de medicação, infecção, lesão por pressão). Meta será redução progressiva anualmente, com meta inicial de redução de 20-30% no primeiro ano de implementação.

Indicadores de processo rastreiam conformidade com protocolos preventivos: percentual de pacientes que recebem dupla identificação antes de medicação, percentual de pacientes em risco de queda que recebem pulseira de identificação apropriada, percentual de pacientes em

risco de lesão por pressão que recebem avaliação e plano preventivo documentado. Meta será de 90-100% conforme protocolo.

Indicadores de resultado rastreiam impacto final na qualidade de vida do paciente: taxa de reinternação em 30 dias de alta (pacientes retornando devido a complicações que deveriam ter sido prevenidas ou adequadamente gerenciadas), taxa de mortalidade relacionada a eventos evitáveis, satisfação do paciente com segurança percebida. Indicadores de estrutura rastreiam disponibilidade de recursos necessários para segurança: disponibilidade de equipamentos (colchões anti-escaras, barras de segurança), disponibilidade de pessoal adequado conforme volume de pacientes, disponibilidade de sistemas de informação funcionando sem falhas.

Todos estes indicadores serão monitorados mensalmente e apresentados em relatórios periódicos, com análise de tendências e investigação de razões quando indicadores pioram. Não será formato de culpabilização (qual profissional causou aumento de quedas), mas de aprendizagem organizacional (quais são as mudanças no ambiente, pessoal, ou processos que correlacionam com aumento, e como podemos responder).

Dashboard Visual de Indicadores Acessível a Lideranças

Os indicadores serão visualizados em dashboard eletrônico que permite que lideranças vejam em tempo real como está o desempenho da unidade em relação à segurança. O dashboard utilizará cores simples: verde para indicador dentro de meta, amarelo para indicador próximo de ultrapassar meta, vermelho para indicador acima de meta requerendo ação imediata. Esta visualização simples permite que até leitor não familiarizado com análise de dados compreenda rapidamente onde estão as prioridades.

O dashboard incluirá também visualização de tendência temporal: não apenas qual é o valor do indicador este mês, mas qual era nos três meses

anteriores, permitindo identificação de padrão (indicador piora consistentemente, melhora consistentemente, ou flutua aleatoriamente). Indicadores que pioram consistentemente requerem investigação urgente e ação corretiva. Indicadores que melhoram consistentemente indicam que intervenções implementadas estão funcionando e devem ser mantidas e replicadas em outras áreas.

Comunicação de Riscos em Transições de Cuidado

Documentação de Referência para Continuidade

Quando paciente é referenciado para outro ponto de atenção (internação hospitalar, unidade de terapia intensiva, retorno para atenção primária, alta para domicílio), informações críticas sobre riscos identificados e medidas implementadas devem ser documentadas e comunicadas de forma apropriada ao serviço receptor.

A comunicação deficiente em transições de cuidado é fonte conhecida de eventos adversos, pois serviço receptor pode não estar ciente de riscos específicos do paciente, medidas preventivas em andamento, ou instruções de cuidado que devem ser continuadas.

Será desenvolvida carta de referência padronizada que acompanha paciente ou é transmitida eletronicamente ao serviço receptor, contendo: diagnósticos e motivo da referência, alergias medicamentosas com gravidade especificada, medicações que paciente está em uso e que devem ser continuadas, medicações que foram experimentadas mas causaram problemas e que devem ser evitadas, condições específicas que aumentam risco (risco de queda, risco de lesão por pressão), medidas preventivas que foram implementadas e que devem ser continuadas, instruções específicas de cuidado baseadas em características individuais do paciente, contato para esclarecimento de questões.

Se paciente retorna para atenção primária, além da carta de referência, haverá comunicação direta com equipe de saúde da família através de reunião de trabalho ou conferência telefônica onde médico do pronto atendimento comunica aprendizados da avaliação, recomendações de acompanhamento, sinais de alarme que devem motivar retorno ao pronto atendimento. Esta comunicação bidirecional cria continuidade de cuidado e impede que problemas recorram porque não foram adequadamente comunicados.

Protocolo de Retorno e Reingresso na Unidade

O NSP será responsável por implementar protocolo que analisa sistematicamente todos os pacientes que retornam ao pronto atendimento em período curto (30 dias ou menos após alta anterior), investigando se retorno foi evitável (indicando que problema original não foi adequadamente resolvido ou que recomendações de cuidado não foram compreendidas) ou se era evolução esperada de condição clínica que não podia ter sido totalmente prevenida.

Esta análise oferece oportunidade de aprendizagem: se padrão de retorno é evidente (muitos pacientes retornando por mesma razão), há oportunidade de melhorar educação do paciente na primeira visita, ou melhorar seguimento na atenção primária.

Quando paciente retorna, nova avaliação inicial será informada do contexto de atendimento anterior: qual foi a recomendação prévia, quais foram as medicações prescritas, qual era o plano de acompanhamento. Esta informação permite avaliar se houve falta de conformidade do paciente com recomendações (paciente não tomou medicação prescrita), se houve incompletude na resolução (procedimento necessário não foi realizado na primeira visita), ou se houve evolução inesperada da condição clínica.

Estruturas de Governança para Gestão de Informações sobre Risco

Comissão de Análise e Inteligência de Risco

O NSP coordenará funcionamento de comissão especializada responsável por análise estruturada de todas as informações coletadas sobre riscos, identificação de padrões e tendências, desenvolvimento de estratégias de mitigação, e apresentação de recomendações à gestão para implementação. Esta comissão reunir-se-á mensalmente com participação de coordenadores clínicos, farmacêuticos, profissionais de segurança, gestão e representantes de profissionais de diferentes níveis para oferecer perspectivas diversas.

A comissão utilizará ferramentas estruturadas de análise como diagrama de Pareto que identifica quais são os 20% dos problemas que causam 80% dos incidentes, permitindo focagem de esforços em áreas de máximo impacto. Se 80% dos incidentes de medicação envolvem apenas cinco medicações, há oportunidade de implementar intervenção focada em aquelas cinco medicações. Se 80% dos incidentes ocorrem em turno específico, há oportunidade de investigar fatores específicos daquele turno.
Interface entre NSP e Vigilância Externa

O NSP será responsável por estruturar fluxo de comunicação com Vigilância Sanitária municipal e estadual, garantindo que eventos graves ou situações de vigilância obrigatória sejam notificados nos prazos legais (tipicamente 72 horas para eventos sentinelas). A comunicação não será apenas notificação burocrática, mas incluirá análise preliminar, informações sobre medidas já implementadas para mitigação e prevenção de recorrência, e oferta de acesso a informações adicionais que vigilância sanitária possa necessitar.

Simultaneamente, NSP acompanhará comunicações de Vigilância Sanitária sobre alertas de saúde pública, surtos emergentes, ou recomendações técnicas atualizadas, assegurando que estas informações são rapidamente

disseminadas à equipe clínica e implementadas em protocolos de atendimento.

Proteção de Privacidade e Confidencialidade de Informações sobre Risco

Estrutura de Segurança de Dados

Enquanto informações sobre riscos devem ser amplamente compartilhadas para beneficiar a segurança coletiva, estas informações frequentemente incluem dados pessoais sensíveis sobre o paciente (história de alergias, condições crônicas, comportamentos de risco).

O NSP será responsável por implementar estrutura de segurança de dados que permite compartilhamento apropriado entre profissionais autorizados enquanto protege privacidade e confidencialidade conforme legislação de proteção de dados pessoais.

Acesso ao prontuário eletrônico será restringido através de sistema de permissões baseado em necessidade: médico pode acessar informações clínicas completas; técnico de medicação pode acessar lista de alergias e medicações; pessoal de limpeza não pode acessar prontuário eletrônico. Logs de acesso serão mantidos permitindo auditoria posterior caso informação confidencial tenha sido acessada de forma inapropriada.

Informações sobre incidentes e eventos adversos que resultarem em notificação ao sistema de vigilância sanitária serão documentadas de forma que preserva anonimato do paciente quando possível, focando em aprendizagem organizacional sobre falhas sistêmicas ao invés de identificação de profissional específico que cometeu erro.

Cultura de Não-Punição baseada em Aprendizagem

Fundamental para que sistema de informações sobre risco funcione é asseguração de que profissionais podem reportar incidentes, erros, e preocupações sobre segurança sem medo de retaliação punitiva ou culpabilização. Quando cultura organizacional pune erros, profissionais naturalmente tendem a ocultar erros, reduzindo quantidade de informação disponível para aprendizagem.

O NSP será responsável por reforçar culturalmente que incidentes e erros são oportunidades de aprendizagem, não ocasiões de culpabilização. Quando erro ocorre, investigação focará em compreender: quais são os fatores sistêmicos que permitiram este erro? Como sistema poderia ter sido desenho para capturar este erro antes que causasse dano? Como podemos melhorar treinamento, equipamentos, ou processos para reduzir probabilidade de recorrência? Esta perspectiva de aprendizagem transforma incidente de momento de medo e culpa para momento de melhoria organizacional.

Conclusão e Recomendações para Implementação

A articulação sistemática de informações sobre riscos que impactam a segurança do paciente transforma o Núcleo de Segurança do Paciente de iniciativa isolada em sistema integrado que coleta, processa, compartilha e utiliza informação como bem estratégico para proteção coletiva. Quando informações sobre riscos são capturadas de forma estruturada em formulários apropriados, armazenadas em sistema de informação seguro e acessível, disseminadas proativamente através de múltiplos canais de comunicação, analisadas sistematicamente para identificação de padrões, e utilizadas para orientar implementação de barreiras preventivas, resultado é redução mensurável e sustentável de eventos adversos evitáveis.

A implementação bem-sucedida dessa articulação de informações demanda investimento significativo em infraestrutura tecnológica

apropriada (prontuário eletrônico robusto, sistemas de alerta automatizados, dashboards visuais), capacitação contínua de profissionais em uso apropriado de sistemas e em cultura de segurança baseada em aprendizagem, liderança que modela comunicação aberta sobre riscos e erros, e monitoramento persistente de indicadores que mantém foco na segurança como prioridade organizacional permanente.

O resultado de implementação sistemática é Pronto Atendimento onde informação sobre riscos flui livremente entre profissionais, onde alertas automatizados identificam potenciais problemas antes que causem dano, onde análise estruturada de incidentes oferece conhecimento acionável que melhora continuamente processos e práticas, e onde equipes trabalham com compreensão compartilhada de paisagem de risco e com responsabilidade coletiva de implementar medidas preventivas que protegem os pacientes.

2.4. Propostas para Manutenção Predial e de Equipamentos:

a) Manutenção Preditiva, quando aplicável

A implementação de sistema estruturado de manutenção preditiva no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga representa investimento estratégico fundamental para garantir continuidade operacional, segurança de pacientes e profissionais, otimização de recursos financeiros e conformidade com padrões de qualidade estabelecidos pela legislação sanitária.

O Pronto Atendimento, operacionalizado pela organização social contratada conforme descrição do Termo de Referência do edital, funciona em regime de 24 horas diárias ininterruptos, demandando disponibilidade permanente de infraestrutura predial e equipamentos clínicos essenciais para manutenção de operações sem interrupção inesperada que pudesse

comprometer atendimento de usuários em situação de urgência e emergência.

Manutenção preditiva constitui evolução significativa sobre modelos tradicionais de manutenção corretiva e preventiva, permitindo antecipação de falhas através de monitoramento contínuo de parâmetros operacionais, análise de dados em tempo real e implementação de intervenções no momento preciso quando necessárias.

Para unidades de saúde que funcionam ininterruptamente, manutenção preditiva oferece vantagens críticas: redução de paradas não planejadas que interrompem atendimento, minimização de riscos de segurança associados a falhas súbitas de equipamentos críticos, otimização de custos operacionais através de intervenções assertivas, e prolongamento da vida útil de ativos através de gestão baseada em dados reais.

Fundamentos Teóricos e Evolução dos Modelos de Manutenção

Limitações da Manutenção Corretiva Pura

Historicamente, instituições de saúde frequentemente operaram sob modelo de manutenção corretiva, baseado em intervenção reativa após ocorrência de falha ou avaria crítica.

Este modelo apresenta vulnerabilidades estruturais significativas que comprometem segurança operacional e representam custos enormes em longo prazo.

Falhas inesperadas em equipamentos críticos (sistemas de refrigeração para armazenamento de medicações, sistemas de emergência de energia, equipamentos de climatização em salas estéreis) causam paradas operacionais que interrompem atendimento, desviam recursos financeiros para reparos emergenciais de custo elevado, aumentam risco de eventos

adversos associados a continuidade inadequada de cuidado, e frequentemente resultam em danos secundários em cascata onde falha inicial desencadeia danificação de componentes adicionais.

Para Pronto Atendimento de Jacupiranga que atende demanda espontânea 24 horas por dia, dependência de manutenção corretiva pura representa risco inaceitável: falha de sistema HVAC em período de calor intenso compromete controle de infecção em áreas de isolamento; falha de sistema de backup de energia compromete operação de equipamentos de suporte à vida; falha de sistema de abastecimento de água compromete higiene e sanitização.

Avanços da Manutenção Preventiva Sistemática

Manutenção preventiva sistemática representou avanço importante na redução de falhas não planejadas, introduzindo programação de intervenções em intervalos fixos de tempo ou de utilização, independentemente do estado real do ativo. Calendários de manutenção preventiva estabelecem cronogramas: substituição de filtros de ar condicionado a cada três meses, inspeção de instalações elétricas a cada seis meses, calibração de equipamentos de monitoramento ambiental anualmente.

Embora reduza significativamente paradas inesperadas, manutenção preventiva apresenta limitação crítica: não considera o estado real operacional do equipamento, gerando duas situações ineficientes.

Primeira situação: intervenções desnecessárias ocorrem quando ativo ainda funciona adequadamente, desperdiçando recursos de manutenção e tempo de profissionais; exemplo prático seria substituir motor elétrico perfeitamente funcional conforme agenda calendário, simplesmente porque três anos se passaram desde instalação, mesmo que motor tenha sido

utilizado apenas 500 horas de operação e normalmente duraria 5.000 horas antes de falha.

Segunda situação: intervenções inadequadas ocorrem quando falha iminente já está desenvolvendo-se mas não foi identificada porque cronograma preventivo não prevê inspeção no momento específico em que degradação ocorre; exemplo seria aquecimento excessivo de transformador elétrico que se desenvolve entre avaliações preventivas programadas, causando falha catastrófica semanas antes de manutenção preventiva agendada.

Transformação Através de Manutenção Preditiva

Manutenção preditiva emerge como paradigma radicalmente diferente que transforma dados operacionais contínuos em inteligência técnica estratégica. Baseada em monitoramento contínuo ou periódico de parâmetros físicos, químicos e operacionais reais (vibração, temperatura, pressão, qualidade de energia), manutenção preditiva permite identificação de padrões de degradação antes que falha crítica ocorra, permitindo intervenção no momento preciso quando necessária conforme condição real do ativo.

Diferença prática entre modelos é substancial: enquanto preventiva estabelece substituição de rolamento de motor a cada 1.000 horas de operação conforme estimativa genérica do fabricante, preditiva monitora continuamente o estado real do rolamento através de sensores de vibração acoplados permanentemente, coletando dados que alimentam algoritmos de análise, permitindo que substituição ocorra precisamente quando sinais de degradação indicam que rolamento está próximo de falha iminente.

Esta precisão reduz intervenções desnecessárias, estende vida útil real de componentes além de estimativas iniciais, e elimina risco de falha repentina.

Diagnóstico da Situação Atual do Pronto Atendimento de Jacupiranga

Caracterização da Infraestrutura Predial

O Pronto Atendimento de Jacupiranga, conforme Termo de Referência do edital, opera em estrutura física de aproximadamente 1.900 m², funcionando 24 horas por dia, 365 dias por ano, atendendo demanda espontânea de urgência e emergência.

A edificação abriga múltiplos ambientes funcionais com exigências técnicas diferenciadas: salas de procedimentos que requerem esterilização e controle de infecção; área de emergência com equipamentos de suporte à vida funcionando continuamente; áreas de observação adulta e pediátrica com demanda por climatização precisa; área de isolamento para pacientes com suspeita de doenças transmissíveis; serviços diagnósticos (laboratório e radiologia) com equipamentos de precisão; soroterapia com armazenamento refrigerado de medicações; serviços de apoio logístico.

Infraestrutura predial deve garantir: fornecimento contínuo de energia elétrica estável sem flutuações que danificam equipamentos sensíveis; climatização mantendo temperatura e umidade dentro de parâmetros estabelecidos por normas de biossegurança; sistema de abastecimento de água com qualidade apropriada; sanitização e limpeza de ambientes; controle de pragas e vetores; iluminação adequada em todos os ambientes.

Equipamentos médico-hospitalares críticos incluem: monitores multiparamétricos contínuos, desfibriladores, ventiladores mecânicos, bombas de infusão, equipamentos de diagnóstico (radiografia, ultrassom), analisadores bioquímicos, equipamentos de ar comprimido medicinal. Estes equipamentos funcionam ininterruptamente, gerando demanda

contínua de calibração, limpeza, verificação de funcionalidade e prevenção de contaminação cruzada.

Vulnerabilidades Identificadas em Modelo Tradicional

Sem sistema estruturado de manutenção preditiva, Pronto Atendimento de Jacupiranga está exposto a vulnerabilidades operacionais: paradas súbitas de climatização em períodos críticos de demanda causam desconforto em áreas de isolamento e comprometem controle de infecção; falhas de energia afetam funcionamento de monitores e equipamentos de suporte à vida; paradas de abastecimento de água comprometem higiene e sanitização; falhas de equipamentos diagnósticos causam atraso em atendimento; falhas de equipamentos de infusão comprometem terapia medicamentosa de pacientes críticos.

Cada uma destas situações representa não apenas custo econômico direto de reparo, mas custo indireto de comprometimento de segurança do paciente, possível interrupção de atendimento, necessidade de desvio de pacientes para outras unidades, possível evento adverso associado a falha de equipamento.

Arquitetura Técnica de Sistema de Manutenção Preditiva para Jacupiranga
Seleção Estratégica de Ativos para Monitoramento

Implementação bem-sucedida de manutenção preditiva em Pronto Atendimento de Jacupiranga não requer instalação indiscriminada de sensores em toda a infraestrutura, abordagem impraticável e economicamente inviável. Metodologia estruturada de priorização identifica ativos críticos cuja falha causaria maior impacto na continuidade operacional ou na segurança.

Matriz de criticidade para seleção de ativos para monitoramento preditivo deve considerar: impacto de falha na continuidade operacional

(equipamento cuja falha paralisa unidade inteira recebe prioridade máxima); risco de falha para pacientes (equipamentos de suporte à vida recebem prioridade máxima); frequência histórica de falhas (equipamento que frequentemente falha é candidato prioritário); custo de parada operacional (quanto custa parada daquele equipamento específico em termos de atendimentos não realizados); custo de reparo (quanto custa reparação quando falha ocorre); tempo médio de reparo (quanto tempo leva conserto, deixando pacientes e profissionais sem recurso).

Para Pronto Atendimento de Jacupiranga, ativos prioritários para monitoramento preditivo seriam: sistema central de climatização (impacto crítico, custo de parada elevado, frequência histórica de problemas); sistema de backup de energia/gerador (impacto crítico na segurança, custo de parada elevado); transformador e subestação elétrica (falha causa parada total); bombas de sistema de abastecimento de água (impacto em sanitização); analisador bioquímico de laboratório (impacto em diagnóstico); equipamentos de radiologia (impacto em diagnóstico); monitores multiparamétricos de áreas críticas (impacto direto em segurança do paciente).

Tecnologias de Sensoriamento e Coleta de Dados

Implementação bem-sucedida de manutenção preditiva demanda infraestrutura tecnológica robusta que captura continuamente informações sobre estado operacional de equipamentos selecionados. Sensores internet das coisas (IoT) constituem espinha dorsal desta arquitetura, oferecendo capacidade de monitoramento remoto, coleta contínua de dados e transmissão em tempo real para plataformas centralizadas de análise.

Sensores de Vibração Triaxial: instalados em motores elétricos, bombas e compressores, estimam estado de funcionamento monitorando continuamente vibrações que indicam desbalanceamento, desalinhamento

ou defeitos em rolamentos. Análise de padrões de vibração permite identificação precoce de degradação antes que falha catastrófica ocorra.

Sensores de Temperatura: monitoram continuamente condições térmicas de equipamentos elétricos, mecânicos e de processo, identificando anomalias que sinalizam superaquecimento em transformadores, motores, painéis elétricos. Temperatura anormalmente elevada frequentemente precede falha por dias ou semanas, oferecendo janela de tempo para intervenção planejada.

Analisadores de Qualidade de Energia: medem variáveis críticas como tensão de fase neutra, corrente trifásica, consumo ativo e reativo, detectando antecipadamente danos em redes elétricas, flutuações de tensão que danificam equipamentos sensíveis, sobrecarga em circuitos. Em ambientes hospitalares, qualidade de energia precária compromete funcionamento de equipamentos diagnósticos e de monitoramento.

Sensores de Umidade e Temperatura Ambiental: monitoram continuamente condições de conservação de áreas críticas como salas de isolamento, laboratório, farmácia, garantindo que parâmetros estão dentro de faixas estabelecidas por normas de biossegurança. Desvios em umidade relativa e temperatura podem indicar falha iminente de sistema de climatização.

Sensores de Movimento e Presença: permitem otimização de iluminação e climatização baseada em ocupação real de ambientes, reduzindo consumo de energia em áreas periodicamente vazias (salas de espera fora de horários de pico, áreas administrativas durante noite).

Analisadores de Qualidade de Ar: monitoram contaminação particulada, concentração de gases, condições de filtração em áreas críticas, indicando necessidade de substituição de filtros antes que capacidade de filtragem seja comprometida.

Escolha correta de tecnologias de sensoriamento é determinante para sucesso: não instalar sensores indiscriminadamente, mas selecionar tecnologias que fornecerão informação mais valiosa para tipo e modo de falha esperado de cada ativo.

Integração com Sistemas de Informação Clínica

Sistema de manutenção preditiva para Pronto Atendimento não é entidade isolada, mas integra-se com infraestrutura tecnológica existente. Dados de manutenção preditiva devem ser capturados em plataforma centralizada de gestão, denominada Sistema de Gestão de Manutenção Computadorizado (CMMS), que permite organização de informações, geração de alertas, programação de intervenções, rastreamento de histórico de manutenção.

Plataformas CMMS modernas oferecem funcionalidades essenciais: gestão de ordens de trabalho com priorização automática baseada em criticidade do ativo; integração com sensores IoT permitindo captura automática de dados; geração de alertas quando parâmetros ultrapassam limiares previamente estabelecidos; agendamento automático de manutenção preventiva conforme condição real do ativo (não conforme calendário fixo); rastreamento de histórico completo de cada ativo incluindo datas de manutenção, peças substituídas, custos, duração de parada; geração de relatórios analíticos permitindo visualização de tendências, identificação de ativos problemáticos, otimização de recursos.

Exemplos de CMMS disponíveis no mercado brasileiro incluem: eMaint que oferece funcionalidades robustas de PM (preventiva) e PdM (preditiva) com interface mobile amigável; ManWinWin CMMS que oferece solução híbrida cloud/desktop com capacidades de análise de criticidade e integração com tecnologias emergentes; Trilogo que oferece solução específica para unidades de saúde com funcionalidades de geolocalização de chamados, integração com prestadores terceirizados, controle de patrimônio.

Integração entre sensores IoT, plataforma CMMS e profissionais de manutenção de Jacupiranga permite fluxo de informação contínuo: sensores coletam dados continuamente; algoritmos processam dados e geram alertas quando anomalias são detectadas; CMMS notifica técnico responsável; técnico recebe notificação em aplicativo móvel com detalhes de ativo, histórico de manutenção, recomendações técnicas; técnico executa inspeção ou intervenção planejada no momento apropriado; resultado é registrado em CMMS para retroalimentação de algoritmos.

Técnicas Especializadas de Análise de Condição

Termografia Infravermelha

Termografia infravermelha constitui técnica não invasiva que captura distribuição de temperatura na superfície de equipamentos, permitindo identificação de pontos quentes que sinalizam problemas. Em contexto de Pronto Atendimento de Jacupiranga, termografia seria aplicada regularmente em: painéis elétricos onde conexões soltas ou sobrecarregadas geram calor excessivo; transformadores cuja temperatura elevada indica envelhecimento do óleo isolante; motores elétricos onde temperaturas anormais indicam desgaste de rolamentos ou desalinhamento; equipamentos de ar condicionado onde temperatura anormal do condensador indica perda de carga de refrigerante ou obstrução de fluxo.

Termografia oferece vantagem crítica: permite detecção de problemas semanas ou meses antes que falha ocorra, oferecendo janela de tempo para planejamento de intervenção sem pressão de emergência.

Análise de Vibração Espectral

Análise de vibração oferece capacidade de "escuta" dos equipamentos rotativos, identificando problemas mecânicos através de assinatura de vibração capturada por sensores.

Diferentes problemas geram padrões de vibração distintos: desbalanceamento gera picos em frequência de rotação; desalinhamento gera picos em múltiplos de frequência de rotação; defeito de rolamento gera picos em frequências características do rolamento específico; problema de engrenagem gera picos na frequência de engrenagem.

Técnico treinado em análise de vibração pode interpretar assinatura capturada por sensor, identificando tipo específico de problema antes que falha ocorra. Para Pronto Atendimento de Jacupiranga, análise de vibração seria aplicada regularmente em: motores de sistemas de climatização central; bombas de abastecimento de água; compressores de sistema de ar comprimido medicinal; ventiladores de exaustão; equipamentos rotativos críticos de laboratório e radiologia.

Monitoramento de Qualidade de Energia

Qualidade de energia inadequada é causa significativa de falhas prematuras de equipamentos em ambientes hospitalares. Analisadores de qualidade de energia medem continuamente: flutuações de tensão que danificam equipamentos sensíveis; harmônicas que causam superaquecimento de motores; desbalanceamento de fase trifásica que sobrecarrega fases individuais; frequência anormal que compromete sincronização de equipamentos.

Implementação Operacional de Sistema Preditivo para Jacupiranga

Fase 1: Planejamento e Preparação (Mês 1-2)

Semana 1-2: Constituição de equipe multidisciplinar coordenada por gestor de manutenção designado pela Secretaria Municipal de Saúde e organização social. Equipe incluiria: engenheiro clínico, técnico de manutenção com experiência em preditividade, gestor de infraestrutura, coordenador de TI responsável por sistemas. Equipe realiza levantamento detalhado de todos os ativos prediais e equipamentos clínicos.

Semana 3-4: Aplicação de matriz de criticidade para seleção de 15-20 ativos prioritários para monitoramento inicial. Documentação de características técnicas de cada ativo: fabricante, modelo, ano de instalação, histórico de manutenção dos últimos 12-24 meses, modos de falha esperados, tempo médio para falha, custo de parada operacional.

Semana 5-6: Seleção de fornecedor de solução de manutenção preditiva. Requisitos técnicos essenciais: capacidade de integração com sensores IoT; plataforma CMMS intuitiva; suporte técnico local; possibilidade de customização para realidade de Jacupiranga; custo-benefício apropriado para orçamento municipal.

Semana 7-8: Contratação de fornecedor, definição de cronograma de implantação, alocação de orçamento, designação de espaço para central de monitoramento.

Fase 2: Instalação de Infraestrutura (Mês 3-4)

Semana 1-2 (Mês 3): Instalação de sensores em ativos prioritários selecionados. Instalação de sensores de vibração em motores; sensores de temperatura em transformador e painéis elétricos; sensores de umidade e temperatura em áreas críticas; analisador de qualidade de energia no painel principal; sensores de presença em áreas de maior consumo.

Semana 3-4 (Mês 3): Instalação de gateway de comunicação (roteador IoT) que coleta dados de todos os sensores e transmite para plataforma

centralizada. Configuração de conectividade: conexão via WiFi para sensores em locais apropriados; conexão via rede cabeada (Ethernet) para equipamentos críticos; consideração de redundância para garantir continuidade de transmissão mesmo se conexão principal falhar.

Semana 1-2 (Mês 4): Instalação e configuração de plataforma CMMS em servidor ou cloud. Importação de dados de todos os ativos monitorados; configuração de limiares de alerta para cada tipo de sensor (temperatura, vibração, qualidade de energia); definição de fluxos de notificação e escalonamento.

Semana 3-4 (Mês 4): Testes de funcionamento de toda infraestrutura. Validação de que sensores estão coletando dados corretamente; validação de que dados estão sendo transmitidos em tempo real; validação de que alertas estão sendo gerados quando dados ultrapassam limiares; testes de redundância para garantir que sistema continua funcionando mesmo com falha parcial.

Fase 3: Capacitação de Equipe (Mês 5)

Semana 1-2: Treinamento técnico para equipe de manutenção em interpretação de dados preditivos. Capacitação em: reconhecimento de padrões de vibração que indicam diferentes tipos de problemas; interpretação de dados de temperatura e identificação de anomalias; compreensão de alertas do sistema e priorização apropriada; técnicas de inspeção para validação de diagnósticos do sistema.

Semana 3-4: Treinamento de operadores do CMMS em gestão de ordens de trabalho, priorização, rastreamento de manutenção, geração de relatórios, análise de histórico.

Fase 4: Operação Contínua e Refinamento (Mês 6+)

Após implantação inicial, sistema entra em operação contínua com refinamentos periódicos. Equipe de manutenção responde aos alertas gerados pelo sistema preditivo, realizando inspeções e intervenções conforme recomendações. Dados de todas as intervenções são registrados em CMMS para retroalimentação e melhoria contínua dos algoritmos de predição.

Matriz de Indicadores de Desempenho para Monitoramento

Indicadores Operacionais de Manutenção

Tempo Médio de Reparação (MTTR - Mean Time To Repair): mede tempo médio decorrido entre identificação de falha e conclusão de reparo. Com manutenção preditiva, MTTR diminui porque: falhas são identificadas quando ainda pequenas, antes de se tornarem complexas; técnico tem tempo para preparação apropriada (coleta de peças, ferramentas) antes de intervir; intervenção é planejada em horário apropriado ao invés de emergência noturna. Meta para Jacupiranga: redução de 40% em MTTR no primeiro ano.

Tempo Médio Entre Falhas (MTBF - Mean Time Between Failures): mede tempo médio operacional de ativo antes que próxima falha ocorra. Com manutenção preditiva que identifica e resolve problemas antes de falha crítica, MTBF aumenta significativamente. Meta para Jacupiranga: aumento de 60-80% em MTBF nos primeiros dois anos.

Taxa de Disponibilidade Operacional: percentual de tempo que ativo está disponível para operação (não está em falha ou em parada de manutenção) versus tempo total. Com manutenção preditiva que reduz paradas não planejadas, disponibilidade aumenta. Meta para Jacupiranga: 95% ou superior de disponibilidade para ativos críticos.

Número de Falhas Não Previstas: quantidade de falhas que ocorrem entre inspeções preditivas, exigindo reparo emergencial. Meta para Jacupiranga: redução de 70-80% em falhas não previstas no primeiro ano de operação.

Gestão de Risco e Contingência

Plano de Contingência para Falhas de Sensores

Mesmo com infraestrutura robusta de monitoramento preditivo, sensores podem falhar, gateway pode perder conectividade, software pode ter bugs.

Plano de contingência essencial para garantir que falhas de sistema preditivo não deixem equipamentos críticos sem nenhum monitoramento. Estratégia de redundância: sensores críticos devem ser implementados em par, permitindo que se um sensor falhar, o outro continua fornecendo dados; gateway de comunicação deve ter conexão dual (WiFi primária, cabeada secundária) para garantir conectividade contínua; CMMS deve ter backup automático com replicação em nuvem para proteção contra perda de dados.

Validação Manual de Diagnósticos

Sistema preditivo não deve ser caixa preta que toma decisões automaticamente. Técnicos devem ser treinados para questionar recomendações do sistema, validar diagnósticos através de inspeção manual, considerar contexto operacional que sistema preditivo pode não ter capturado. Exemplo: se sistema detecta vibração anormal em motor, técnico deve não apenas confiar na recomendação, mas inspecionar visualmente motor, medir vibração com equipamento portátil, avaliar condições de funcionamento, histórico recente, para confirmar se recomendação faz sentido.

Escalação Apropriada para Especialistas Externos

Para problemas complexos que excedem capacidade técnica da equipe interna de Jacupiranga, protocolo de escalação permite engajamento de especialistas externos. Se diagnóstico preditivo sugere problema complexo em transformador (mudança significativa em perfil de vibração e temperatura, redução de isolamento), equipe interna notifica gestor de manutenção que, se necessário, contrata especialista em transformadores para avaliação mais profunda.

A implementação de sistema de manutenção preditiva no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga representa investimento estratégico que oferece retorno rápido, melhoria significativa na confiabilidade operacional, e aumento na segurança de pacientes e profissionais.

Recomendações para formalização desta proposta:

1. **Aprovação executiva** da proposta por Secretaria Municipal de Saúde e organização social contratada, com alocação de recursos orçamentários necessários;
2. **Inclusão em próxima revisão do Contrato de Gestão** da obrigatoriedade de implementação de sistema de manutenção preditiva conforme cronograma e especificações técnicas detalhadas neste plano;
3. **Designação de gestor de projeto** responsável por coordenação da implantação, conformidade com cronograma, gestão de riscos;
4. **Benchmarking** com outras unidades de saúde que implementaram manutenção preditiva (como Hospital São Lucas da PUCRS) para validação de propostas técnicas;
5. **Revisão periódica** (trimestral no primeiro ano) de progresso de implantação, conformidade com metas, ajustes necessários.

Manutenção preditiva não é apenas tecnologia, é transformação cultural que posiciona manutenção como função estratégica que protege

investimento em infraestrutura, garante continuidade operacional e contribui diretamente para segurança e qualidade do atendimento de pacientes em Jacupiranga.

b) Manutenção Preventiva

A presente proposta estabelece um programa abrangente de manutenção predial e de equipamentos para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, baseado em estratégias de manutenção preventiva que otimizam a disponibilidade operacional, prolongam a vida útil dos ativos, reduzem custos emergenciais e garantem a segurança de pacientes e profissionais.

O programa foi desenvolvido conforme exigências do Edital de Chamamento Público 002/2025 e incorpora as melhores práticas de gestão de manutenção aplicadas a unidades de saúde, com ênfase em planejamento sistematizado, responsabilidades bem definidas e indicadores mensuráveis de desempenho.

1. Introdução e Contextualização

A infraestrutura predial e os equipamentos hospitalares constituem elementos críticos para o funcionamento eficiente de qualquer unidade de pronto atendimento.

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, que funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, dispõe de aproximadamente 1.900 metros quadrados de área construída, incluindo ambientes de emergência, observação, consultorias, laboratório, radiologia, farmácia e áreas administrativas. Este espaço abriga um vasto parque de equipamentos médicos, hospitalares e de infraestrutura que demandam cuidados contínuos e sistemáticos para assegurar a continuidade dos serviços.

A manutenção preventiva, diferentemente da manutenção corretiva que é acionada apenas após falhas, é executada conforme cronogramas planejados com o objetivo de antecipar e prevenir problemas.

Esta abordagem se revela particularmente importante em ambientes hospitalares, onde interrupções inesperadas podem comprometer a qualidade do atendimento, a segurança dos pacientes e elevar significativamente os custos operacionais.

Ao implementar um programa estruturado de manutenção preventiva, o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga reduzirá o tempo de inatividade dos equipamentos, prolongará a vida útil dos ativos, minimizará custos com reparos emergenciais e garantirá conformidade com normas técnicas e regulatórias estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela vigilância sanitária.

2. Diagnóstico da Situação Atual

2.1 Avaliação da Infraestrutura Predial

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga conta com instalações que abrangem diversos sistemas técnicos essenciais. O sistema elétrico de baixa e média tensão distribui energia através de quadros de distribuição, painéis de controle, fiação e dispositivos de proteção.

O sistema hidrossanitário inclui redes de água fria e quente, sistema de esgoto e águas pluviais que demandam inspeções periódicas. O sistema de climatização compreende múltiplos equipamentos de ar condicionado distribuídos em áreas críticas.

O sistema de gases medicinais fornece oxigênio, ar comprimido e vácuo para os leitos e salas de procedimento. O sistema de gerador emergencial de energia garante continuidade operacional durante falhas da rede

pública. O sistema de combate a incêndio inclui extintores, alarmes, hidrantes e sprinklers.

A estrutura física está sujeita a desgastes naturais decorrentes do uso contínuo, exposição a variações climáticas, umidade e intensidade de ocupação típica de uma unidade de saúde que funciona ininterruptamente. O diagnóstico inicial revela a necessidade de inspeções sistemáticas em todas as áreas da unidade para identificar elementos que requeiram manutenção preventiva. As paredes, pisos, revestimentos, janelas, portas, sistemas de iluminação, instalações elétricas, painéis de distribuição, fiação, tubulações, registros de água, válvulas, conexões, equipamentos de climatização, filtros, ventiladores e demais componentes precisam ser mapeados, avaliados quanto à condição atual e programados para ações de manutenção conforme sua criticidade e histórico de funcionamento.

2.2 Avaliação do Parque de Equipamentos

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga dispõe de um parque extenso de equipamentos médicos e hospitalares.

Este parque inclui concentrador de oxigênio, desfibriladores, monitores multiparâmetros, bombas de infusão volumétrica, aspiradores de secreção, autoclaves para esterilização, equipamentos de eletrocardiografia, monitor fetal, ventilador pulmonar, gerador de energia, aparelho de raio-x com processadora, ultrassom, mesas de exame clínico, camas hospitalares Fowler, macas de emergência, poltronas para coleta de sangue, cadeiras de rodas, suportes para soro e múltiplos equipamentos de apoio administrativo e operacional.

Todos esses equipamentos requerem manutenção preventiva conforme especificações técnicas dos fabricantes, intensidade de uso e critérios de segurança estabelecidos pela vigilância sanitária. Equipamentos médicos críticos, como monitores cardíacos, ventiladores e desfibriladores,

demandam inspeções e calibrações periódicas para garantir precisão diagnóstica e segurança do paciente.

Equipamentos de infraestrutura, como o gerador emergencial e sistemas de climatização, precisam de manutenção preventiva para assegurar funcionamento contínuo em situações críticas. Equipamentos administrativos, como computadores, impressoras e sistemas de telecomunicações, necessitam de manutenção regular para garantir operacionalidade contínua. O diagnóstico revela que uma abordagem sistematizada é essencial para garantir que cada equipamento receba atenção apropriada conforme seu nível de criticidade.

3. Fundamentação Teórica da Manutenção Preventiva

3.1 Conceitos e Definições

A manutenção preventiva é um tipo de manutenção caracterizado por inspeções e intervenções planejadas e periódicas, realizadas independentemente das condições de funcionamento dos equipamentos, com o objetivo de prevenir defeitos e falhas. Diferencia-se da manutenção corretiva, que ocorre apenas após a detecção de uma falha, e da manutenção preditiva, que utiliza monitoramento contínuo e análise de dados para determinar quando a manutenção é necessária.

A manutenção preventiva engloba o conjunto de inspeções planejadas e sistemáticas que são realizadas periodicamente, com objetivo claro de prevenir defeitos no funcionamento das máquinas através da antecipação de eventuais problemas.

Dessa forma, a parada de equipamentos de forma repentina pode ser evitada, contribuindo para evitar prejuízos e diminuir significativamente os custos com manutenção.

A manutenção preventiva fica mais no campo do planejamento estratégico, possibilitando reduzir o número de intervenções emergenciais, aumentar o tempo de disponibilidade dos equipamentos, prever eventuais falhas, aumentar a confiabilidade geral dos sistemas e garantir a segurança operacional.

3.2 Benefícios da Manutenção Preventiva em Ambientes Hospitalares

A implementação estruturada de manutenção preventiva em ambientes hospitalares apresenta múltiplos benefícios que justificam o investimento em planejamento e recursos. Primeiramente, reduz significativamente as manutenções corretivas, uma vez que as ações são tomadas antes das paradas ou danos dos equipamentos. Quando uma máquina para repentinamente, várias peças são danificadas e o tempo necessário para reparo é consideravelmente maior que o tempo de uma manutenção preventiva.

Em segundo lugar, reduz o desgaste dos equipamentos uma vez que durante as revisões consegue-se ter uma noção clara de quais peças podem estar próximas ao fim de sua vida útil, permitindo trocas planejadas e programadas. Aumenta a produtividade porque os equipamentos permanecem operacionais e disponíveis para atender pacientes sem interrupções inesperadas. Constitui um investimento valioso pois evita gastos emergenciais que podem ser descobertos durante a execução de manutenções corretivas não planejadas.

A manutenção preventiva otimiza o tempo pois já se tem ciência das estratégias que serão usadas nas intervenções, permitindo que técnicos se preparem adequadamente com ferramentas e peças necessárias. Aumenta a vida útil das peças e componentes através de cuidados regulares e lubrificação adequada. Aumenta a eficiência geral dos equipamentos que funcionam dentro dos padrões estabelecidos pelos fabricantes. Evita acidentes que podem ocorrer quando equipamentos falham de forma

inesperada durante procedimentos críticos ou durante o cuidado de pacientes vulneráveis.

4. Estrutura do Programa de Manutenção Preventiva

4.1 Pilares Fundamentais do Programa

O programa de manutenção preventiva para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga repousa sobre quatro pilares fundamentais: planejamento sistematizado, documentação abrangente, recursos adequados e monitoramento contínuo. O pilar do planejamento sistematizado envolve a identificação clara de todos os ativos que demandam manutenção, a definição de frequências apropriadas para cada tipo de equipamento ou sistema, e a criação de cronogramas que minimizem a interferência nas operações da unidade.

O pilar da documentação abrangente compreende a criação de registros detalhados sobre cada equipamento, sua história de manutenção, peças críticas que demandam supervisão especial, datas de garantias e especificações técnicas fornecidas pelos fabricantes. Esta documentação deve estar organizada de forma que seja facilmente acessível aos técnicos responsáveis pela manutenção.

O pilar dos recursos adequados envolve a disponibilidade de pessoal qualificado, ferramentas apropriadas, peças de reposição essenciais e orçamento suficiente para executar as atividades conforme planejado. O pilar do monitoramento contínuo compreende a coleta regular de dados sobre o desempenho dos equipamentos, a análise de tendências e a realização de ajustes no programa conforme necessário.

4.2 Áreas Críticas de Manutenção Preventiva

O programa identifica oito áreas críticas que requerem atenção especial e sequenciamento apropriado de manutenções preventivas. A primeira área

compreende o sistema elétrico, incluindo quadros de distribuição, disjuntores, cabos, sistemas de proteção contra surtos e sistemas de aterramento. Esta área é crítica porque falhas elétricas podem ocasionar interrupções totais do funcionamento ou criar riscos de segurança para pacientes e profissionais.

A segunda área abrange os sistemas de climatização e ventilação (HVAC). Estes sistemas mantêm condições ambientais adequadas em áreas críticas como salas de emergência, laboratórios e áreas de preparação de medicamentos. A falta de climatização apropriada pode comprometer a qualidade do atendimento e criar condições inadequadas para armazenamento de medicamentos.

A terceira área inclui o sistema de gases medicinais, fundamental para o funcionamento de diversos equipamentos médicos e para o suporte respiratório de pacientes críticos. A quarta área compreende o sistema hidrossanitário, incluindo bombas de água, pressurização, tubulações, registros e sistemas de drenagem.

A quinta área é o gerador emergencial de energia, essencial para garantir continuidade operacional em caso de falha da rede pública. A sexta área abrange equipamentos médicos críticos como desfibriladores, ventiladores, monitores cardíacos e bombas de infusão. A sétima área inclui a infraestrutura predial como paredes, pisos, portas, janelas e tetos. A oitava área compreende sistemas de combate a incêndio, incluindo extintores, alarmes e sistemas automáticos de supressão.

4.3 Metodologia de Implementação

A implementação do programa segue uma metodologia estruturada em seis fases principais. A primeira fase, denominada "Avaliação e Inventariação", envolve a realização de uma auditoria completa de toda a infraestrutura predial e equipamentos, documentando condições atuais,

datas de instalação, históricos de falhas anteriores e especificações técnicas dos fabricantes.

A segunda fase, "Planejamento de Frequências", estabelece com precisão a frequência ideal de manutenção para cada equipamento ou sistema com base nas recomendações dos fabricantes, na intensidade de uso e na criticidade operacional. Equipamentos críticos podem demandar inspeções mensais, enquanto que alguns sistemas podem requerer inspeções semestrais ou anuais.

A terceira fase, "Desenvolvimento de Protocolos", envolve a elaboração de procedimentos detalhados para cada atividade de manutenção, incluindo checklists específicos, ferramentas necessárias, peças de reposição recomendadas e precauções de segurança. Esta documentação deve ser clara e acessível para técnicos de diferentes níveis de experiência.

A quarta fase, "Capacitação de Pessoal", garante que toda a equipe de manutenção receba treinamento apropriado sobre os procedimentos, sobre como utilizar adequadamente as ferramentas disponíveis e sobre normas de segurança relevantes. A quinta fase, "Implementação do Sistema", coloca em operação o programa através da execução das atividades conforme cronograma estabelecido, registrando todas as ações realizadas em sistema informatizado.

A sexta fase, "Monitoramento e Ajuste Contínuo", envolve o acompanhamento do desempenho do programa através de indicadores-chave, análise de dados coletados e realização de ajustes no programa conforme necessário para melhorar sua efetividade.

5. Gestão de Infraestrutura Predial

5.1 Sistema Elétrico

A manutenção preventiva do sistema elétrico é absolutamente crítica em uma unidade de saúde que funciona continuamente.

O sistema deve ser inspecionado mensalmente para identificar sinais de aquecimento anormal, descoloração, corrosão ou aflojamento de conexões. Todos os quadros de distribuição devem ter seus disjuntores testados regularmente para garantir que funcionam conforme especificado. Testes de resistência de aterramento devem ser realizados semestralmente para garantir que o sistema de proteção contra descargas elétricas está funcionando corretamente.

Os painéis solares de emergência, se presentes, devem ser inspecionados trimestralmente. Os sistemas de proteção contra surtos devem ser testados anualmente para garantir que os dispositivos estão funcionando e que estão adequadamente dimensionados para os equipamentos que protegem. Toda a fiação deve ser inspecionada visualmente para identificar sinais de envelhecimento, deterioração da isolação ou danos mecânicos. Conexões críticas devem ter sua temperatura monitorada através de termografia infravermelha para identificar aquecimentos anormais que possam indicar conexões soltas ou sobrecarregadas.

5.2 Sistema de Gases Medicinais

O sistema de gases medicinais é absolutamente crítico para o funcionamento de diversas áreas da unidade, incluindo salas de procedimento, leitos de observação e áreas de emergência. O sistema deve ser inspecionado mensalmente para verificar a integridade das tubulações, a funcionalidade dos reguladores de pressão e a adequação dos alarmes de baixa pressão. As conexões entre cilindros ou tanques de armazenamento e o sistema de distribuição devem ser testadas regularmente para detectar vazamentos.

Os reguladores de pressão devem ser testados quanto à precisão de forma regular, garantindo que a pressão de saída está dentro das especificações apropriadas para cada gás. Os filtros no sistema devem ser trocados conforme especificado pelos fabricantes para evitar contaminação dos gases. Os cilindros de armazenamento devem ser testados periodicamente conforme regulamentações da ABNT para garantir sua integridade estrutural. As conexões de saída em todas as salas devem ser testadas para garantir que fornecem o gás correto na pressão apropriada.

5.3 Sistema de Climatização (HVAC)

Os sistemas de climatização demandam manutenção regular para garantir conforto térmico, qualidade do ar e funcionamento eficiente. Os filtros de ar devem ser inspecionados mensalmente e trocados conforme necessário para manter a qualidade do ar e o desempenho do sistema. Os serpentins de refrigeração devem ser limpos regularmente para remover acúmulo de poeira e detritos que reduzem a eficiência. Os ventiladores devem ser inspecionados quanto a vibrações anormais ou ruídos estranhos que possam indicar desgaste de rolamentos ou desalinhamento.

As tubulações de refrigerante devem ser inspecionadas periodicamente para detectar vazamentos que reduzem a capacidade de refrigeração. Os termostatos devem ser testados regularmente para garantir precisão na medição de temperatura e na ativação dos sistemas de aquecimento ou resfriamento. Os sistemas de drenagem de condensação devem ser mantidos limpos para evitar obstruções que podem causar vazamentos de água. Os motores elétricos dos ventiladores devem ser inspecionados quanto a aquecimento anormal, ruídos estranhos ou falhas no funcionamento.

5.4 Sistema Hidrossanitário

O sistema hidrossanitário compreende múltiplos componentes que demandam manutenção regular. As tubulações devem ser inspecionadas visualmente para detectar vazamentos, corrosão ou deterioração. Os registros de água devem ser exercitados regularmente para garantir que abrem e fecham conforme necessário e que não estão corrodos. As bombas de água devem ser inspecionadas mensalmente quanto a ruídos anormais, vibrações ou vazamentos que possam indicar necessidade de manutenção.

O sistema de tratamento de água deve ser monitorado continuamente para garantir que parâmetros como pH, cloro residual e turbidez estão dentro dos limites apropriados conforme regulamentações sanitárias. Os reservatórios de armazenamento devem ser limpos e desinfetados conforme cronograma estabelecido pela vigilância sanitária, tipicamente a cada seis meses. As válvulas de descarga devem ser testadas regularmente para garantir funcionamento apropriado. Os sistemas de drenagem devem ser mantidos desobstruídos através de inspeção regular e limpeza preventiva.

5.5 Gerador Emergencial de Energia

O gerador emergencial é absolutamente crítico para garantir continuidade operacional durante falhas da rede pública. Deve ser testado mensalmente através de operação sob carga para garantir que está funcionando conforme especificado e que consegue fornecer a potência necessária para os equipamentos críticos. Os níveis de óleo do motor devem ser verificados regularmente e o óleo deve ser trocado conforme especificado pelo fabricante.

Os filtros de ar e combustível devem ser inspecionados regularmente e trocados conforme necessário. A voltagem e frequência de saída devem ser testadas regularmente para garantir que estão dentro das especificações apropriadas. Os cilindros de óleo devem ter sua quantidade

e qualidade verificadas regularmente. O sistema de refrigeração do motor deve ser mantido limpo e a temperatura monitorada durante operação. Os conectores elétricos devem ser inspecionados periodicamente para garantir que estão seguros e não apresentam corrosão.

6. Gestão de Equipamentos Médicos e Hospitalares

6.1 Categorização de Criticidade

Os equipamentos médicos devem ser categorizados conforme seu nível de criticidade para determinar a frequência apropriada de manutenção preventiva. A Categoria A compreende equipamentos absolutamente críticos para sobrevivência imediata de pacientes ou para diagnóstico que afeta decisões de tratamento emergencial. Nesta categoria incluem-se desfibriladores, ventiladores pulmonares, monitores cardíacos, bombas de infusão e sistemas de suporte de vida. Equipamentos nesta categoria devem ser inspecionados mensalmente ou conforme recomendado pelos fabricantes.

A Categoria B inclui equipamentos importantes para o funcionamento da unidade mas que não são absolutamente críticos para sobrevivência imediata. Nesta categoria encontram-se equipamentos de eletrocardiografia, concentradores de oxigênio, aspiradores de secreção e autoclave para esterilização. Equipamentos nesta categoria devem ser inspecionados trimestralmente. A Categoria C compreende equipamentos de suporte menos críticos como camas hospitalares, macas e cadeiras de rodas. Equipamentos nesta categoria devem ser inspecionados semestralmente.

6.2 Protocolo de Manutenção para Equipamentos Críticos

Para equipamentos categorizado como críticos, o protocolo de manutenção preventiva compreende várias etapas essenciais. Primeiramente, deve-se

manter atualizado um registro completo de cada equipamento incluindo número de série, fabricante, modelo, data de aquisição, data de última manutenção, histórico de reparos, datas de garantias e especificações técnicas. Este registro deve estar organizado de forma que seja facilmente acessível para técnicos.

Segundamente, deve-se seguir rigorosamente o cronograma de manutenção recomendado pelo fabricante. Se o fabricante recomenda inspeção mensal de um desfibrilador, esta inspeção deve ocorrer mensalmente, não com frequência reduzida. Terceirectamente, cada inspeção deve compreender verificação de funcionalidade, teste de alarmes, teste de bateria, limpeza de componentes críticos e calibração conforme necessário.

Quartamente, deve-se registrar de forma detalhada todas as atividades de manutenção realizadas, incluindo data, hora, técnico responsável, observações sobre a condição do equipamento, peças trocadas se houver, medições de desempenho, e data agendada para a próxima manutenção. Este registro deve ser mantido indefinidamente para permitir análise de tendências.

Quintamente, deve-se estabelecer um sistema de notificação que alerta os responsáveis quando uma manutenção está próxima ao vencimento, evitando atrasos. Sextamente, deve-se manter estoques de peças de reposição críticas disponíveis para que manutenções corretivas, se necessárias, possam ser realizadas rapidamente sem esperar por encomendas.

6.3 Calibração e Testes de Precisão

Equipamentos de diagnóstico e monitoramento, como eletrocardiógrafos, oxímetros e monitores de pressão arterial, devem ser periodicamente calibrados para garantir que suas leituras estão precisas. A calibração deve

ser realizada conforme especificado pelo fabricante, tipicamente anualmente para muitos equipamentos.

Durante a calibração, o equipamento é testado contra padrões conhecidos para verificar se suas leituras estão dentro da precisão especificada. Se o equipamento não está calibrado apropriadamente, pode fornecer leituras incorretas que levam a decisões clínicas inadequadas. Registros de calibração devem ser mantidos para cada equipamento, incluindo datas de calibração, resultados e ajustes realizados.

6.4 Manutenção de Equipamentos de Suporte

Equipamentos como camas hospitalares, macas e cadeiras de rodas também demandam manutenção preventiva regular mesmo que não sejam tão críticos quanto equipamentos de vida. As camas hospitalares devem ter seus mecanismos de elevação testados regularmente para garantir funcionamento suave e seguro. Os colchões devem ser inspecionados quanto a deterioração, vazamentos ou deformações excessivas.

As macas devem ter seus rodízios inspecionados para garantir que giram livremente e que os freios funcionam apropriadamente. As cadeiras de rodas devem ter seus pneus inspecionados quanto a desgaste ou desinflação. As estruturas devem ser inspecionadas quanto a corrosão ou danos que possam afetar a segurança do paciente.

7. Implementação de Sistemas de Controle e Monitoramento

7.1 Software de Gestão de Manutenção

A implementação de um software de gestão de manutenção (CMMS) é fundamental para a operacionalização eficiente do programa. O software deve permitir o cadastro de todos os equipamentos com suas especificações técnicas, históricos de manutenção e informações de

fabricantes. Deve permitir o agendamento automático de atividades de manutenção baseado em datas, ciclos de uso ou outras métricas.

O software deve gerar ordens de serviço que são direcionadas aos técnicos responsáveis, especificando exatamente quais atividades devem ser realizadas, quais peças podem ser necessárias e quais precauções de segurança devem ser observadas. O software deve permitir que técnicos registrem as atividades realizadas, as observações sobre a condição do equipamento, as peças utilizadas e o tempo gasto.

O software deve gerar relatórios que permitem análise de tendências, identificação de equipamentos que apresentam falhas frequentes, e previsão de necessidades futuras de manutenção. O software deve enviar notificações quando manutenções estão próximas ao vencimento para evitar atrasos. O software deve permitir controle de estoque de peças de reposição para garantir que peças críticas estão sempre disponíveis.

7.2 Indicadores-Chave de Desempenho (KPIs)

O programa deve incorporar indicadores-chave de desempenho que permitem monitorar a efetividade do programa e identificar áreas que necessitam de melhoria. O primeiro KPI importante é o tempo médio entre falhas (MTBF), que mede o tempo médio entre ocorrência de falhas em um determinado equipamento. Um MTBF crescente indica que o programa de manutenção preventiva está sendo efetivo em reduzir falhas.

O segundo KPI é o tempo médio para reparo (MTTR), que mede quanto tempo em média é necessário para reparar um equipamento que falhou. Um MTTR reduzido indica que a equipe está respondendo rapidamente aos problemas e que o programa está prevenindo falhas complexas que demandariam reparos prolongados.

O terceiro KPI é a taxa de disponibilidade dos equipamentos, que mede a percentagem de tempo em que os equipamentos estão operacionais e disponíveis para uso. Uma taxa alta de disponibilidade indica que o programa de manutenção preventiva está evitando paradas inesperadas.

O quarto KPI é o custo de manutenção corretiva como percentagem do custo total de manutenção. À medida que o programa de manutenção preventiva matura, a percentagem de custos de manutenção corretiva deve reduzir, indicando que menos equipamentos estão falhando de forma inesperada.

O quinto KPI é o custo de manutenção preventiva como percentagem do valor de reposição dos equipamentos. Este KPI ajuda a estabelecer se o investimento em manutenção preventiva está apropriadamente balanceado com o valor dos ativos sendo protegidos.

O sexto KPI é a percentagem de atividades de manutenção que foram completadas conforme cronograma planejado. Uma percentagem alta indica que o programa está sendo executado disciplinadamente conforme planejado.

7.3 Relatórios e Análise de Dados

O programa deve gerar relatórios periódicos que documentam as atividades de manutenção realizadas, os custos associados, os equipamentos que apresentaram problemas e as tendências observadas. Relatórios mensais devem detalhar todas as atividades de manutenção realiz adas durante o mês, custos incorridos, equipamentos que falharam e horas de trabalho investidas.

Relatórios trimestrais devem comparar os KPIs observados durante o trimestre com os objetivos estabelecidos, identificando se o programa está progredindo conforme esperado. Relatórios anuais devem fornecer uma

análise abrangente do desempenho do programa durante todo o ano, incluindo análise de tendências, identificação de equipamentos que necessitam de reparos ou reposição, e recomendações para melhorias no programa.

A análise de dados deve identificar equipamentos que apresentam falhas frequentes e investigar as causas raiz destas falhas. Se um equipamento está falhando frequentemente apesar de manutenção preventiva regular, pode ser necessário aumentar a frequência de manutenção, treinar melhor os técnicos, ou considerar a reposição do equipamento.

8. Gestão de Recursos e Equipes

8.1 Estrutura de Pessoal

O programa de manutenção preventiva requer uma equipe adequadamente dimensionada e qualificada. A equipe deve incluir um coordenador de manutenção responsável pela supervisão geral do programa, planejamento de atividades e comunicação com a administração da unidade. O coordenador deve ter formação em engenharia ou área técnica relacionada e experiência prévia em gestão de manutenção.

A equipe deve incluir técnicos especializados em diferentes áreas. Um técnico deve ser especializado em sistemas elétricos e ter conhecimento de painéis de distribuição, sistemas de proteção e segurança elétrica.

Um técnico deve ser especializado em sistemas hidrossanitários e ter conhecimento de tubulações, bombas e sistemas de tratamento de água. Um técnico deve ser especializado em climatização e ventilação com conhecimento de compressores, evaporadores e sistemas de refrigeração. Um técnico deve ser especializado em equipamentos médicos críticos com conhecimento específico em desfibriladores, ventiladores e monitores cardíacos.

Um técnico deve ser especializado em equipamentos de laboratório e diagnóstico com conhecimento de centrifugas, analisadores e equipamentos de raio-x. Um técnico deve ser generalista que pode assistir com atividades variadas e cobrir períodos quando especialistas não estão disponíveis.

A equipe deve incluir um assistente de manutenção que realiza atividades de rotina como limpeza preventiva, coleta de dados e movimentação de equipamentos conforme orientado pelos técnicos.

8.2 Treinamento e Capacitação Contínua

Todos os membros da equipe de manutenção devem receber treinamento inicial abrangente sobre o programa de manutenção preventiva, incluindo os protocolos específicos para cada equipamento ou sistema que serão mantidos. O treinamento inicial deve cobrir procedimentos de segurança, utilização apropriada de ferramentas e equipamentos de proteção individual.

Treinamento contínuo deve ser fornecido regularmente, particularmente quando novos equipamentos são adquiridos ou quando mudam os protocolos de manutenção. Os fabricantes de equipamentos frequentemente oferecem programas de treinamento que devem ser utilizados para garantir que os técnicos entendem completamente o funcionamento e manutenção apropriada de equipamentos críticos.

Treinamento em novas tecnologias, como software de gestão de manutenção ou novas ferramentas de diagnóstico, deve ser fornecido conforme estas são implementadas no programa. Documentação clara e facilmente acessível deve estar disponível para referência dos técnicos durante a execução de atividades de manutenção.

8.3 Segurança do Pessoal de Manutenção

O programa deve estabelecer protocolos claros de segurança para proteger os técnicos de manutenção durante a execução de suas atividades. Quando trabalham com sistemas elétricos de alta tensão, técnicos devem utilizar equipamento apropriado de proteção pessoal incluindo luvas isolantes, óculos de proteção e roupas de proteção contra arco elétrico.

Quando trabalham com refrigerantes em sistemas de climatização, técnicos devem seguir rigorosamente os protocolos de segurança pois alguns refrigerantes podem ser tóxicos ou perigosos ao ambiente. Quando trabalham em alturas, técnicos devem utilizar equipamento apropriado de prevenção de quedas. Quando trabalham com equipamentos pressourizados, técnicos devem estar treinados sobre como despressurizar equipamentos de forma segura antes de trabalhar neles.

Todos os incidentes de segurança devem ser reportados imediatamente e investigados para identificar as causas raiz e implementar medidas preventivas para evitar recorrência.

11. Integração com Sistemas de Qualidade e Segurança

11.1 Conformidade com Normas Regulatórias

O programa de manutenção preventiva deve estar completamente integrado com os requisitos regulatórios estabelecidos pela ANVISA, vigilância sanitária e outros órgãos de fiscalização. A ANVISA estabelece requisitos específicos para funcionamento seguro de estabelecimentos assistenciais de saúde, incluindo manutenção apropriada de infraestrutura e equipamentos.

O programa deve incluir atividades de manutenção que garantem conformidade com normas técnicas da ABNT, como a NBR 12216 para sistemas de tratamento de água ou normas específicas para sistemas

elétricos e de gases medicinais. A vigilância sanitária pode inspecionar a unidade em qualquer momento e verificar se o programa de manutenção preventiva está sendo executado conforme necessário.

11.2 Segurança do Paciente

Um aspecto crítico do programa de manutenção preventiva é a proteção da segurança do paciente. Falhas de equipamentos médicos críticos podem resultar em danos graves ou óbito de pacientes. A manutenção preventiva regular reduz significativamente o risco de tais eventos.

Além disso, o programa deve incluir procedimentos que garantem que equipamentos continuam funcionando conforme especificado pelos fabricantes, que medicamentos críticos estão sendo armazenados em condições apropriadas, e que sistemas de proteção contra incêndio estão funcionando corretamente.

11.3 Documentação e Rastreabilidade

O programa deve manter documentação abrangente sobre todas as atividades de manutenção realizadas. Esta documentação serve múltiplos propósitos: permite que auditorias externas verifiquem conformidade com requisitos regulatórios, permite análise de tendências para identificar equipamentos problemáticos, fornece comprovação de que manutenção apropriada foi realizada em caso de reclamações de pacientes ou incidentes.

12. Perspectivas Futuras e Melhorias Contínuas

12.1 Manutenção Preditiva

No futuro, o programa pode ser expandido para incorporar elementos de manutenção preditiva, que utiliza sensores e análise de dados para

determinar precisamente quando manutenção é necessária. Sensores podem monitorar temperaturas, vibrações, pressões e outras variáveis-chave. Análise de dados pode identificar padrões que indicam que um equipamento está se aproximando de uma falha.

A manutenção preditiva pode reduzir ainda mais o tempo de inatividade porque manutenção é realizada exatamente no momento em que é necessária, não conforme um cronograma fixo. Isto é particularmente valioso para equipamentos caros ou críticos.

A implementação de um programa abrangente de manutenção preventiva no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga é absolutamente essencial para garantir continuidade operacional, proteger a segurança de pacientes e profissionais, maximizar a vida útil dos investimentos em infraestrutura e equipamentos, e otimizar a eficiência geral da unidade. O programa proposto estabelece uma estrutura clara para planejar, executar e monitorar atividades de manutenção preventiva em todas as áreas críticas.

A implementação disciplinada deste programa requer comprometimento institucional, alocação apropriada de recursos, capacitação continuada da equipe e monitoramento consistente do desempenho. Os benefícios, porém, são significativos e bem documentados. Unidades de saúde que implementam programas de manutenção preventiva robustos experimentam redução significativa de custos operacionais, melhoria na qualidade do atendimento, redução de incidentes relacionados a falhas de equipamentos, e maior satisfação de pacientes e profissionais.

O programa proposto é viável de ser implementado dentro de um período de 12 meses e será entregue com métricas claras de desempenho que permitem monitoramento continuado de efetividade e identificação de áreas para melhoria contínua. Recomenda-se que a implementação seja

iniciada imediatamente para que a unidade possa começar a colher os benefícios do programa o quanto antes.

c) Manutenção Corretiva

A presente proposta estabelece um programa abrangente de manutenção corretiva para infraestrutura predial e equipamentos do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga.

A manutenção corretiva, também conhecida como manutenção reativa ou de falha, é realizada após a identificação de problemas e constitui um componente essencial de qualquer estratégia de gestão de manutenção, complementando iniciativas de prevenção.

O programa proposto foi desenvolvido em conformidade com o Edital de Chamamento Público 002/2025 e incorpora protocolos estruturados para resposta rápida a falhas, minimização de tempo de inatividade, garantia de segurança de pacientes e profissionais, e otimização de custos associados a reparos emergenciais.

1. Introdução e Contextualização

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, funcionando continuamente vinte e quatro horas por dia durante sete dias da semana, constitui uma unidade de saúde crítica que demanda atenção constante à sua infraestrutura e equipamentos.

Com aproximadamente 1.900 metros quadrados de área construída, a unidade abriga múltiplos ambientes especializados incluindo salas de emergência, áreas de observação, consultórios médicos, laboratório, serviço de radiologia, farmácia, áreas administrativas e demais dependências necessárias ao funcionamento de um pronto atendimento moderno.

Apesar dos melhores esforços em implementar programas de manutenção preventiva, situações onde equipamentos falham ou infraestrutura apresenta problemas inesperados são inevitáveis em qualquer operação, particularmente em ambientes de saúde que funcionam ininterruptamente.

A manutenção corretiva refere-se exatamente ao conjunto de ações executadas para restaurar a funcionalidade de um sistema, equipamento ou estrutura após a ocorrência de uma falha ou identificação de um problema que impede o funcionamento apropriado.

Diferentemente da manutenção preventiva, que é planejada e programada conforme cronogramas estabelecidos, a manutenção corretiva é realizada sob demanda, frequentemente com caráter de urgência. Quando um desfibrilador falha durante um procedimento, quando um sistema de ar condicionado pára em uma sala de procedimento, quando um vazamento ocorre em uma tubulação ou quando um gerador emergencial não funciona durante uma falha de energia pública, ações corretivas devem ser acionadas imediatamente para restaurar as operações normais.

O presente programa proposto estabelece protocolos, procedimentos, estruturas organizacionais e recursos necessários para responder efetivamente a situações onde manutenção corretiva é necessária. O programa reconhece que embora manutenção preventiva seja ideal, situações imprevistas ocorrerão, e quando ocorrem, a capacidade da organização de responder rapidamente, eficientemente e com competência técnica determina o impacto sobre a continuidade do atendimento a pacientes e a segurança geral da unidade.

2. Conceituação e Importância da Manutenção Corretiva

2.1 Definição e Características

A manutenção corretiva é definida como o conjunto de ações técnicas realizadas para corrigir falhas identificadas em equipamentos, sistemas ou estruturas, restabelecendo sua capacidade funcional. Diferencia-se de outras abordagens de manutenção por ser reativa e não planejada, sendo acionada após a ocorrência de um problema ou falha.

Existem duas categorias principais de manutenção corretiva: a manutenção corretiva emergencial e a manutenção corretiva não emergencial. A manutenção corretiva emergencial é aquela que deve ser executada imediatamente para evitar danos maiores, riscos à segurança ou impactos críticos nas operações. Quando um equipamento crítico como um ventilador pulmonar falha, a manutenção corretiva é emergencial e deve ser acionada imediatamente.

A manutenção corretiva não emergencial refere-se a problemas identificados que devem ser corrigidos, mas que não apresentam risco imediato ou impacto crítico nas operações. Um interruptor de luz que não funciona apropriadamente ou uma tomada danificada podem ser corrigidas através de manutenção corretiva não emergencial, sendo agendadas para um momento conveniente quando a interrupção do serviço for mínima.

2.2 Papel da Manutenção Corretiva na Gestão Integrada de Manutenção

Embora programas de manutenção preventiva e preditiva sejam ideais, toda organização experimentará situações onde manutenção corretiva se torna necessária. Estudos demonstram que em operações típicas, aproximadamente 25 a 50 por cento das atividades de manutenção são reativas (corretivas) enquanto 50 a 75 por cento são planejadas (preventiva ou preditiva). Em ambientes de saúde com programas de manutenção bem estabelecidos, a proporção ideal é aproximadamente 20 por cento corretiva e 80 por cento preventiva.

A manutenção corretiva serve diversos propósitos importantes. Primeiramente, permite resposta a situações imprevistas que, mesmo com programas preventivos robustos, ocasionalmente ocorrem. Segundamente, fornece dados valiosos sobre o desempenho de equipamentos e sistemas que podem ser utilizados para melhorar programas de manutenção preventiva. Terceiramente, permite que organizações com recursos limitados direcionar investimentos em manutenção para as áreas que apresentam maior necessidade.

A manutenção corretiva bem gerenciada não deve ser vista como fracasso de programas preventivos, mas sim como componente necessário de uma estratégia abrangente de gestão de manutenção. O objetivo é minimizar a necessidade de manutenção corretiva através de programas preventivos efetivos, mas estar preparado para executá-la de forma eficiente quando necessário.

2.3 Impactos da Manutenção Corretiva em Ambientes Hospitalares

Em ambientes hospitalares, a necessidade de manutenção corretiva pode ter impactos significativos. Quando um equipamento falha, o impacto não é apenas financeiro mas também pode afetar diretamente a qualidade do atendimento a pacientes. Um equipamento crítico que falha pode resultar em atraso no diagnóstico, na administração de tratamento inadequado ou, em piores cenários, em consequências adversas para o paciente.

Além disso, a manutenção corretiva, quando não gerenciada apropriadamente, pode ser significativamente mais cara que manutenção preventiva. Um equipamento que falha completamente frequentemente requer reparos mais extensos, substituição de mais componentes, e pode resultar em tempo de inatividade prolongado enquanto peças são obtidas e reparos são executados. Em contraste, manutenção preventiva realiza ajustes menores de forma planejada que evitam falhas completas.

Por estas razões, embora este programa focalize manutenção corretiva, sua implementação efetiva depende de estar bem integrado com programas de manutenção preventiva. O objetivo é reduzir ao máximo a necessidade de manutenção corretiva através de programas preventivos robustos, enquanto mantém capacidade de responder rapidamente e eficientemente quando manutenção corretiva se torna necessária.

3. Estrutura e Organização do Programa de Manutenção Corretiva

3.1 Componentes Principais do Programa

O programa de manutenção corretiva proposto para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga compreende cinco componentes principais que trabalham de forma integrada para garantir resposta efetiva a situações de falha.

O primeiro componente é o sistema de notificação e acionamento que permite que qualquer membro da equipe reporte problemas identificados de forma rápida e que técnicos de manutenção sejam acionados imediatamente para investigar e implementar correções necessárias. O segundo componente é o diagnóstico técnico que envolve identificação precisa do problema, avaliação da criticidade e determinação da melhor abordagem para corrigi-lo.

O terceiro componente é a execução da manutenção corretiva, que envolve implementação dos reparos necessários utilizando peças apropriadas, ferramentas corretas e técnicas apropriadas. O quarto componente é o teste e validação de que o equipamento ou sistema foi restaurado a funcionamento apropriado após o reparo. O quinto componente é a documentação completa de todas as atividades realizadas para fins de registro, análise e melhoria contínua.

3.2 Categorização de Tipos de Falhas

O programa reconhece que diferentes tipos de falhas demandam diferentes abordagens. As falhas são categorizadas conforme sua criticidade e urgência de resposta.

Falhas críticas de Classe A incluem equipamentos ou sistemas absolutamente essenciais para sobrevivência de pacientes ou funcionamento básico da unidade. Exemplos incluem desfibriladores, ventiladores pulmonares, sistemas de gerador emergencial de energia, sistema de gases medicinais, sistemas de combate a incêndio e sistemas de água/esgoto. Falhas nesta classe demanda resposta imediata dentro de minutos, não horas.

Falhas importantes de Classe B incluem equipamentos que afetam significativamente a capacidade da unidade de funcionar apropriadamente mas que não apresentam risco imediato à vida. Exemplos incluem sistema de climatização, equipamentos de laboratório, equipamentos de radiologia e equipamentos administrativos críticos. Falhas nesta classe demandam resposta dentro de horas.

Falhas de Classe C incluem problemas que afetam a operação normal mas podem ser contornados temporariamente. Exemplos incluem luzes que não funcionam, tomadas danificadas em áreas não críticas, portas com problemas de fechamento e semelhantes. Falhas nesta classe podem ser agendadas para reparo dentro de dias.

3.3 Estrutura de Pessoal para Manutenção Corretiva

O programa de manutenção corretiva requer uma estrutura de pessoal diferente daquela necessária para manutenção preventiva. Enquanto manutenção preventiva pode ser agendada e estruturada de forma a otimizar a utilização de pessoal, manutenção corretiva deve estar disponível a qualquer momento para responder a emergências.

O programa propõe que um técnico de manutenção de plantão esteja sempre presente na unidade durante todo o horário de funcionamento. Este técnico de plantão tem responsabilidade de responder imediatamente a qualquer chamado relacionado a falhas de equipamentos ou infraestrutura, realizar diagnóstico inicial, e determinar se o problema pode ser resolvido imediatamente ou se requer acionamento de especialistas adicionais.

Para casos onde a expertise específica não está disponível internamente, o programa propõe manutenção de contatos com fornecedores e prestadores de serviço que possam ser acionados rapidamente para situações críticas. Contratos de manutenção com fabricantes de equipamentos críticos devem incluir cláusulas de tempo de resposta garantido para chamados emergenciais.

4. Gestão de Infraestrutura Predial - Manutenção Corretiva

4.1 Sistema Elétrico - Protocolo Corretivo

O sistema elétrico é absolutamente crítico para funcionamento da unidade. Quando falhas ocorrem, a resposta deve ser rápida e eficiente para evitar interrupções totais de energia ou situações perigosas.

Quando uma falha elétrica é reportada, o primeiro passo é isolamento da área afetada para evitar riscos de choque elétrico. Se a falha afeta uma área pequena como um circuito específico ou tomadas em uma sala, o disjuntor correspondente deve ser desligado. Se a falha é mais generalizada, potencialmente afetando múltiplos circuitos, o gerador emergencial deve ser acionado imediatamente para garantir que áreas críticas mantêm energia.

O técnico de manutenção acionado deve investigar a causa da falha. Se o problema é um disjuntor que disparou, o técnico deve determinar se o

problema foi apenas um surto momentâneo ou se existe um problema subjacente como um circuito sobrecarregado ou um equipamento com problemas. Se o problema é fiação danificada, conectores soltos ou queimados, ou outros problemas similares, estes devem ser reparados ou substituídos conforme necessário.

Em muitos casos de falhas elétricas, o técnico de manutenção pode restaurar funcionamento temporário enquanto espera por um eletricista especializado. Por exemplo, se um circuito está sobrecarregado causando disparo repetido do disjuntor, o técnico pode redistribuir a carga para outros circuitos como medida temporária, permitindo funcionamento contínuo enquanto se planeja uma solução permanente.

4.2 Sistema de Climatização - Protocolo Corretivo

Quando o sistema de climatização falha, o conforto térmico da unidade é afetado, o que pode impactar o bem-estar de pacientes e profissionais, particularmente em áreas críticas como salas de emergência ou áreas onde certos procedimentos demandam temperatura e umidade controladas.

Quando uma falha de climatização é reportada, o primeiro passo é determinar qual unidade de climatização falhou e qual(is) área(s) está(ão) afetada(s). Se a falha afeta uma área não crítica como um corredor, a situação pode ser monitorada e agendada para reparo em momento oportuno. Se a falha afeta uma área crítica, ação imediata deve ser tomada.

O técnico de manutenção deve investigar a causa da falha. Causas comuns incluem ventiladores que não funcionam, compressores que falharam, tubulações de refrigerante danificadas causando vazamento, ou filtros tão entupidos que o sistema está sobrecarregado. Dependendo da

natureza da falha e da criticidade da área, o técnico pode tentar reparos simples ou aguardar por especialista em climatização.

Para falhas que não podem ser corrigidas rapidamente, medidas temporárias devem ser implementadas. Ventiladores portáteis podem ser movidos para áreas críticas para manter circulação de ar. Se necessário, procedimentos em áreas afetadas podem ser remanejados temporariamente para áreas com climatização funcionando.

4.3 Sistema Hidrossanitário - Protocolo Corretivo

Problemas com o sistema hidrossanitário, particularmente vazamentos, devem ser abordados rapidamente para evitar danos estruturais e contaminação.

Quando um vazamento é reportado, o primeiro passo é localizar a origem do vazamento se não for óbvia. Se o vazamento está vindo de uma tubulação visível, sua localização pode ser determinada diretamente. Se o vazamento está dentro das paredes ou sob o piso, investigação mais cuidadosa é necessária, potencialmente incluindo utilização de equipamento para detectar vazamentos.

Uma vez localizada a origem, a água deve ser interrompida através de fechamento de válvulas apropriadas. Se o vazamento está em uma tubulação específica, a válvula de isolamento para aquela tubulação deve ser fechada. Se a localização precisa não pode ser determinada, a válvula principal de água pode precisar ser fechada para interromper água em toda a unidade, o que deve ser evitado se possível.

Uma vez que a água foi interrompida, o técnico de manutenção deve determinar se o problema pode ser reparado por soldagem de tubulação, substituição de uma seção de tubulação, ou substituição de um

componente como uma válvula. Dependendo da complexidade, um encanador especializado pode precisar ser chamado.

Após o reparo ser completado, o sistema deve ser testado para garantir que não há vazamentos adicionais e que água flui apropriadamente para todas as áreas da unidade.

4.4 Gerador Emergencial - Protocolo Corretivo

Quando o gerador emergencial falha, a capacidade da unidade de manter operações críticas durante falhas de energia pública é comprometida. Isto é uma situação crítica que demanda resposta imediata.

Quando o gerador não ativa durante uma falha de energia pública, o primeiro passo é determinar por que falhou. Possíveis causas incluem combustível insuficiente, bateria de acionamento descarregada, alternador ou motor com problemas, ou falhas no sistema de controle automático.

O técnico de manutenção deve verificar o nível de combustível imediatamente. Se o combustível está baixo, este deve ser adicionado. A bateria de acionamento deve ser verificada para garantir que está carregada. Os níveis de óleo e refrigerante devem ser verificados para garantir que estão apropriados.

Se o gerador ainda não ativa após verificar estes itens básicos, o técnico pode tentar acionamento manual. Se isto funciona, o problema está no sistema de acionamento automático. Se o acionamento manual também falha, existe um problema mais sério com o motor ou alternador que requer acionamento de especialista.

Durante o tempo em que o gerador está inoperacional, a unidade deve funcionar apenas com energia de bateria e sistemas de suporte de emergência. Procedimentos não essenciais devem ser cancelados ou

remanejados. Contato deve ser estabelecido imediatamente com o fornecedor de serviços do gerador para enviar técnico especializado.

5. Gestão de Equipamentos Médicos - Manutenção Corretiva

5.1 Equipamentos Críticos de Vida

Equipamentos críticos incluindo desfibriladores, ventiladores pulmonares, monitores cardíacos e bombas de infusão demandam protocolos especiais quando falham durante situações onde estão sendo utilizados para cuidado de pacientes.

Se um desfibrilador falha durante um procedimento de ressuscitação cardiopulmonar, o procedimento deve continuar utilizando técnicas manuais enquanto um desfibrilador alternativo é localizado e trazido para o local. Imediatamente após a situação de emergência ser resolvida, a equipe médica deve ser notificada que o desfibrilador apresentou problema e o equipamento deve ser removido de serviço até que investigação completa e reparos tenham sido realizados.

Se um ventilador pulmonar apresenta problemas, o paciente deve ser sustentado manualmente enquanto o equipamento é investigado. Dependendo da natureza do problema, o técnico pode ser capaz de restaurar funcionamento rapidamente, ou o ventilador pode precisar ser substituído por outro equipamento disponível.

Para todos os equipamentos críticos, devem ser mantidas unidades de backup disponíveis. Quando um equipamento primário falha, a unidade de backup pode ser acionada imediatamente enquanto investigação e reparos são realizados no equipamento danificado.

5.2 Equipamentos de Diagnóstico

Equipamentos de diagnóstico como eletrocardiógrafos, oxímetros e equipamentos de laboratório podem ter falhas de diferentes tipos. Quando um eletrocardiografo não funciona ou está gerando leituras imprecisas, o médico deve ser notificado imediatamente para que não tome decisões clínicas baseadas em informações imprecisas.

Se a unidade completamente falha e não pode ser restaurada rapidamente, procedimentos que dependem daquele equipamento devem ser remanejados para outro local que tenha equipamento funcionando ou cancelados se isto for clinicamente apropriado.

Para equipamentos de laboratório, se uma análise não pode ser realizada devido a falha de equipamento, o técnico de laboratório responsável deve determinar se a análise pode ser enviada para laboratório externo ou se pode ser adiada até que o equipamento seja restaurado.

5.3 Equipamentos de Suporte

Equipamentos como camas hospitalares, cadeiras de rodas e macas quando falham geralmente não afetam criticamente o cuidado de pacientes mas afetam conforto e segurança. Quando um equipamento de suporte falha, ele deve ser removido de serviço, reparado ou substituído.

Se uma cama hospitalar deixa de elevar ou abaixar apropriadamente, representando risco de segurança para o paciente, ela deve ser removida de serviço imediatamente. Se múltiplas camas falham simultaneamente, a unidade pode ter capacidade reduzida de observação de pacientes até que os equipamentos sejam reparados.

6. Sistema de Acionamento e Resposta

6.1 Canal de Notificação de Problemas

Um sistema efetivo de manutenção corretiva requer que problemas sejam reportados rapidamente para que técnicos de manutenção possam ser acionados. O programa propõe múltiplos canais para notificação dependendo da criticidade da situação.

Para emergências críticas que afetam funcionamento imediato da unidade ou representam risco à segurança de pacientes ou profissionais, contato telefônico direto com o técnico de plantão é apropriado. Para problemas menos urgentes, notificação através de sistema de chamados informatizado que rastreia pedidos de manutenção é apropriado.

O programa propõe que seja mantido número de telefone direto do técnico de plantão publicado em todos os locais críticos da unidade para que qualquer membro da equipe saiba como acioná-lo rapidamente em emergências. Para notificações não emergenciais, um formulário informatizado permite que qualquer funcionário reporte problemas sem necessidade de contato direto.

6.2 Avaliação de Criticidade

Quando um problema é reportado, o técnico de manutenção acionado deve avaliar sua criticidade para determinar a urgência da resposta. Um problema reportado como "ar condicionado não está funcionando em uma sala de espera" é menos crítico que "sistema de gases medicinais não está funcionando na sala de emergência".

O programa propõe critérios claros para classificação de criticidade que orientam o técnico sobre a urgência apropriada de resposta. Problemas de Classe A que afetam segurança ou funcionamento crítico demandam resposta imediata. Problemas de Classe B que afetam operações normais demandam resposta dentro de poucas horas. Problemas de Classe C que afetam conforto ou funcionamento menor demandam resposta dentro de dias.

6.3 Documentação Inicial do Problema

Quando um técnico é acionado para responder a um problema, uma documentação inicial deve ser criada que registra a natureza do problema, a hora em que foi reportado, qual área foi afetada, e qual técnico foi acionado. Esta documentação é essencial para análise posterior de tendências e para garantir que todos os problemas reportados estão sendo endereçados.

7. Diagnóstico Técnico e Análise de Problemas

7.1 Processo de Investigação

Quando um técnico chega para investigar um problema reportado, o primeiro passo é confirmar a natureza do problema através de observação direta. Frequentemente, o problema relatado pela pessoa que o reportou pode ser descrito de forma que não captura totalmente sua natureza técnica.

Por exemplo, se alguém reporta que "o ar condicionado não está funcionando", isto poderia significar que o sistema completamente não está funcionando, que está funcionando mas não está resfriando adequadamente, que está fazendo ruído anormal, ou que está vazando água. O técnico deve investigar para determinar exatamente qual é o problema.

O técnico deve também reunir informações sobre quando o problema começou, se havia qualquer evento que coincidiu com o início do problema, se o problema está presente continuamente ou intermitente, e se outras áreas adjacentes estão também afetadas. Esta informação ajuda a orientar o diagnóstico.

7.2 Ferramentas de Diagnóstico

Diferentes tipos de problemas demandam diferentes ferramentas de diagnóstico. Para problemas elétricos, um multímetro permite medir voltagem, resistência e continuidade. Para problemas de climatização, um termômetro permite medir temperatura e um manômetro permite medir pressão do refrigerante.

O técnico deve ter acesso a ferramentas apropriadas e deve ser treinado em sua utilização para diagnóstico efetivo de problemas. Além de ferramentas, conhecimento técnico é essencial. Um técnico que entende como funciona um sistema elétrico pode usar um multímetro para rapidamente identificar exatamente onde existe um problema.

7.3 Determinação de Causa Raiz

Frequentemente, o problema imediato que o técnico observa é consequência de um problema subjacente mais profundo. Por exemplo, se um disjuntor está disparando repetidamente, a causa imediata é uma sobrecarga no circuito, mas a causa raiz poderia ser um equipamento plugado no circuito que tem um problema elétrico interno causando corrente excessiva.

Uma investigação apropriada deve ir além de simplesmente restaurar funcionamento temporário e deve tentar identificar a causa raiz do problema. Desta forma, se o mesmo problema ocorre novamente, ele pode ser corrigido permanentemente em vez de apenas respondido repetidamente.

8. Execução de Reparos

8.1 Procedimentos de Segurança

Antes de iniciar qualquer reparo, precauções de segurança apropriadas devem ser tomadas. Para trabalhos envolvendo energia elétrica, o circuito ou equipamento deve ser desenergizado e, quando possível, bloqueado em posição desenergizada para evitar que alguém acidentalmente o energize enquanto trabalho está em progresso.

Para trabalhos envolvendo pressão ou gases, sistemas devem ser despressurizado antes de trabalho ser iniciado. Para trabalhos envolvendo água, válvulas devem ser fechadas antes de abrir tubulações para reparos. O técnico deve usar equipamento apropriado de proteção pessoal para o tipo de trabalho sendo realizado. Para trabalhos elétricos, isto pode incluir luvas isolantes e óculos de proteção. Para trabalhos em alturas, equipamento de prevenção de quedas deve ser usado.

8.2 Seleção de Peças de Reposição

Uma vez que a causa do problema foi diagnosticada, a peça ou componente que necessita ser trocado deve ser identificado. Para equipamentos de vários fabricantes, utilizar peças originais é preferível pois estas foram testadas para funcionamento apropriado com aquele equipamento específico. Peças genéricas ou alternativas podem funcionar mas podem não oferecer o mesmo nível de confiabilidade ou desempenho. O programa propõe manutenção de estoque de peças de reposição críticas para equipamentos mais importantes. Para problemas que requerem peças que não estão em estoque, estas devem ser obtidas rapidamente do fabricante ou distribuidor.

8.3 Execução Cuidadosa de Reparos

Uma vez que o técnico tem a peça de reposição apropriada e as precauções de segurança foram tomadas, o reparo pode ser executado. Para reparos em equipamentos médicos, é essencial seguir rigorosamente as instruções do fabricante. Procedimentos incorretos podem não apenas

deixar o equipamento não funcional mas podem comprometer a segurança do equipamento ou dos pacientes que o utilizam.

Para reparos em infraestrutura, similarmente, técnicas apropriadas devem ser utilizadas. Uma soldagem inadequada em uma tubulação de água pode resultar em vazamento futuro. Fiação incorreta em um circuito elétrico pode resultar em perigo de incêndio ou choque elétrico.

9. Testes e Validação Pós-Reparo

9.1 Testes Funcionais

Após um reparo ser completado, testes devem ser realizados para verificar que o equipamento ou sistema foi restaurado a funcionamento apropriado. Para um equipamento elétrico, isto pode envolver verificar que voltagem apropriada está sendo fornecida. Para um equipamento de climatização, isto pode envolver verificar que a temperatura desejada está sendo mantida.

Para equipamentos médicos críticos, testes devem ser particularmente rigorosos pois funcionamento inadequado pode ter sérias consequências. Um desfibrilador restaurado após reparo deve ser testado para garantir que está gerando o nível de energia apropriado. Um ventilador pulmonar deve ser testado para garantir que está fornecendo os padrões de ventilação apropriados.

9.2 Testes de Segurança

Além de testes funcionais, testes de segurança devem ser realizados. Para equipamentos elétricos, isto pode envolver verificação de aterramento apropriado para garantir proteção contra choque elétrico. Para equipamentos pressourizados, isto pode envolver verificação de que não há vazamentos.

Para qualquer equipamento médico, após reparos envolvendo substituição de peças ou ajustes internos, o equipamento deve passar por inspeção visual para garantir que nenhuma fiação solta, nenhuma conexão desfeita ou nenhuma outra anormalidade está presente que possa comprometer funcionamento ou segurança.

9.3 Retorno ao Serviço

Uma vez que testes funcionais e de segurança foram completados e o equipamento foi aprovado, pode ser retornado ao serviço. Se testes revelam que o equipamento ainda não está funcionando apropriadamente, investigação adicional é necessária antes que seja retornado ao serviço.

10. Documentação e Registro

10.1 Documentação de Reparos Realizados

Cada atividade de manutenção corretiva deve ser documentada de forma completa. A documentação deve incluir a data e hora em que o problema foi reportado, a data e hora em que o técnico respondeu, a natureza exata do problema conforme investigado, o diagnóstico do que causou o problema, as peças que foram trocadas se houver, o tempo total de trabalho executado, e os testes que foram realizados para validar que o problema foi corrigido.

Esta documentação serve múltiplos propósitos. Primeiramente, fornece comprovação de que ação apropriada foi tomada em resposta ao problema. Segundamente, fornece dados para análise de tendências para determinar se certos equipamentos ou sistemas estão apresentando problemas frequentes que podem justificar investimento em substituição ou reparo mais extenso. Terceiramente, fornece base para análise de custos de manutenção.

10.2 Relatórios de Manutenção Corretiva

Relatórios periódicos devem ser preparados que resumem todas as atividades de manutenção corretiva realizadas durante um período específico. Estes relatórios devem ser analisados para identificar tendências. Se certos equipamentos estão frequentemente necessitando manutenção corretiva, isto pode indicar que prevenção adicional é necessária ou que o equipamento está chegando ao fim de sua vida útil e reposição deve ser considerada.

Os relatórios também devem comparar custos de manutenção corretiva com custos de manutenção preventiva para fornecer análise de custo-benefício. Se custos de manutenção corretiva para um equipamento específico estão consistentemente excedendo o custo de reposição do equipamento, investimento em novo equipamento pode ser justificado.

10.3 Sistema Informatizado de Rastreamento

Um sistema informatizado para rastreamento de atividades de manutenção corretiva é essencial. O sistema deve permitir que qualquer membro da equipe reporte um problema, deve rastrear o status da resposta, deve permitir que técnicos registrem as atividades realizadas, e deve fornecer relatórios sobre atividades de manutenção.

O sistema deve enviar lembretes quando um problema foi reportado mas ainda não foi endereçado, para garantir que problemas não "caem através das rachaduras" e são esquecidos. O sistema deve fornecer capacidade de análise de dados para identificar tendências em falhas de equipamentos.

12. Treinamento de Pessoal

12.1 Treinamento Técnico Especializado

O técnico de plantão responsável por responder a chamados de manutenção corretiva deve receber treinamento abrangente cobrindo diferentes tipos de sistemas e equipamentos que podem estar presentes na unidade. Este treinamento deve incluir procedimentos de segurança, procedimentos de diagnóstico, procedimentos de reparo, e procedimentos de documentação.

Treinamento contínuo deve ser fornecido conforme novos equipamentos são adquiridos ou conforme novos procedimentos são implementados.

12.2 Treinamento em Reconhecimento de Problemas

Embora não se espera que cada membro da equipe seja um técnico de manutenção, todo pessoal deve receber treinamento sobre como reconhecer problemas com equipamentos ou infraestrutura e como reportá-los apropriadamente. Manutenção corretiva efetiva depende de problemas serem identificados e reportados rapidamente para que técnicos possam ser acionados.

12.3 Treinamento em Segurança

Todo pessoal que possa estar envolvido em atividades de manutenção deve receber treinamento em procedimentos de segurança apropriados. Isto inclui como trabalhar de forma segura com sistemas elétricos, como trabalhar de forma segura com sistemas pressourizados, e como utilizar equipamento apropriado de proteção pessoal.

13. Integração com Programas de Manutenção Preventiva

13.1 Complementaridade Entre Preventiva e Corretiva

Um programa de manutenção corretiva não funciona isoladamente mas deve estar bem integrado com programas de manutenção preventiva.

Dados coletados através de atividades de manutenção corretiva devem ser analisados para melhorar programas de manutenção preventiva.

Se um certo equipamento está frequentemente necessitando manutenção corretiva, isto pode indicar que a frequência de manutenção preventiva deve ser aumentada para este equipamento, ou que o equipamento precisa ser substituído por modelo mais confiável.

13.2 Feedback para Melhoria de Programas Preventivos

Um dos maiores benefícios de um programa bem documentado de manutenção corretiva é que fornece dados sobre como os programas preventivos estão funcionando. Se as atividades de manutenção corretiva são mínimas, isto sugere que o programa preventivo está efetivo. Se atividades de manutenção corretiva são frequentes, isto sugere que o programa preventivo precisa ser aprimorado.

14. Monitoramento e Indicadores de Desempenho

14.1 Indicadores-Chave de Desempenho

O programa de manutenção corretiva deve ser monitorado através de indicadores-chave de desempenho. O tempo médio para resposta a chamados de emergência é um indicador importante. Isto mede quanto tempo em média passa entre o momento em que um problema é reportado e o momento em que um técnico chega para investigar.

O tempo médio para restauração após acionamento é outro indicador importante. Isto mede quanto tempo em média é necessário para diagnosticar e reparar um problema uma vez que um técnico começou investigação.

A taxa de problemas recorrentes é outro indicador importante. Se o mesmo problema ocorre múltiplas vezes, isto sugere que o reparo anterior não foi adequado ou que a causa raiz não foi identificada.

14.2 Análise de Tendências

Dados coletados através do sistema informatizado de rastreamento devem ser analisados para identificar tendências. Quais equipamentos estão apresentando mais problemas? Quais tipos de problemas são mais comuns? Existe relação entre certos tipos de equipamentos ou sistemas e frequência de problemas?

Esta análise pode orientar decisões sobre aquisição de novos equipamentos, sobre treinamento de pessoal, ou sobre mudanças em procedimentos operacionais.

15. Considerações de Segurança

15.1 Segurança do Pessoal de Manutenção

O programa deve incluir protocolos robustos para garantir a segurança do pessoal de manutenção. Trabalho com sistemas elétricos apresenta riscos de choque elétrico. Trabalho com sistemas pressourizados apresenta riscos de ferimentos por liberação de pressão. Trabalho em alturas apresenta riscos de queda.

Todo técnico deve receber treinamento apropriado sobre segurança antes de executar trabalho que apresenta estes riscos. Equipamento apropriado de proteção pessoal deve estar disponível e deve ser utilizado.

15.2 Segurança de Pacientes

Atividades de manutenção corretiva devem ser coordenadas de forma a minimizar impacto sobre pacientes. Quando possível, reparos devem ser realizados em horários de baixa demanda ou em áreas que não estão sendo utilizadas para cuidado de pacientes.

Quando reparos devem ser realizados em áreas críticas onde pacientes estão presentes, procedimentos especiais devem estar em lugar para garantir que segurança de pacientes não é comprometida.

O programa de manutenção corretiva proposto para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga estabelece uma estrutura abrangente para resposta efetiva a falhas de equipamentos e infraestrutura. Embora manutenção preventiva é ideal, situações imprevistas ocorrem em qualquer operação, particularmente em ambientes de saúde que funcionam continuamente.

O programa reconhece que manutenção corretiva bem gerenciada pode ser realizada de forma eficiente, com resposta rápida, diagnóstico apropriado, execução competente de reparos e documentação completa para fins de análise e melhoria contínua. Quando complementada por programa robusto de manutenção preventiva, a implementação efetiva de manutenção corretiva garante que o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga pode fornecer cuidado de saúde de qualidade aos seus pacientes de forma consistente e confiável.

A implementação bem-sucedida deste programa requer comprometimento institucional, alocação apropriada de recursos, treinamento contínuo de pessoal, e monitoramento consistente de desempenho. Os benefícios, porém, incluem redução de tempo de inatividade de equipamentos, melhoria na segurança de pacientes, otimização de custos de manutenção, e funcionamento mais confiável e eficiente de toda a operação da unidade.

2.5. Proposta de Segurança Patrimonial e controlador de acesso:

a) Controle Patrimonial.

A presente proposta estabelece um programa abrangente de segurança patrimonial para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, conforme requisitos do Edital de Chamamento Público 002/2025.

O programa foi desenvolvido para proteger o patrimônio físico da unidade, garantir a segurança de pacientes, profissionais de saúde e visitantes, implementar controles efetivos de acesso, prevenir roubos e vandalismos, e criar ambiente seguro propício para execução de serviços de saúde de qualidade.

A proposta integra vigilância patrimonial armada e desarmada, sistemas eletrônicos de controle de acesso e monitoramento, procedimentos de resposta a incidentes de segurança e protocolos de comunicação entre equipes de segurança e administração da unidade.

1. Introdução e Diagnóstico da Situação Atual

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, localizado em município estratégico do Vale do Ribeira no Estado de São Paulo, constitui unidade crítica de prestação de serviços de saúde funcionando continuamente vinte e quatro horas por dia durante sete dias da semana.

A unidade, com aproximadamente 1.900 metros quadrados de área construída, compreende múltiplos ambientes de risco e vulnerabilidade, incluindo salas de emergência, áreas de observação de pacientes, consultórios, laboratório, serviço de radiologia, farmácia, almoxarifado de medicamentos, áreas administrativas, áreas de armazenagem de materiais e equipamentos, e áreas de acesso comum.

Além da infraestrutura predial, a unidade abriga patrimônio significativo em forma de equipamentos médicos e hospitalares de alto valor, medicamentos controlados, documentos confidenciais de pacientes, sistemas informatizados com dados sensíveis, e materiais descartáveis de custo elevado. Este patrimônio, associado ao fluxo contínuo de pacientes, visitantes, profissionais de saúde e prestadores de serviço que adentram a unidade diariamente, cria ambiente complexo do ponto de vista de segurança.

A necessidade de segurança patrimonial em unidades de saúde é reconhecida por legislação específica, incluindo a Lei 7.102 de 20 de junho de 1983, que regulamenta serviços de segurança privada, e pela Portaria 3.233 de 2012 da Polícia Federal, que estabelece normas para atividades de segurança privada. Além disso, a ANVISA estabelece requisitos para funcionamento seguro de estabelecimentos assistenciais de saúde, incluindo medidas de segurança patrimonial.

O diagnóstico da situação atual do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga revela que a unidade necessita de programa estruturado de segurança patrimonial que incorpore vigilância regular, controle de acessos, monitoramento eletrônico, procedimentos claros de resposta a incidentes e integração com força pública.

A ausência de sistema de segurança patrimonial adequado expõe a unidade a riscos incluindo roubos de medicamentos controlados, furtos de equipamentos, vandalismo, acesso não autorizado a áreas críticas, roubo de informações confidenciais de pacientes e situações de violência contra profissionais de saúde.

---

2. Objetivos do Programa de Segurança Patrimonial

2.1 Objetivo Geral

Implementar programa integrado de segurança patrimonial no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga que proteja o patrimônio da instituição, garanta a segurança física de pacientes, profissionais e visitantes, previna eventos adversos relacionados à segurança, e crie ambiente propício para execução eficiente de serviços de saúde de qualidade em conformidade com normas de segurança estabelecidas pelo SUS, ANVISA e legislação de segurança privada.

2.2 Objetivos Específicos

O programa visa, primeiramente, prevenir e coibir roubos e furtos de patrimônio da instituição incluindo equipamentos médicos, medicamentos, materiais descartáveis e valores monetários. Segundamente, controlar acessos à unidade de forma que apenas pessoas autorizadas conseguem ingressar em áreas críticas onde estão localizados medicamentos controlados, equipamentos de alto valor e documentação confidencial. Terceiramente, monitorar continuamente as instalações prediais através de sistema de vigilância eletrônica que permite detecção de atividades suspeitas em tempo real.

Quartamente, garantir resposta rápida e efetiva a incidentes de segurança incluindo situações de violência, tentativa de furto, invasões não autorizadas e emergências relacionadas à segurança.

Quintamente, proteger a integridade física de profissionais de saúde, pacientes e visitantes através de prevenção de situações de risco e resposta apropriada a ameaças. Sextamente, manter registro documentado de todas as atividades de segurança realizadas para fins de análise, melhoria contínua e compliance com regulamentações.

Sétimamente, integrar o programa de segurança patrimonial com as operações gerais da unidade de forma que contribua para eficiência operacional sem comprometer o atendimento a pacientes.

---

3. Estrutura de Segurança Patrimonial

3.1 Componentes Principais do Programa

O programa de segurança patrimonial proposto para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga compreende cinco componentes principais que funcionam de forma integrada para garantir proteção abrangente do patrimônio e segurança de pessoas.

O primeiro componente é a vigilância patrimonial desarmada que compreende serviço contínuo de vigilantes qualificados presentes nas instalações durante todo o horário de funcionamento da unidade. Os vigilantes realizam rondas regulares, monitoram entradas e saídas, verificam identidade de visitantes, mantêm registros de ocorrências e respondem a situações de suspeita atividade. A vigilância desarmada é apropriada para unidades de saúde onde armamentos podem criar riscos adicionais em ambiente onde pacientes vulneráveis e profissionais estão presentes.

O segundo componente é o sistema de controle de acesso que compreende identificação e autorização de pessoas que ingressam na unidade. Este sistema utiliza crachás de identificação para funcionários, sistema de registro para visitantes, restrição de acesso a determinadas áreas críticas e procedimentos de verificação de identidade em portarias. O controle de acesso garante que apenas pessoas autorizadas conseguem ingressar em áreas onde estão localizados medicamentos controlados, equipamentos críticos ou documentação confidencial.

O terceiro componente é o monitoramento eletrônico que compreende sistema de câmeras de vigilância estrategicamente posicionadas em áreas comuns, corredores, entradas, saídas, farmácia, almoxarifado, áreas

administrativas e demais áreas críticas. As câmeras fornecem registro visual contínuo de atividades que permite detecção de atividades suspeitas, investigação de incidentes posteriores e comprovação de conformidade com procedimentos de segurança.

O quarto componente é o sistema de alarme que compreende sensores de movimento, detectores de abertura de portas em áreas críticas, e sistemas de comunicação que alertam vigilantes e administração quando atividades suspeitas são detectadas. O sistema de alarme permite resposta rápida a tentativas de acesso não autorizado ou outras situações de risco.

O quinto componente é o protocolo de resposta a incidentes que estabelece procedimentos claros para situações onde segurança é ameaçada, incluindo roubo, violência contra profissionais, invasão não autorizada, ou outros eventos críticos. O protocolo especifica como incidentes devem ser reportados, como comunicação deve ocorrer com força pública, como cenas de crime devem ser preservadas e como investigações devem ser conduzidas.

3.2 Postos de Vigilância

O programa propõe estrutura de vigilância que garante cobertura contínua de todas as áreas críticas da unidade. A estrutura compreende vigilante em turno diurno posicionado na recepção principal da unidade com responsabilidade de controlar acesso, verificar identidade de visitantes, monitorar fluxo de pessoas e responder a solicitações de segurança.

Um segundo vigilante em turno diurno é posicionado na farmácia ou almoxarifado para monitorar este local crítico onde medicamentos controlados e materiais de alto valor estão armazenados. Este vigilante verifica autorização de pessoas que solicitem acesso, acompanha movimentação de materiais e mantém registro de entradas e saídas.

Um terceiro vigilante em turno noturno é posicionado em área central da unidade durante período noturno quando fluxo de visitantes é reduzido mas risco de atividades ilegais é potencialmente elevado. Este vigilante realiza rondas periódicas pelas instalações, monitora áreas comuns, verifica adequação de fechaduras e sistemas de segurança e responde a chamados de emergência.

A estrutura de vigilância proposta garante que vigilante está sempre presente durante horário de funcionamento da unidade para responder a situações de segurança e que existe cobertura durante período noturno quando risco de furtos pode ser elevado.

3.3 Qualificações e Treinamento de Vigilantes

Os vigilantes que prestarão serviço no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga devem ser profissionais qualificados conforme estabelecido pela Lei 7.102 de 1983. Isto significa que cada vigilante deve possuir registro profissional válido fornecido pela Polícia Federal, comprovando que completou curso de formação apropriado e que está habilitado legalmente para exercer atividade de segurança privada.

Além das qualificações básicas exigidas por lei, os vigilantes devem receber treinamento específico sobre procedimentos da unidade de saúde, procedimentos de emergência médica, comunicação apropriada em ambiente hospitalar, sensibilidade ao atender pacientes vulneráveis e traumatizados, e procedimentos de resposta a situações de violência que podem ocorrer em ambiente de emergência.

Os vigilantes devem receber treinamento em reconhecimento de sinais de suspeita atividade incluindo atitudes suspeitas de indivíduos, movimentação estranha de materiais, tentativas de acesso não autorizado a áreas críticas e sinais de roubo. Este treinamento permite que vigilantes

identifiquem situações problemáticas antes que evoluam para incidentes mais sérios.

Os vigilantes devem receber treinamento em procedimentos de comunicação apropriados incluindo como reportar suspeita atividade, como comunicar com administração da unidade, como solicitar assistência de força pública e como documentar incidentes para investigação posterior. Treinamento continuado deve ser fornecido regularmente para manter vigilantes atualizados sobre mudanças em procedimentos ou novas ameaças à segurança.

---

4. Sistema de Controle de Acesso

4.1 Política de Acesso à Unidade

O programa de segurança patrimonial estabelece política clara de acesso à unidade que balanceia necessidade de segurança com necessidade de facilitar acesso apropriado para pacientes, visitantes legitimados e profissionais de saúde. A política estabelece que a entrada principal da unidade é ponto único de ingresso para visitantes e público geral, exceto em situações de emergência onde pacientes podem ser trazidos via ambulância para entrada de emergência.

Na entrada principal, vigilante posicionado na recepção solicita que visitantes se identifiquem, especifica qual paciente vão visitar ou qual propósito da visita, verifica se a visita é apropriada, e registra informações do visitante em livro de controle. Visitantes recebem crachá ou identificação visual que permite distinguir-los de funcionários e facilita reconhecimento como pessoas autorizadas a estar na unidade.

Funcionários da unidade identificam-se utilizando crachás de funcionário que incluem fotografia, nome, cargo e setor onde trabalham. Os crachás devem ser utilizados em local visível enquanto funcionário está dentro da unidade. Profissionais de saúde contratados de forma temporária ou

consultores externos também recebem identificação especial que facilita reconhecimento como pessoas autorizadas a estar em área específica da unidade.

Prestadores de serviço como técnicos de manutenção ou empresas de limpeza que necessitam acesso a áreas específicas são acompanhados por vigilante ou funcionário responsável que verifica que acesso é limitado à área específica necessária para execução do serviço e que o prestador não tem acesso a áreas críticas sem supervisão.

4.2 Restrição de Acesso a Áreas Críticas

Certas áreas da unidade requerem restrição de acesso ainda mais rigorosa porque contêm patrimônio crítico ou informações confidenciais. A farmácia onde medicamentos controlados são armazenados permite acesso apenas para funcionários autorizados incluindo farmacêuticos, técnicos de farmácia e médicos prescritores. Acesso à farmácia requer autenticação apropriada e é monitorado continuamente por vigilante ou sistema eletrônico.

O almoxarifado onde equipamentos e materiais descartáveis são armazenados permite acesso apenas para funcionários autorizados responsáveis por armazenagem e distribuição de materiais. Controle de inventário rigoroso permite rastrear movimentação de materiais de alto valor e identificar discrepâncias que possam indicar furtos.

Áreas administrativas onde computadores e sistemas informatizados contêm dados confidenciais de pacientes e informações financeiras permitem acesso apenas para pessoal administrativo autorizado. Acesso a estas áreas fora de horário comercial requer autorização especial e pode ser monitorado através de sistema de alarme que alerta vigilantes se áreas administrativas forem acessadas durante períodos não autorizados.

Laboratório, serviço de radiologia e demais áreas técnicas onde equipamentos especializados estão localizados permitem acesso apenas para profissionais e técnicos autorizados. Estas áreas são protegidas para evitar danos aos equipamentos e para garantir que apenas pessoas treinadas utilizam equipamentos complexos e potencialmente perigosos.

4.3 Registro e Documentação de Acessos

Todas as entradas e saídas de visitantes são registradas em livro de controle que documenta nome do visitante, horário de entrada, horário de saída, paciente visitado ou propósito da visita, e identificação do vigilante que autorizou a entrada. Este registro fornece comprovação de que controle de acesso está sendo mantido e permite investigação posterior se atividade suspeita ocorre durante período quando visitante específico estava na unidade.

Acesso a áreas críticas como farmácia e almoxarifado é registrado através de sistema de controle de acesso eletrônico ou manualmente através de livro que documenta quem acessou a área, quando acessou e por quanto tempo. Este registro permite rastrear responsabilidade de pessoas que tiveram acesso a medicamentos ou materiais críticos e facilita investigação se itens desaparecerem.

Funcionários que trabalham em turnos especiais ou fora de horário normal registram entrada e saída de forma similar para documentar presença deles na unidade. Se item desaparece e posterior investigação necessita determinar quem estava presente quando desaparecimento ocorreu, registros de acesso fornecem informação crítica.

---

5. Monitoramento Eletrônico

5.1 Sistema de Câmeras de Vigilância

O programa propõe implementação de sistema de câmeras de vigilância que oferece cobertura visual contínua de áreas críticas e comuns da

unidade. As câmeras são estrategicamente posicionadas para monitorar entradas e saídas, corredores principais, áreas de recepção, farmácia, almoxarifado, áreas administrativas, laboratório, áreas de circulação noturna e demais locais onde risco de atividade suspeita pode ser elevado. As câmeras utilizadas devem ser de qualidade adequada para permitir identificação clara de rostos e atividades, devem possuir iluminação apropriada para funcionamento em ambientes com iluminação variável, e devem ser instaladas de forma que não possam ser facilmente desativadas ou cobertas por indivíduos com intenções malévolas. As câmeras devem ser protegidas contra danos físicos através de encapsulamento apropriado. O sistema de câmeras deve incluir armazenamento de imagens em mídia permanente que permite revisão posterior de eventos. As imagens devem ser retidas por período apropriado, tipicamente mínimo de 30 dias, permitindo que investigações de incidentes que ocorreram no passado possam ser conduzidas. Acesso a imagens de câmeras deve ser restrito a pessoal autorizado para evitar invasão de privacidade e garantir que sistema não é abusado.

5.2 Integração com Sistema de Alarme

O sistema de câmeras deve estar integrado com sistema de alarme que detecta atividades suspeitas como abertura de portas em horários inapropriados ou movimento em áreas que deveriam estar vazias. Quando alarme é acionado, sistema automático pode gravar imagens de câmera com resolução aumentada para facilitar investigação posterior.

O sistema de alarme deve incluir sensores em portas de áreas críticas como farmácia e almoxarifado que disparam alarme se porta é aberta fora de horário autorizado ou sem autorização apropriada. Os sensores devem estar conectados com central de monitoramento ou com vigilante de plantão que é imediatamente notificado quando alarme é disparado.

Sensores de movimento podem ser instalados em áreas que deveriam estar vazias durante período noturno. Se movimento é detectado durante

período quando ninguém deveria estar presente, alarme dispara e vigilante é notificado para investigar situação potencial de intrusão não autorizada.

---

6. Protocolo de Resposta a Incidentes de Segurança

6.1 Classificação de Incidentes

O programa estabelece sistema de classificação de incidentes de segurança que orienta a resposta apropriada. Incidentes de Nível 1 incluem situações críticas que representam risco imediato à vida ou segurança de pessoas, incluindo violência contra profissionais, tentativa de roubo com violência, invasão por indivíduo armado ou situação que coloca pacientes ou equipe em perigo imediato. Incidentes de Nível 1 requerem resposta imediata incluindo acionamento de força pública e medidas emergenciais de proteção de pessoas.

Incidentes de Nível 2 incluem situações que representam risco significativo ao patrimônio ou segurança da unidade mas que não envolvem violência imediata. Exemplos incluem tentativa de furto, acesso não autorizado a áreas críticas, descoberta de objetos suspeitos ou roubo de patrimônio. Incidentes de Nível 2 requerem resposta dentro de minutos incluindo isolamento de área, notificação de administração e possível acionamento de força pública.

Incidentes de Nível 3 incluem situações que representam potencial risco ou violação de procedimentos de segurança. Exemplos incluem comportamento suspeito de indivíduo que não evoluiu para atividade criminal, falha em procedimento de controle de acesso, ou descoberta de lacuna em segurança. Incidentes de Nível 3 requerem documentação, investigação e implementação de medidas corretivas.

6.2 Procedimentos de Resposta Imediata

Quando incidente de segurança é reportado ou detectado, vigilante ou funcionário que tem conhecimento do incidente imediatamente ativa protocolo de resposta apropriado conforme nível de severidade. Para incidentes de Nível 1, primeira ação é garantir que todas as pessoas estão em segurança. Se indivíduo está ameaçando pessoas com arma ou violência, objetivos são afastar pessoas da área de perigo e contatar força pública imediatamente.

Vigilante utiliza sistema de comunicação de emergência para contactar polícia e solicitar resposta imediata. Enquanto aguarda chegada da polícia, vigilante pode tentar isolar indivíduo agressivo em área determinada para evitar que ele tenha acesso a outras áreas da unidade onde pacientes vulneráveis estão presentes. Se possível sem colocar pessoas em risco adicional, vigilante pode tentar conter situação através de comunicação apropriada.

Gerente ou administrador de plantão deve ser imediatamente notificado de incidente crítico de segurança. Administrador pode coordenar evacuação de pacientes de áreas próximas ao incidente se necessário e pode comunicar com equipe médica sobre situação que pode afetar capacidade da unidade de fornecer atendimento apropriado durante período de crise.

Para incidentes de Nível 2, vigilante ou funcionário isola imediatamente a área onde incidente está ocorrendo para evitar que suspeito possa escapar ou cause dano adicional. Vigilante ativa sistema de alarme se apropriado e notifica administração de plantão sobre situação. Se tentativa de furto está em progresso, vigilante tenta impedir que suspeito saia com patrimônio roubado, utilizando força apropriada mas evitando confrontação violenta que poderia colocar vigilante ou terceiros em risco.

Força pública é contactada se apropriado dependendo da natureza e severidade do incidente. Se patrimônio foi roubado, administração decide se é necessário abrir ocorrência policial. Cena de crime, se apropriado, é

preservada para permitir que polícia colete evidência que pode ser utilizada em investigação posterior.

6.3 Investigação de Incidentes

Após incidente de segurança ser contido e pessoas estarem seguras, investigação abrangente deve ser conduzida para determinar exatamente o que ocorreu, identificar possíveis responsáveis e implementar medidas para evitar recorrência similar no futuro. A investigação começa com coleta de declarações de testemunhas que viram o incidente ou têm informações relevantes sobre o que ocorreu.

Imagens de câmeras de vigilância relativas ao período do incidente são revisadas para documentar exatamente o que aconteceu, que indivíduos estavam envolvidos e que ações especificamente foram tomadas. As imagens podem ser utilizadas para identificar suspeitos se ocorreu roubo ou atividade criminosa. As imagens também confirmam que resposta de vigilantes ou funcionários foi apropriada conforme protocolo.

Se roubou ou roubo ocorreu, investigação determina que patrimônio desapareceu, quando desaparecimento foi descoberto, quem tinha acesso à área durante período relevante e se investigação pode identificar como roubo foi executado. Se deficiência em sistema de segurança permitiu roubo ocorrer, esta deficiência é identificada e medidas corretivas são implementadas.

Relatório formal de incidente é preparado que documenta o que ocorreu, ações que foram tomadas, que pessoas envolvidas, resultado final e recomendações para evitar recorrência. O relatório é assinado por pessoal que conduziu investigação, revisor apropriado e gerente responsável pela segurança. O relatório é mantido em arquivo seguro como registro histórico de incidente de segurança.

6.4 Comunicação com Força Pública

O programa estabelece relacionamento apropriado com autoridades de segurança pública local incluindo polícia local e delegacia de polícia. Um contato primário na polícia local é identificado que pode ser contactado rapidamente em situações de emergência de segurança. Número de telefone de emergência é publicado em locais estratégicos da unidade de forma que qualquer funcionário ou vigilante pode rapidamente contactar força pública se necessário.

Quando incidente que requer investigação policial ocorre, registro formal é aberto na delegacia de polícia local. Administração da unidade coopera completamente com investigação policial fornecendo informações, documentação e imagens de câmeras que possam ser relevantes. Se suspeito criminal é identificado e acusado de crime em unidade de saúde, administração pode cooperar com promotoria para garantir que caso é apropriadamente processado.

O programa também reconhece que em algumas situações, incidentes de segurança que ocorrem em unidade de saúde podem representar risco à saúde pública ou podem estar relacionados com crime organizado. Em tais casos, comunicação com autoridades de nível superior pode ser necessária. A administração da unidade trabalha com autoridades relevantes para garantir que ameaças à segurança são apropriadamente identificadas e endereçadas.

---

7. Infraestrutura e Equipamentos de Segurança

7.1 Especificações Técnicas de Vigilância

O programa de segurança patrimonial requer infraestrutura apropriada de apoio aos vigilantes e sistemas eletrônicos. Uma sala de monitoramento ou central de controle é estabelecida onde vigilante pode monitorar imagens de câmeras, gerenciar sistema de alarme, coordenar comunicações de segurança e manter registros de incidentes. A sala de monitoramento deve

estar equipada com monitores de boa qualidade que permitem visualização clara de múltiplas câmeras simultaneamente.

A sala de monitoramento deve estar posicionada de forma que vigilante pode rapidamente avistar entrada principal da unidade e responder a chamados. A sala deve estar equipada com sistema de comunicação apropriado incluindo telefone que permite contactar força pública, rádios de comunicação que permitem vigilante contactar outros funcionários na unidade, e possível sistema de interfone que permite comunicação com áreas específicas.

Sistema de alarme deve estar conectado com vigilante e administração através de sistema de notificação que alerta relevantes pessoas quando alarme é disparado. O sistema pode incluir sirene audível que alerta pessoas na unidade que situação de emergência de segurança está ocorrendo.

Vigilantes devem estar equipados com lanternas portáteis, apito ou buzina que pode ser utilizado para sinalizar emergência, e possível rádio portátil que permite comunicação com central de monitoramento. Vigilantes devem usar uniforme distintivo que permite fácil identificação como pessoal de segurança e estabelece presença de segurança visível que pode desencorajar atividade criminosa.

7.2 Especificações de Câmeras e Gravação

As câmeras de vigilância devem ser de qualidade que permite identificação clara de rostos de pessoas a distância típica onde câmera será instalada. Resolução mínima de 2 megapixels é recomendada para câmeras interiores. Câmeras devem possuir controle de zoom e foco automático para permitir que operador na sala de monitoramento pode focar em indivíduo ou atividade específica de interesse.

As câmeras devem estar equipadas com iluminação infravermelha ou capacidade de visão noturna para permitir monitoramento contínuo mesmo em ambientes com iluminação reduzida durante período noturno. As câmeras devem ser resistentes a vandalismo através de encapsulamento robusto que resiste a tentativas de desativar ou cobrir câmera.

O sistema de gravação deve utilizar tecnologia de compressão de vídeo moderna que permite armazenamento de múltiplas câmeras continuamente por período extendido em espaço de armazenamento razoável. Mínimo de 30 dias de gravação contínua deve ser mantido para permitir investigação de incidentes que podem ter ocorrido semanas atrás.

Acesso a imagens de câmeras deve estar restrito através de autenticação apropriada para evitar que pessoas não autorizadas conseguem acessar ou deletar imagens. Se imagens são solicitadas para fins de investigação policial ou legal, procedimento formal deve estar em lugar para garantir que imagens fornecidas são autênticas e que cadeia de custódia é mantida.

7.3 Manutenção de Equipamentos

Equipamentos de segurança incluindo câmeras, sensores de alarme, monitores e sistema de gravação requerem manutenção regular para garantir que continuam funcionando corretamente. Contrato de manutenção com fornecedor de equipamentos de segurança deve incluir inspeção periódica de todo equipamento, testes de funcionalidade, limpeza de lentes de câmeras, e reparos necessários para manter sistema em estado operacional.

Vigilantes devem inspecionar diariamente que câmeras estão funcionando apropriadamente, que imagens sendo gravadas estão de qualidade aceitável, e que sistema de alarme está respondendo apropriadamente. Se problema é identificado, administração de segurança é notificada e fornecedor é contactado para reparos.

Bateria de backup para sistema de alarme deve ser testada regularmente para garantir que sistema pode continuar funcionando durante falha de energia. Sistema deve estar conectado com gerador emergencial da unidade de forma que se energia pública falhar, sistema de segurança continua operando permitindo que vigilantes continuam monitorando unidade e que pessoas nas áreas críticas mantêm informação de situação de emergência.

---

8. Procedimentos Operacionais Padrão

8.1 Rotina Diária de Vigilância

Vigilante iniciando turno chega trinta minutos antes de turno de vigilante anterior terminar para permitir briefing completo sobre qualquer incidente que pode ter ocorrido durante turno anterior ou qualquer informação de segurança relevante que vigilante novo deve estar ciente. Vigilante anterior fornece relato detalhado de situação de segurança, qualquer pessoa suspeita que foi observada, qualquer equipamento de segurança que não está funcionando corretamente, e qualquer preparação especial que pode ser necessária para turno novo.

Vigilante inicia seu turno verificando que todo equipamento de segurança está funcionando apropriadamente. Câmeras estão registrando imagens. Sistema de alarme está ativo. Monitores na sala de monitoramento estão funcionando. Se qualquer equipamento não está funcionando, técnico é contactado imediatamente para reparos.

Vigilante mantém sua presença na área de recepção durante horário comercial quando fluxo de visitantes é elevado. Vigilante controla acesso de visitantes, solicita identificação, verifica propósito de visita e registra informações em livro de controle. Vigilante monitora comportamento de

visitantes para identificar qualquer atividade suspeita que pode indicar intenção criminosa.

Durante período noturno quando fluxo de visitantes é reduzido, vigilante pode realizar rondas periódicas pelas instalações inspecionando áreas comuns, verificando que portas em áreas críticas estão adequadamente fechadas e trancadas, verificando que iluminação está funcionando apropriadamente e procurando por qualquer sinal de tentativa de invasão não autorizada ou atividade suspeita.

Vigilante permanece alerta e responsivo a qualquer situação que possa requerer resposta de segurança. Se alarme dispara, vigilante imediatamente investiga para determinar se alarme foi disparado por atividade genuinamente suspeita que requer resposta ou se foi falso alarme causado por equipamento malfunction. Se incidente genuíno é identificado, vigilante executa protocolo de resposta apropriado conforme nível de severidade do incidente.

8.2 Registros de Segurança

Vigilante mantém registros abrangentes de todas as atividades de segurança durante turno. Livro de controle de visitantes documenta cada visitante que ingressar na unidade incluindo nome, horário de entrada, horário de saída, paciente ou departamento visitado, e identificação do vigilante que autorizou entrada.

Incidentes de segurança são registrados em relatório de incidente que documenta natureza do incidente, hora que incidente ocorreu, pessoas envolvidas, ações que foram tomadas e resultado final. Relatório é preenchido de forma clara e legível para que administração pode facilmente revisar e entender o que ocorreu.

Objeções suspeitas observadas, comportamento suspeito de indivíduos, falhas em procedimento de segurança e qualquer outra informação relevante à segurança da unidade são registrados em livro de ocorrências de vigilante. Este livro fornece comprovação de que vigilante está alerta e monitorando continuamente situação de segurança.

Todos os registros de segurança são revisados regularmente por administração de segurança ou gerente responsável pela segurança. Registros são analisados para identificar tendências, identificar áreas onde deficiências em segurança podem estar presentes e determinar se melhorias em procedimentos de segurança são necessárias.

8.3 Comunicação com Administração

Vigilante mantém comunicação regular com gerente ou administrador de plantão sobre situação de segurança. Se situação de segurança muda ou informação importante é identificada, administrador é notificado através de comunicação apropriada. Se incidente de segurança ocorre, administrador é notificado imediatamente permitindo que administrador pode tomar qualquer ação que pode ser necessária para proteger pessoas ou patrimônio.

Ao final de cada turno, vigilante fornece relatório verbal à administração sumarizando qualquer incidente de segurança que ocorreu, qualquer pessoa suspeita que foi observada, qualquer deficiência de segurança que foi identificada e qualquer ação corretiva que pode ser necessária. Administração utiliza informação desta para coordenar resposta a qualquer problema de segurança e para comunicar com vigilante do turno seguinte sobre qualquer situação que requer atenção contínua.

---

9. Integração com Operações da Unidade

9.1 Coordenação com Equipe Médica

O programa de segurança patrimonial é implementado de forma que completa a operação normal da unidade de saúde sem interferir desnecessariamente com capacidade da unidade de fornecer atendimento apropriado a pacientes. Vigilantes e pessoal de segurança são treinados sobre procedimentos médicos básicos e sobre ambiente de saúde de forma que compreendem desafios únicos que equipe médica enfrenta e podem ser sensíveis a necessidades de pacientes.

Quando pacientes emocionalmente perturbados, intoxicados ou em situação de crise mental chegam à unidade, vigilantes são treinados para responder de forma que de-escalação de situação é priorizado quando possível. Vigilantes são treinados sobre sinais de que indivíduo pode ser perigoso e quando contato físico ou contenção pode ser necessária, vigilantes estão treinados em técnicas apropriadas que minimizam risco de dano a indivíduo ou a vigilante.

Equipe médica é mantida informada sobre situações de segurança que podem afetar capacidade da unidade de fornecer atendimento. Se incidente envolvendo violência ocorre ou se indivíduo armado está em unidade, equipe médica é notificada de forma que podem implementar procedimentos de lockdown em áreas críticas se necessário e podem proteger pacientes vulneráveis.

9.2 Gestão de Emergências de Saúde

Programa de segurança patrimonial reconhece que emergências médicas podem ocorrer e que resposta de emergência não deve ser comprometida por procedimentos de segurança. Se paciente chega com situação crítica de emergência, vigilantes estão treinados para facilitar ingresso rápido do paciente em unidade sem exigir documentação excessiva que poderia atrasar atendimento. Documentação apropriada é completada posteriormente uma vez que paciente está sendo atendido.

Se situação de segurança e situação médica estão ambas presentes, por exemplo se indivíduo com arma chega para receber atendimento médico de emergência, supervisão de segurança é aumentada enquanto paciente está sendo atendido. Vigilante pode estar presente nas proximidades de paciente enquanto procedimentos médicos estão sendo executados para garantir que segurança da unidade está mantida enquanto atendimento médico está sendo fornecido.

9.3 Sensibilidade a Privacidade de Pacientes

Programa de segurança patrimonial respeita privacidade de pacientes e evita monitoramento excessivo de atividades médicas. Câmeras de vigilância não são instaladas em áreas onde pacientes recebem atendimento médico direto como salas de exame ou consultórios. Câmeras são instaladas em áreas comuns e corredores onde monitoramento de segurança é apropriado sem invasão indevida de privacidade.

Vigilantes são instruídos a respeitar privacidade de pacientes e não devem acessar informações confidenciais de pacientes a menos que informação é necessária para fins de segurança. Registros de visitantes podem indicar que visitante foi visitar paciente específico, mas vigilante não devem inquirir sobre natureza médica de paciente ou compartilhar informação médica com outras pessoas.

---

b) Controlador de Acesso

A presente proposta estabelece sistema integrado de controle de acesso para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, combinando tecnologia biométrica moderna com procedimentos operacionais estruturados.

O sistema garante acesso seguro apenas para pessoas autorizadas em áreas críticas enquanto mantém fluxo eficiente de pacientes, visitantes e profissionais, atendendo conformidade com ANVISA, LGPD e legislação de segurança.

1. Objetivos do Sistema de Controle de Acesso

O sistema visa proteger áreas críticas contendo medicamentos controlados, equipamentos médicos de alto valor, informações confidenciais de pacientes e sistemas informatizados sensíveis. Secundariamente, monitora fluxo de pessoas para fins de rastreabilidade, facilita investigação de incidentes de segurança e oferece resposta automática em situações de emergência facilitando evacuação segura.

2. Estrutura do Sistema

2.1 Recepção Principal e Portaria

A entrada principal funciona como ponto único de triagem onde visitantes são identificados, tendo seu propósito registrado e recebendo credencial temporária. Vigilante na portaria solicita documento de identificação, verifica se visita é apropriada ao horário e circunstâncias, e informa ao departamento relevante sobre ingresso do visitante.

Livro de controle informatizado documenta entrada e saída de todos os visitantes com data, hora, nome completo, documento de identificação, motivo da visita e paciente visitado. Este registro fornece rastreabilidade completa permitindo investigação posterior se necessário.

2.2 Identificação de Funcionários

Todos os funcionários recebem crachá de identificação com fotografia, nome, cargo, setor de trabalho e código de acesso específico. O crachá deve ser utilizado em local visível enquanto funcionário está dentro da

unidade. O crachá identifica o nível de autorização do funcionário para diferentes áreas da unidade.

Profissionais contratados temporariamente, consultores externos ou prestadores de serviço recebem crachá de cores diferentes que facilita identificação visual como pessoas não permanentes na unidade. O crachá de terceirizado especifica apenas nome, cargo e empresa prestadora, sem incluir informações de acesso.

2.3 Áreas de Acesso Restrito

A proposta identifica quatro níveis de restrição progressiva. Nível 1 compreende áreas de acesso geral aberto a pacientes, visitantes e todos os funcionários, incluindo recepção, corredores principais, salas de espera e áreas comuns.

Nível 2 inclui áreas onde apenas funcionários autorizados e profissionais de saúde conseguem ingressar, incluindo salas de procedimento, laboratório, radiologia, áreas de observação de pacientes e consultórios. Visitantes não conseguem ingressar nestas áreas mesmo acompanhados.

Nível 3 compreende áreas absolutamente críticas onde apenas pessoal específico consegue ingressar, incluindo farmácia com medicamentos controlados, almoxarifado de materiais críticos, áreas administrativas com sistemas informatizados e salas de arquivo com prontuários. Acesso é restrito a farmacêuticos na farmácia, responsáveis por almoxarifado no almoxarifado e pessoal administrativo autorizado nas áreas administrativas.

Nível 4 inclui áreas emergenciais onde acesso automático é liberado durante situações de crise, facilitando evacuação rápida sem necessidade de autenticação adicional.

3. Tecnologia de Controle de Acesso

3.1 Sistema de Reconhecimento Biométrico

A proposta implementa sistema de reconhecimento facial em áreas de acesso restrito, utilizando tecnologia que reconhece rostos mesmo com máscara cirúrgica, óculos ou variações na apresentação pessoal. Terminais de reconhecimento facial são posicionados em entradas de áreas críticas incluindo farmácia, almoxarifado e áreas administrativas.

Os terminais especificados possuem capacidade de armazenar até 50 mil faces permitindo cadastro de todos os funcionários da unidade mais visitantes e terceirizados frequentes.

Os terminais possuem tela touchscreen para facilitar interação, Wi-Fi integrado para sincronização com banco de dados central e proteção IP65 contra umidade típica de ambiente hospitalar.

O reconhecimento facial opera a distância de até dois metros permitindo acesso rápido sem necessidade de aproximação física do dispositivo, reduzindo contato em ambiente de saúde. Quando pessoa autorizada se aproxima do terminal, seu rosto é automaticamente reconhecido e porta é desbloqueada em menos de um segundo.

3.2 Cartão de Identificação RFID

Como backup do sistema de reconhecimento facial e para flexibilidade operacional, funcionários recebem cartão RFID que permite acesso aproximando cartão do leitor sem necessidade de contato. O cartão é pessoal e intransferível, contendo identificação única do funcionário.

Se sistema de reconhecimento facial está temporariamente inoperacional, funcionários conseguem utilizar cartão RFID para acesso. Se funcionário deixa cartão em casa, sistema facial permite acesso. A combinação de dois

métodos garante que falha de um sistema não compromete operação da unidade.

3.3 Integração com Sistema de Alarme

O sistema de controle de acesso está completamente integrado com sistema de alarme da unidade. Quando tentativa de acesso não autorizado ocorre em área crítica durante períodos restritos, sistema de alarme dispara alertando vigilantes que alguém está tentando ingressar em área protegida sem autorização apropriada.

Se porta de área crítica é forçada ou aberta sem autorização, sensor de abertura dispara alarme imediatamente. Se movimento é detectado em área crítica durante período noturno quando ninguém deveria estar presente, sensor de movimento dispara alarme notificando vigilância.

3.4 Registro Centralizado de Acessos

Sistema centralizado mantém registro em tempo real de todas as tentativas de acesso a áreas controladas, incluindo acessos bem-sucedidos e tentativas negadas. Cada registro documenta quem tentou acessar, quando tentou acessar, qual área tentou acessar, se acesso foi autorizado ou negado e qual método foi utilizado (facial ou cartão).

Este registro oferece rastreabilidade completa permitindo determinar exatamente quem estava presente em qual área em momento específico. Se medicamento controlado desaparece da farmácia, investigação pode determinar exatamente quem acessou farmácia no período relevante e em que horário.

4. Procedimentos Operacionais

4.1 Cadastro de Funcionários

Quando funcionário é admitido, fotografia é capturada para sistema de reconhecimento facial utilizando padronização que garante reconhecimento confiável em diferentes iluminações e ângulos. Cartão RFID é emitido com identificação única do funcionário.

O sistema determina quais áreas funcionário consegue acessar baseado em seu cargo e responsabilidades. Diretor da unidade consegue acessar todas as áreas. Médicos conseguem acessar sala de emergência, consultórios, laboratório e radiologia mas não farmácia ou almoxarifado. Farmacêutico consegue acessar farmácia e áreas administrativas relacionadas a medicamentos. Pessoal de limpeza consegue acessar áreas comuns e áreas de apoio mas não áreas críticas.

As permissões são armazenadas no terminal de controle de acesso e atualizadas em tempo real quando mudanças ocorrem. Se funcionário é promovido para cargo que requer acesso a área adicional, permissões são atualizadas no mesmo dia.

4.2 Registro de Visitantes

Quando visitante chega na portaria, vigilante solicita identificação, verifica propósito da visita e determina se visita é apropriada no horário específico. Para visitantes noturnos, vigilante verifica se o paciente que será visitado está internado e se horário noturno é apropriado para visita.

Visitante assina livro de controle ou sistema informatizado registra entrada com informações relevantes. Visitante recebe crachá temporário de cores distintas que identifica como visitante e especifica hora de entrada e hora máxima de permanência na unidade.

Visitante consegue ingressar em áreas de acesso geral incluindo salas de espera e áreas comuns onde pode aguardar ser levado ao paciente.

Visitante não consegue ingressar em áreas de acesso restrito sem acompanhamento de funcionário autorizado. Quando visita termina, crachá temporário é devolvido.

4.3 Gestão de Terceirizados

Prestadores de serviço como técnicos de manutenção ou empresas de limpeza que necessitam acesso regular são cadastrados no sistema com perfil especial. Seu acesso é limitado estritamente ao tipo de trabalho que realizam. Técnico de ar condicionado consegue acessar salas de máquinas e áreas onde equipamento de climatização está instalado mas não consegue acessar farmácia ou áreas administrativas.

Se prestador de serviço precisa trabalhar em múltiplas áreas, funcionário responsável acompanha o prestador durante todo o período de trabalho. Prestador nunca consegue trabalhar desacompanhado em áreas críticas.

4.4 Revogação de Acesso

Quando funcionário é demitido ou deixa cargo onde acesso específico era necessário, acesso é imediatamente revogado no sistema. O funcionário consegue ser removido do banco de dados de reconhecimento facial permitindo que seu cartão não funcione mais e seu rosto não seja mais reconhecido.

Se funcionário deixa cartão RFID na unidade, cartão é deactivado no sistema. Se cartão desapareceu, cartão é imediatamente deactivado para evitar que seja utilizado por terceiro.

---

5. Conformidade com Normas

5.1 Conformidade com ANVISA

O sistema atende requisitos ANVISA para controle de acesso em estabelecimentos assistenciais de saúde. ANVISA requer que apenas

pessoas autorizadas conseguem ingressar em áreas críticas onde medicamentos controlados, equipamentos sensíveis e informações confidenciais estão localizados.

O sistema implementa controle de acesso baseado em função onde funcionários conseguem acessar apenas áreas necessárias para execução de suas responsabilidades. Visitantes e terceirizados conseguem ser monitorados e rastreados.

5.2 Conformidade com LGPD

O sistema está completamente em conformidade com Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. O uso de biometria facial é autorizado pela LGPD desde que haja base legal clara, finalidade explícita e proteção adequada dos dados.

A base legal para utilizar biometria em ambiente hospitalar é proteção de patrimônio crítico e segurança de pacientes. A finalidade é controlar acesso a áreas críticas e rastrear que pessoas acessam determinadas áreas.

Os dados biométricos são armazenados em servidor seguro com criptografia de ponta a ponta. Acesso a dados biométricos é restrito a pessoal administrativo autorizado. Dados biométricos são mantidos apenas enquanto funcionário está empregado na unidade. Quando funcionário é demitido, seus dados biométricos são permanentemente deletados do sistema.

Funcionários e visitantes são informados através de avisos na portaria que reconhecimento facial e monitoramento estão em operação. Informações sobre coleta e utilização de dados biométricos são fornecidas conforme requerido pela LGPD.

5.3 Segurança contra Incêndio

O sistema de controle de acesso está integrado com sistema de segurança contra incêndio da unidade. Em caso de alarme de incêndio, todas as portas de acesso restrito são automaticamente desbloqueadas permitindo evacuação rápida sem necessidade de cartão ou autenticação facial.
As portas não permanecem trancadas durante situação de emergência de incêndio. Braços de segurança nas portas são liberados permitindo abertura manual fácil mesmo se energia elétrica falhar. Sinalização de saída de emergência permanece iluminada independentemente de falha de energia através de bateria de backup.

O sistema de controle de acesso proposto oferece proteção robusta do patrimônio crítico do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga enquanto mantém operação eficiente da unidade. Combinação de reconhecimento biométrico com cartão RFID oferece flexibilidade e redundância. Integração com sistemas de alarme e segurança contra incêndio garante que segurança não é comprometida durante emergências. Conformidade com ANVISA e LGPD garante que sistema atende regulamentações aplicáveis.

2.6. Proposta para Economicidade no uso de Água, Energia Elétrica

a) Controle no consumo de Água

A presente proposta estabelece programa abrangente de economicidade no consumo de água e energia elétrica para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, combinando tecnologia moderna de monitoramento com procedimentos operacionais eficientes.

O programa visa reduzir custos operacionais significativamente mantendo qualidade do atendimento e segurança de pacientes, através de identificação de desperdícios, implementação de tecnologia de medição individualizada e educação continuada de pessoal.

1. Diagnóstico da Situação Atual

1.1 Consumo de Água

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga funciona vinte e quatro horas diárias consumindo água potável em múltiplos pontos, incluindo áreas clínicas, áreas administrativas, limpeza de ambientes, desinfecção de superfícies, esterilização de equipamentos médicos e sanitários diversos. Estima-se que consumo mensal de água seja aproximadamente 200 a 250 metros cúbicos baseado em padrão de unidades similares de saúde.

O diagnóstico identifica várias fontes potenciais de desperdício de água. Vazamentos em tubulações antigas podem resultar em perdas não contabilizadas. Torneiras com problemas de fechamento em áreas de higiene representam desperdício contínuo. Sistemas de descarga de sanitários com mau funcionamento resultam em vazamento permanente de água. Processos de limpeza de áreas utilizam volumes de água maiores que o necessário sem monitoramento adequado.

Não existe sistema de medição individualizada em diferentes setores da unidade, impossibilitando identificação precisa de onde consumo excessivo está ocorrendo. Toda água é medida em medidor único na entrada da unidade, não permitindo rastreamento de consumo por departamento ou atividade.

2. Objetivos do Programa

2.1 Objetivo Geral

Implementar programa integrado de economicidade no uso de água e energia elétrica que reduza custos operacionais da unidade em mínimo de 20 a 30 por cento mantendo segurança de pacientes e qualidade de

atendimento, através de tecnologia de monitoramento, procedimentos operacionais eficientes e conscientização de pessoal.

2.2 Objetivos Específicos

O programa visa reduzir consumo de água através de identificação e reparo de vazamentos, otimização de processos de limpeza, instalação de tecnologia economizadora de água e monitoramento contínuo de consumo por setor. Redução de pelo menos 15 a 20 por cento no consumo de água é objetivo realista.

O programa visa reduzir consumo de energia através de otimização de sistemas de climatização, substituição de iluminação por tecnologia LED eficiente, implementação de sensores de presença em áreas de baixa ocupação, desligamento automático de equipamentos não essenciais e monitoramento em tempo real de consumo. Redução de pelo menos 15 a 25 por cento no consumo de energia é objetivo realista.

O programa visa estabelecer sistema de medição individualizada que permite rastreamento preciso de consumo por setor, facilitando identificação de anomalias e implementação de medidas corretivas específicas. Implementação de consciência sobre uso racional de água e energia entre todos os funcionários é objetivo essencial para sucesso do programa.

3. Tecnologia de Medição e Monitoramento

3.1 Hidrômetros Digitais Individualizados

O programa propõe instalação de sistema de hidrômetros digitais individualizados em diferentes pontos críticos da unidade permitindo medição desagregada de consumo. Hidrômetros digitais com comunicação Wi-Fi ou Bluetooth são instalados em pontos estratégicos incluindo áreas

clínicas, áreas de limpeza, cozinha se houver, áreas administrativas e jardim se houver.

Cada hidrômetro digital transmite dados de consumo para central de monitoramento que armazena informações em tempo real. Sistema permite visualização instantânea de consumo em cada setor e alertas automáticos quando consumo excede limites estabelecidos ou quando vazamento é detectado.

Dados históricos são armazenados permitindo análise de tendências e identificação de padrões anormais. Se consumo em determinado setor aumenta subitamente acima da média normal, sistema emite alerta para investigação de possível vazamento.

3.3 Sistema Central de Monitoramento

Um servidor central integrado recebe dados de todos os hidrômetros e medidores de energia, consolidando informações para apresentação em dashboard único. O dashboard permite visualização instantânea de consumo de água e energia de toda a unidade com desagregação por setor.

Sistema oferece alertas automáticos quando consumo ultrapassa limites estabelecidos ou quando padrão anormal é detectado. Alertas são enviados por email ou SMS para pessoal responsável por operação para investigação imediata.

Relatórios são gerados automaticamente permitindo análise de tendências de consumo ao longo do tempo. Comparação de consumo mês a mês permite determinar se economias estão sendo alcançadas e identificar mudanças em padrões de operação.

4. Estratégias de Economicidade de Água

4.1 Detecção e Reparo de Vazamentos

Um plano sistemático de inspeção de toda tubulação da unidade é implementado mensalmente para detecção de vazamentos. Inspeção visual de áreas onde tubulação está exposta identifica vazamentos óbvios como gotejamentos constantes ou áreas com ferrugem.

Para detectar vazamentos em tubulações sob piso ou dentro de paredes, técnica de escuta acústica é utilizada. Equipamento de detecção de vazamento acústico detecta som de água escorrendo através de tubulação danificada permitindo localização precisa do problema.

Quando vazamento é detectado, reparo é acionado imediatamente para interromper perda de água. Para vazamentos pequenos, reparo pode ser realizado com selante apropriado. Para vazamentos maiores, seção de tubulação deve ser substituída.

Monitoramento através de hidrômetros digitais identifica rapidamente quando consumo noturno aumenta anormalmente, indicativo de vazamento que ocorre durante período quando unidade está operando em modo reduzido.

4.2 Otimização de Torneiras e Sanitários

Todas as torneiras na unidade são substituídas ou retrofit com economizadores de água que reduzem fluxo de água enquanto mantêm funcionalidade. Arejadores de torneira reduzem volume de água sem comprometer qualidade de serviço.

Torneiras com sensor de movimento são instaladas em áreas de higiene como banheiros e áreas de lavagem de mãos. Sensor detecta aproximação

de mão e liga água automaticamente, fechando quando mão é afastada, eliminando desperdício por esquecimento de fechar torneira.

Sistemas de descarga de sanitários são substituídos por modelos de duplo fluxo que permitem seleção de volume de água conforme necessidade. Descargas pequenas usam aproximadamente 3 litros enquanto descargas completas usam 6 litros, comparado com sistemas antigos que usam 12 litros ou mais.

Vazamentos em sanitários são fonte comum de desperdício. Vedação de válvula de descarga é verificada regularmente e substituída se desgastada. Pequeno vazamento em sanitário pode resultar em perda de milhões de litros por ano.

4.3 Otimização de Processos de Limpeza

Procedimentos de limpeza são revisados para utilizar quantidade de água mínima necessária para desinfecção apropriada. Ao invés de lavar grande volume de água, limpeza úmida com pano pode ser realizada em muitas áreas.

Tecnologia de nebulização de desinfetante reduz quantidade de água necessária para desinfetar superfícies. Nebulizador distribui desinfetante em partículas finas que aderem às superfícies com menor volume de água que lavagem tradicional.

Equipe de limpeza recebe treinamento sobre uso eficiente de água. Funcionários aprendem que objetivo é desinfetar adequadamente, não saturar áreas com água excessiva.

Limpeza de áreas externas como pátios utiliza vassoura a seco ou soprador de ar ao invés de lavar com água quando possível. Quando

lavagem é necessária, bico de mangueira com ajuste de fluxo permite redução de volume.

4.4 Recirculação e Reuso de Água

Onde possível, água de menor qualidade é coletada para reuso em aplicações que não requerem água potável. Água de ar condicionado que é drenada pode ser recolhida para uso em limpeza de áreas externas.

Se unidade possui jardim ou áreas verdes, água de reuso pode ser utilizada para irrigação. Sistema de armazenamento intermediário coleta água que seria desperdiçada para posterior uso em irrigação.

Água de enxague em lavagem de equipamentos reutilizável é armazenada para uso em limpeza de áreas de menor exigência de higiene.

6. Procedimentos Operacionais

6.1 Protocolo de Resposta a Anomalias

Quando sistema de monitoramento detecta consumo anormalmente elevado de água ou energia, alerta é enviado para pessoal responsável. Protocolo estabelece que investigação deve ser iniciada dentro de uma hora.

Responsável pela investigação verifica se anomalia é resultado de atividade legítima como limpeza especial de área ou se indica problema como vazamento ou equipamento com mau funcionamento.

Se problema é identificado, ação corretiva é acionada imediatamente. Se vazamento é detectado, válvula é fechada ou reparo é realizado. Se equipamento está consumindo energia excessiva, equipamento é desligado até que manutenção possa verificar condição.

Registro de toda anomalia detectada é mantido para análise posterior de tendências e para determinar se medidas preventivas podem reduzir recorrência de problemas similares.

6.2 Leitura e Análise de Consumo

Leitura de consumo de água e energia é realizada diariamente através do sistema automatizado de monitoramento. Dados são compilados e apresentados em formato que facilita comparação com consumo esperado baseado em ocupação e atividades.

Análise semanal de dados identifica tendências e padrões anormais. Se consumo em determinado setor aumenta consistentemente acima da média, investigação é realizada para determinar causa.

Análise mensal consolida dados de todas as semanas fornecendo visão de longo prazo de consumo. Consumo do mês atual é comparado com consumo do mesmo mês do ano anterior para determinar se economias estão sendo alcançadas.

Relatório mensal é apresentado para administração documentando consumo, custos e progresso em direção aos objetivos de economia.

6.3 Manutenção Preventiva

Cronograma de manutenção preventiva de sistemas de água e energia é estabelecido para evitar problemas que resultem em desperdício ou ineficiência.

Sistema de climatização é servido trimestralmente com limpeza de filtros e verificação de pressão de refrigerante. Limpeza de serpentins evita redução de eficiência.

Tubulação de água é inspecionada visualmente mensalmente e, se possível, teste de pressão é realizado para detectar microvarações que possam evoluir para vazamentos.

Iluminação é inspecionada regularmente para verificar que lâmpadas não estão com mau funcionamento e que sensores de movimento estão funcionando apropriadamente.

7. Educação e Conscientização

7.1 Programa de Treinamento

Todos os funcionários recebem treinamento sobre importância de uso eficiente de água e energia. Treinamento inclui explicação de custos operacionais e como redução de consumo beneficia instituição.

Treinamento específico é fornecido para funcionários em posições que diretamente afetam consumo como pessoal de limpeza, pessoal de manutenção e pessoal administrativo responsável por operação de equipamentos.

Pessoal de limpeza é treinado sobre quantidade de água e desinfetante necessária para desinfetar apropriadamente sem desperdício.

Pessoal de manutenção é treinado sobre técnicas de reparo de vazamentos e sobre importância de manutenção preventiva para evitar problemas que resultem em ineficiência.

7.2 Campanha de Conscientização

Cartazes informativos são exibidos em áreas estratégicas lembrando funcionários sobre importância de fechar torneiras apropriadamente, desligar luzes quando deixam área e manutenção de equipamentos.

Newsletter mensal é distribuída documentando consumo de água e energia, custos associados e progresso em direção aos objetivos de economia.

Reconhecimento público é dado para departamentos ou funcionários que demonstram sucesso em reduzir consumo ou identificar desperdício.

O programa combina tecnologia moderna de monitoramento com procedimentos operacionais eficientes e educação continuada de pessoal. Implementação disciplinada e monitoramento contínuo são essenciais para sucesso do programa.

b) Controle no consumo de energia

A presente proposta estabelece programa abrangente de racionalização e otimização do consumo de energia elétrica para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, mediante implementação de tecnologias modernas de monitoramento, procedimentos operacionais eficientes e práticas de gestão energética integrada.

O programa foi desenvolvido conforme exigências do Edital de Chamamento Público 002/2025 e tem objetivo de reduzir significativamente custos operacionais da unidade mantendo total segurança e qualidade dos serviços de saúde prestados à população, através de identificação criteriosa de desperdícios, implementação de soluções de tecnologia avançada e educação continuada de pessoal em relação ao uso responsável de energia.

1. Diagnóstico Detalhado da Situação Atual

1.1 Caracterização do Consumo de Energia Elétrica Existente

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, funcionando ininterruptamente em regime vinte e quatro horas diárias durante os sete dias da semana, apresenta demanda contínua e significativa de energia elétrica para manutenção de suas operações críticas.

A unidade, com aproximadamente 1.900 metros quadrados de área construída, abriga salas de emergência, áreas de observação de pacientes, consultórios médicos, laboratório clínico, serviço de radiologia, farmácia, armazém de medicamentos e materiais, áreas administrativas e diversos aposentos técnicos e de apoio.

Estimativa conservadora baseada em análise de unidades similares de pronto atendimento sugere consumo mensal de energia elétrica variando entre 30 a 35 megawatts-hora, considerando operação contínua de equipamentos médicos essenciais, sistemas de climatização, iluminação em múltiplas áreas da unidade, sistemas informatizados e equipamentos administrativos diversos. Este consumo resulta em custos mensais estimados entre R$ 25.000 a R$ 31.500 dependendo de variações sazonais de temperatura que alteram demanda dos sistemas de ar condicionado.

1.2 Identificação de Fontes de Desperdício e Ineficiência

Análise técnica detalhada da operação atual da unidade identifica múltiplas fontes significativas de desperdício e ineficiência energética que oferecem oportunidades substantivas para economia.

Os sistemas de climatização e ar condicionado constituem o maior consumidor de energia elétrica, responsável por aproximadamente 35 a 40 por cento do consumo total. Investigação indica que sistemas de ar condicionado permanecem funcionando continuamente em intensidade máxima durante períodos de baixa ocupação noturna quando necessidade de refrigeração é significativamente reduzida.

Não existe sistema de controle automático de temperatura que ajuste operação conforme horário do dia ou nível de ocupação de ambientes.

Equipamentos de climatização frequentemente encontram-se com filtros obstruídos por acúmulo de poeira, forçando o compressor a trabalhar acima da capacidade nominal, resultando em consumo excessivo de energia e redução de vida útil dos equipamentos.

Iluminação em toda unidade permanece acionada durante o período noturno integralmente mesmo em corredores e áreas de circulação com ocupação mínima durante madrugada.

Tecnologia de iluminação utilizada é predominantemente baseada em lâmpadas fluorescentes convencionais e algumas lâmpadas incandescentes em áreas antigas, ambas apresentando eficiência energética muito inferior à tecnologia LED moderna. Inexistem sensores automáticos de presença que desligam iluminação em áreas desocupadas, resultando em funcionamento desnecessário de lâmpadas durante horas quando ninguém se encontra presentes em determinados ambientes.

Equipamentos informativos incluindo computadores desktop, impressoras, fotocopiadoras e demais periféricos permanecem ligados após encerramento do horário comercial quando ninguém está utilizando-os. Muitos destes equipamentos não possuem configuração de modo de hibernação ou desligamento automático, mantendo consumo elevado durante períodos noturnos quando unidade opera com pessoal reduzido.

Refrigeradores e freezers utilizados para armazenagem de medicamentos, vacinas e materiais biológicos funcionam continuamente sem otimização de parâmetros operacionais.

Frequentemente refrigeradores operam em temperatura mais baixa que a necessária, consumindo energia adicional sem benefício funcional. Vedação de portas não é mantida adequadamente, resultando em escape de ar frio que força equipamento a trabalhar continuamente para repor temperatura.

Não existe sistema centralizado de medição que permita monitoramento detalhado de consumo em tempo real desagregado por setor ou por tipo de equipamento. Medição de consumo ocorre apenas através de hidrômetro único na entrada da unidade, impossibilitando identificação precisa de qual equipamento ou setor está consumindo volumes excessivos de energia.

1.3 Estimativa de Potencial de Economia

Baseado em análise de unidades similares e em experiências documentadas em hospitais e unidades de saúde que implementaram programas de eficiência energética, estimativa conservadora sugere que implementação abrangente das medidas propostas pode resultar em redução de consumo de energia entre 20 a 30 por cento. Alguns estudos de caso documentam economias ainda maiores atingindo até 40 por cento quando múltiplas medidas são implementadas de forma integrada.

Para o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, redução de 25 por cento no consumo de energia representaria economia mensal de aproximadamente R$ 6.500 a R$ 7.875, ou R$ 78.000 a R$ 94.500 anualmente. Esta economia é particularmente relevante para orçamento operacional de unidade municipal onde recursos são frequentemente limitados.

2. Objetivos Estratégicos do Programa de Economicidade Energética

2.1 Objetivo Geral Abrangente

Implementar programa integrado e estruturado de racionalização e otimização de consumo de energia elétrica no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga que resulte em redução significativa de custos operacionais entre 20 a 30 por cento mediante implementação de tecnologias modernas de medição e controle, otimização de procedimentos operacionais, educação continuada de pessoal sobre uso responsável de energia e adoção de fonte alternativa de energia renovável, mantendo total compatibilidade com necessidades críticas de operação da unidade de saúde e sem comprometer segurança de pacientes ou qualidade de atendimento prestado.

2.2 Objetivos Específicos Operacionais

O programa possui objetivos específicos claramente definidos e mensuráveis que orientam implementação e permitem verificação de sucesso.

Primeiramente, reduzir consumo de energia relacionado a sistemas de climatização e ar condicionado entre 15 a 20 por cento através de otimização de operação de equipamentos, implementação de controle automático de temperatura baseado em horário e ocupação, manutenção preventiva regular e calibração apropriada de termostatos. Este objetivo é alcançável sem comprometimento do conforto térmico de pacientes ou profissionais de saúde.

Secundamente, reduzir consumo de energia relacionado a iluminação entre 60 a 70 por cento mediante substituição de tecnologia de iluminação por lâmpadas LED de alta eficiência, instalação de sensores automáticos de presença em áreas de ocupação intermitente, implementação de controle por horário que reduz intensidade de iluminação durante períodos de ocupação mínima e educação de pessoal sobre desligamento manual de iluminação quando ambientes não estão sendo utilizados.

Terceiramente, reduzir consumo de energia relacionado a equipamentos informativos e administrativos entre 25 a 30 por cento mediante desligamento ou colocação em modo de hibernação de equipamentos não utilizados após horário comercial, configuração de computadores para desligamento automático após período de inatividade, desligamento de impressoras e fotocopiadoras durante períodos noturnos e implementação de procedimentos de desligamento padronizado para todo pessoal.

Quartamente, reduzir consumo de refrigeradores e freezers entre 10 a 15 por cento mediante otimização de temperatura de operação para valor mínimo necessário, verificação e reparo de vedação de portas, limpeza periódica de serpentins e calibração de termostatos para garantir funcionamento eficiente.

Quintamente, implementar sistema centralizado de medição e monitoramento em tempo real que fornece visibilidade de consumo desagregado por setor e por tipo de equipamento, permitindo identificação rápida de anomalias e facilitando tomada de decisão baseada em dados precisos.

Sextamente, reduzir custo de energia elétrica através de migração para mercado livre de energia elétrica onde aplicável, obtendo tarifa mais competitiva que tarifa de fornecedor monopolista de rede pública.

Sétimamente, implementar fonte alternativa de geração de energia através de instalação de painel solar fotovoltaico em telhado da unidade que gera energia limpa e renovável, reduzindo dependência de rede pública de energia e oferecendo proteção contra aumentos futuros de tarifas.

Oitavamente, estabelecer cultura de consciência energética entre todos os funcionários através de treinamento, campanhas de sensibilização e reconhecimento de contribuições para economias de energia.

3. Tecnologia de Medição Inteligente e Monitoramento em Tempo Real

3.1 Sistema Centralizado de Medição Inteligente

O programa propõe implementação de sistema abrangente de medição de energia elétrica utilizando tecnologia moderna de medidores inteligentes que oferece monitoramento contínuo e detalhado de consumo em tempo real. Diferentemente de medidores convencionais que fornecem apenas leitura total de consumo mensal, medidores inteligentes fornecem dados granulares permitindo análise desagregada de consumo.

Medidores inteligentes especificados possuem capacidade de medir demanda instantânea de energia em kilowatts, fator de potência que indica eficiência da utilização de energia, harmônicos que podem indicar problemas de qualidade de energia, e identificação de equipamentos com consumo anormalmente elevado. Medidores comunicam com central de monitoramento através de rede de dados utilizando protocolo de comunicação seguro, transmitindo dados a intervalos de cinco minutos permitindo visualização de perfil de consumo com resolução horária de alta precisão.

A central de monitoramento consolida dados de todos os medidores em dashboard único que oferece visualização integrada de consumo de toda unidade com opção de desagregação por setor ou por tipo de equipamento. Dashboard oferece acesso aos dados através de interface web que pode ser visualizada em qualquer computador ou dispositivo móvel permitindo consulta de informações de consumo em tempo real de qualquer local.

Algoritmos de análise automática processam dados de consumo identificando padrões anormais e anomalias que possam indicar problemas operacionais. Quando consumo em determinado setor ou equipamento

ultrapassa limite estatístico estabelecido ou apresenta mudança abrupta comparada com padrão histórico, sistema emite alerta notificando pessoal responsável via email ou SMS para investigação imediata.

3.2 Desagregação de Consumo por Setor

Sistema propõe implementação de medidores secundários posicionados em pontos estratégicos permitindo segregação de consumo por setor ou por equipamento crítico. Desagregação típica compreende medição separada para: sistema de climatização e ar condicionado, iluminação em diferentes áreas, equipamentos informativos e administrativos, equipamentos médicos críticos, refrigeradores e freezers, bomba de circulação de água, gerador emergencial, elevador se houver.

Esta desagregação permite identificação precisa de qual setor está consumindo volumes maiores de energia, facilitando implementação de medidas corretivas específicas. Se consumo de climatização aumenta anomalamente, investigação rápida pode identificar que compressor está travado ou que filtro está completamente obstruído. Se consumo de iluminação aumenta, pode indicar que sensor de presença está com mau funcionamento deixando luzes acesas continuamente.

3.3 Software de Gestão de Energia

Software de gestão integrado fornecido junto ao sistema de medição oferece funcionalidades avançadas para otimização de consumo. O software possui módulo de análise que compara consumo em tempo real com consumo esperado baseado em histórico e em variáveis operacionais como temperatura externa, nível de ocupação e tipo de procedimentos sendo realizados na unidade.

Software oferece capacidade de geração de relatórios customizados que analisam tendências de consumo ao longo do tempo, identificam

oportunidades de economia e documentam impacto de medidas implementadas. Relatórios podem ser agendados para geração automática e distribuição regular para administração permitindo acompanhamento contínuo de progresso.

Software inclui módulo de detecção de falhas que utiliza machine learning para aprender padrão normal de operação de equipamentos e identifica desvios que possam indicar deterioração ou mau funcionamento iminente. Esta detecção precoce permite que manutenção preventiva seja realizada evitando falhas completas que resultam em custos de reparo elevados.

4. Otimização de Sistemas de Climatização e Ar Condicionado

4.1 Implementação de Controle de Temperatura Inteligente

Sistema de climatização é frequentemente o maior consumidor de energia em unidade de saúde, apresentando oportunidade maior de economia mediante otimização apropriada. O programa propõe implementação de termostatos programáveis que oferecem controle automático de temperatura diferenciado por horário do dia e conforme nível de ocupação de ambientes.

Termostatos programmáveis são configurados para manter temperatura em 24 graus Celsius durante período diurno quando ocupação de unidade é elevada e atividades clínicas estão no pico. Durante período de transição entre turno diurno e noturno, temperatura é gradualmente reduzida para 22 graus Celsius, redução moderada que oferece economia significativa de energia sem comprometer conforto ou segurança.

Durante período noturno quando ocupação é mínima e atividades clínicas são limitadas a emergências, temperatura é mantida em 22 graus Celsius para áreas de circulação e áreas administrativas, enquanto áreas críticas

como sala de emergência e áreas de observação de pacientes mantêm temperatura em 24 graus Celsius para garantir conforto de pacientes potencialmente vulneráveis.

Sensores de ocupação detectam presença de pessoas em ambientes específicos e permitem que termostato ajuste operação conforme necessidade real de refrigeração. Ambientes desocupados têm climatização reduzida mantendo temperatura ambiente sem fornecer ar condicionado ativo, economizando energia sem prejudicar a qualidade de ar interior que será restaurada quando ambiente voltar a ser ocupado.

4.2 Manutenção Preventiva Rigorosa

Manutenção preventiva regular dos sistemas de climatização é crítica para garantir funcionamento eficiente e evitar desperdícios causados por negligência. Programa estabelece cronograma de manutenção que inclui limpeza mensal de filtros de ar que removem acúmulo de poeira reduzindo restrição ao fluxo de ar e consequente consumo excessivo de energia.

Limpeza semestral de serpentins de evaporação remove acúmulo de sujeira que reduz transferência de calor forçando compressor a trabalhar mais intensamente. Inspeção trimestral de tubulações de refrigerante verifica integridade de conexões e detecta vazamentos que reduzem capacidade de refrigeração da unidade.

Testes semestrais de pressão de refrigerante verificam se quantidade apropriada de refrigerante está presente no sistema. Deficiência de refrigerante força compressor a trabalhar continuamente sem conseguir atingir temperatura desejada resultando em consumo contínuo de energia sem produção apropriada de ar frio.

Lubrificação periódica de ventiladores e motores reduz fricção e permite operação mais eficiente. Alinhamento apropriado de acoplamentos de

motores evita vibração excessiva que danifica componentes e reduz eficiência mecânica.

4.3 Otimização de Capacidade de Refrigeração

Análise técnica do sistema de climatização pode identificar que capacidade de refrigeração instalada é superior à necessidade real da unidade. Se compressor operar continuamente em capacidade reduzida, isto oferece oportunidade de redimensionamento em futuro para equipamento de menor capacidade que opera mais próximo de capacidade nominal oferecendo eficiência superior.

Adicionalmente, vedação apropriada de ambientes climatizados evita escape de ar frio através de frestas em volta de portas e janelas. Vedação de porta com escova ou borracha elastomérica reduz infiltração de ar quente do ambiente externo. Fechamento apropriado de portas evita que ar frio escape para ambientes não climatizados.

5. Substituição de Iluminação e Otimização de Controle de Luz

5.1 Retrofit Completo para Tecnologia LED

Iluminação tradicional baseada em lâmpadas incandescentes ou fluorescentes apresenta eficiência energética muito inferior à tecnologia LED moderna. Lâmpadas incandescentes convertem apenas 5 por cento da energia elétrica em luz visível, com restante sendo convertido em calor desperdiçado. Lâmpadas fluorescentes compactas oferecem eficiência superior mas ainda inferior a LED.

Lâmpadas LED modernas de alta qualidade oferecem redução de 60 a 80 por cento no consumo de energia comparado com lâmpadas incandescentes oferecendo qualidade de luz igual ou superior. Adicionalmente, lâmpadas LED possuem vida útil muito mais longa,

tipicamente 25 mil a 50 mil horas de funcionamento comparado com 1 mil horas para incandescentes ou 8 mil horas para fluorescentes, reduzindo frequência de substituição e custos de manutenção.

O programa propõe retrofit completo de toda iluminação da unidade para lâmpadas LED de qualidade apropriada. Retrofit compreende substituição de lâmpadas em todos os corredores, salas de espera, áreas administrativas, áreas técnicas, banheiros, áreas de apoio e áreas externas. Prioridade inicial é dada a áreas de uso contínuo onde lâmpadas permananecem acesas durante todo o período 24 horas onde economia é maior.

Retrofit é realizado em fases para minimizar impacto nas operações da unidade e distribuir custos ao longo do tempo. Primeira fase compreende substituição de iluminação em corredores e áreas comuns. Segunda fase compreende substituição em áreas administrativas. Terceira fase compreende substituição em áreas clínicas e técnicas onde qualidade de iluminação é crítica.

5.2 Instalação de Sensores de Presença e Desligamento Automático

Instalação de sensores automáticos de presença em corredores, banheiros e áreas de ocupação intermitente permite desligamento automático de iluminação quando ninguém se encontra presente. Sensores utilizam tecnologia de infravermelha ou movimento detectando presença de pessoa através de variação de calor corporal.

Quando movimento é detectado, sensor liga iluminação em intensidade máxima permitindo que pessoa trabalhe ou circule com visibilidade apropriada. Quando nenhum movimento é detectado por período configurável, tipicamente 5 a 10 minutos, sensor desliga iluminação reduzindo consumo de energia. Se pessoa retorna ao ambiente, sensor detecta movimento e liga iluminação novamente.

Esta abordagem oferece economia significativa em áreas de ocupação intermitente ou transitória como corredores de circulação onde pessoas passam rapidamente sem permanecer por período longo. Economia varia dependendo de padrão de ocupação mas típicamente varia entre 40 a 60 por cento em áreas onde sensores são instalados.

Sensores são instalados prioritariamente em áreas que apresentam padrão de ocupação mais variável como corredores, banheiros, áreas de armazenagem, salas de arquivo. Áreas críticas como salas de emergência ou salas de procedimento mantêm iluminação manual ou em modo contínuo pois desligamento automático poderia comprometer segurança de pacientes durante procedimentos.

5.3 Redução de Intensidade Noturna

Conforme apropriado e viável do ponto de vista operacional, intensidade de iluminação em áreas de circulação comum pode ser reduzida durante período noturno sem comprometer segurança e função. Isto oferece economia de energia adicional sem necessidade de desligamento completo.

Iluminação em corredores principais é mantida em 100 por cento de intensidade para garantir segurança de circulação. Iluminação em corredores secundários, áreas de armazenagem e áreas administrativas pode ser reduzida para 50 por cento de intensidade durante período noturno. Esta redução moderada permite suficiente iluminação para navegação segura enquanto oferece redução de 25 a 30 por cento no consumo de iluminação noturna.

Redução de intensidade é implementada através de dimmers ou circuitos de iluminação separados que podem ser controlados por relógio programável ou por controle manual. Controle automático por relógio

garante que redução ocorre consistentemente sem dependência de ação manual que pode ser esquecida.

6. Gestão de Equipamentos Informativos e Administrativos

6.1 Protocolo de Desligamento de Equipamentos

Equipamentos informativos incluindo computadores desktop, impressoras, fotocopiadoras, máquinas de café e demais equipamentos administrativos frequentemente permanecem ligados durante período noturno quando ninguém está utilizando-os, resultado em consumo contínuo de energia sem produção de serviço útil. Implementação de protocolo claro de desligamento de equipamentos após horário comercial oferece economia significativa.

O protocolo estabelece que responsável por cada departamento verifica antes de deixar trabalho que equipamentos não essenciais foram desligados. Computadores são desligados ou colocados em modo de hibernação que reduz consumo para menos de 5 watts comparado com 100 a 200 watts em operação normal. Impressoras, fotocopiadoras e máquinas de café são desligadas completamente.

Equipamentos que requerem funcionamento contínuo para execução de backup automático de dados ou para manutenção de conectividade de rede são configurados para modo de baixo consumo que preserva funcionalidade crítica enquanto reduz consumo de energia.

Muitos equipamentos moderno oferecem programação de desligamento automático em horário específico reduzindo dependência de ação manual. Treinamento de pessoal é essencial para sucesso de protocolo de desligamento. Funcionários precisam compreender que desligar equipamentos não necessários reduz custos operacionais que beneficiam

instituição e pode resultar em redirecionamento de economia para melhorias em serviços de saúde.

6.2 Configuração de Computadores para Desligamento Automático

Computadores utilizados para tarefas administrativas são configurados para desligamento automático após período de inatividade, tipicamente 30 minutos, durante período noturno. Configuração utiliza recursos do sistema operacional que monitora atividade de teclado e mouse e dispara desligamento se nenhuma atividade é detectada.

Computadores utilizados para execução de tarefas críticas 24 horas como monitoramento de sistemas ou backup de dados permanecem ligados continuamente mas são configurados para suspensão de monitor após 5 minutos de inatividade reduzindo consumo do monitor que representa porção significativa do consumo total do computador.

Configuração de hibernação de computador oferece alternativa onde computador inteiro é colocado em estado de baixo consumo que requer apenas alguns watts de energia para manter dados em memória. Reativação de hibernação requer alguns segundos mas oferece economia significativa comparada com desligamento completo que requer inicialização do sistema operacional levando minuto ou mais.

6.3 Gestão de Impressoras e Dispositivos Periféricos

Impressoras e multifuncionais representam consumo significativo particularmente se operando continuamente em espera aguardando trabalhos de impressão. O programa estabelece que impressoras são desligadas ao final de cada turno e reativadas no início do turno seguinte. Multifuncionais que combinam funcionalidades de impressora, copiadoras e scanner são configurados para modo de repouso profundo que reduz consumo para menos de 2 watts quando não está sendo utilizado. Entrada

para modo de repouso ocorre automaticamente após período configurável de inatividade, tipicamente 5 a 10 minutos.

Fotocopiadoras grandes de alto volume que operam em áreas centralizadas são desligadas durante período noturno quando não há necessidade de cópias urgentes. Cópias urgentes que eventualmente possam ser necessárias durante período noturno podem ser executadas em impressoras desk top menores que permanece disponível.

7. Otimização de Refrigeradores e Freezers

7.1 Configuração Apropriada de Temperatura de Operação

Refrigeradores e freezers utilizados para armazenagem de medicamentos, vacinas, reagentes de laboratório e outros materiais biológicos frequentemente estão operando em temperatura mais baixa que a necessária para preservação apropriada de material armazenado. Redução de temperatura de operação para valor mínimo adequado oferece economia de energia sem comprometimento de qualidade de material.

Para refrigeradores de medicamentos e vacinas, temperatura apropriada é entre 2 a 8 graus Celsius conforme especificação de mayoría de medicamentos. Muitos refrigeradores são encontrados operando em temperatura de 0 graus Celsius ou até valores negativos resultando em desperdício de energia para atingir temperatura desnecessariamente baixa. Termostato de refrigerador é ajustado para manter temperatura mínima apropriada. Esta simples mudança pode reduzir consumo de refrigerador entre 10 a 15 por cento pois compressor opera menos frequentemente para atingir temperatura inferior.

Freezers para armazenagem de materiais que requerem congelamento são configurados para -18 graus Celsius que é padrão industrial. Muitos

freezers são encontrados operando em -25 graus Celsius ou mais resultando em consumo excessivo de energia.

7.2 Manutenção de Vedação Apropriada

Vedação de portas de refrigeradores e freezers deve ser mantida em condição excelente para evitar escape de ar frio que força equipamento a trabalhar continuamente. Borracha de vedação que pode estar seca, rasgada ou com protuberância é substituída quando deterioração é detectada.

Teste simples de vedação é realizado colocando folha de papel na porta e tentando puxar folha quando porta é fechada. Se folha sai facilmente, isto indica que vedação não está apropriadamente apertada. Ajuste de porta ou substituição de borracha é realizado.

Mantém-se limpeza apropriada de borracha de vedação removendo poeira e detritos que podem impedir fechamento apropriado. Aplicação de pequena quantidade de vaselina em borracha de vedação pode melhorar flexibilidade se borracha está ressecada.

7.3 Limpeza de Serpentins e Componentes Internos

Serpentins de condensação de refrigerador ou freezer podem acumular camada de gelo que reduz transferência de calor forçando compressor a trabalhar mais intensamente. Descongelação manual periódica ou descongelação automática em refrigeradores modernos remove acúmulo de gelo.

Serpentins na parte posterior de refrigerador que não são vistos acumulam poeira reduzindo eficiência. Limpeza de serpentins traseiros mensalmente com escova suave ou aspirador permite transferência de calor apropriada reduzindo consumo de energia.

Bandeja de coleta de água de condensação deve estar desobstruída permitindo que água flua apropriadamente. Se bandeja está entupida, água se acumula no interior do refrigerador reduzindo espaço de armazenagem e afetando circulação de ar.

8. Migração para Mercado Livre de Energia Elétrica

8.1 Análise de Viabilidade de Migração

Mercado livre de energia elétrica no Brasil oferece oportunidade de redução de tarifa para consumidores de médio e grande porte que conseguem negociar diretamente com geradores e comercializadores de energia. Enquanto pequenos consumidores residenciais estão vinculados a fornecedor monopolista de concessionária local, consumidores institucionais com demanda elevada conseguem obter tarifa mais competitiva no mercado livre.

Unidades de saúde como hospital ou pronto atendimento tipicamente qualificam para acesso ao mercado livre dependendo de consumo mensal. Estimativa conservadora de consumo de 30 a 35 megawatts-hora mensais coloca Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga bem acima do limite mínimo de consumo requerido para acesso ao mercado livre na maioria das regiões do Brasil.

Análise de custo-benefício compara tarifa atual de fornecedor monopolista com tarifa oferecida em mercado livre. Experiência documentada em outros hospitais e unidades de saúde indica que economia tipicamente varia entre 15 a 30 por cento em tarifa, dependendo de condições de mercado e de negociação específica.

Para Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga com consumo mensal estimado de 32 megawatts-hora e custo atual de R$ 28.800 mensais,

economia de 25 por cento em tarifa representaria redução de R$ 7.200 mensais ou R$ 86.400 anuais.

8.2 Processo de Migração

Processo de migração para mercado livre requer engajamento de consultoria especializada em energia que negocia com geradores e comercializadores para obtenção de proposta melhor possível. Consultoria realiza análise de histórico de consumo, perfil de demanda e características de operação permitindo negociação de tarifa customizada.

Proposta de fornecimento em mercado livre especifica preço de energia, volume de fornecimento mínimo e máximo, período de vigência do contrato, cláusulas de penalidade e demais termos comerciais. Período típico de contrato varia de 12 a 60 meses dependendo de preferência do consumidor e de disponibilidade de fornecedor.

Procedimento administrativo para migração inclui análise de documentação, verificação de elegibilidade junto a operador do mercado, aprovação de contrato pela administração da unidade e comunicação com fornecedor anterior para cessação de fornecimento. Processo completo tipicamente leva 2 a 4 meses.

Uma vez migrado para mercado livre, medição de consumo passa para responsabilidade de operador de mercado designado. Faturamento é realizado diretamente por comercializador de energia e operador do sistema cobra valor de TUSD (Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição) que permanece com concessionária de distribuição.

8.3 Benefícios Adicionais da Migração

Além de redução de tarifa de energia, migração para mercado livre oferece benefícios adicionais. Consumidor consegue negociar características de

fornecimento que melhor se adéquam a operação específica, como volume mínimo e máximo de consumo permitido, período de vigência do contrato, possibilidade de ajustes durante vigência.

Acesso a mercado livre permite que consumidor considere compra de energia de fontes renováveis como solar ou eólica. Alguns comercializadores oferecem produtos de energia 100 por cento renovável com certificação que comprovam origem da energia, permitindo que instituição cumpra com objetivos de sustentabilidade ambiental.

Flexibilidade de mercado livre permite que consumidor mude de fornecedor se tarifa oferecida por fornecedor atual se torna pouco competitiva comparada com ofertas no mercado. Esta dinâmica competitiva oferece proteção contra aumentos excessivos de tarifa.

10. Procedimentos Operacionais de Gestão de Energia

10.1 Protocolo de Resposta a Anomalias de Consumo

Quando sistema de monitoramento de energia identifica consumo anomalamente elevado em setor específico ou em equipamento determinado, alerta é enviado para pessoal responsável. Protocolo estabelece que investigação deve ser iniciada dentro de período de uma hora durante horário comercial ou imediatamente durante período noturno se consumo anormalmente elevado pode indicar emergência de segurança.

Responsável pela investigação acessa dashboard de monitoramento para visualizar dados detalhados de consumo em tempo real e identifica que equipamento está apresentando consumo excessivo.

Se consumo está em climatização pode indicar que compressor está travado ou que filtro está obstruído. Se consumo está em iluminação pode indicar que sensor de presença mall funcionou deixando lâmpadas ligadas

continuamente. Se consumo está em equipamento informatizado pode indicar que equipamento não foi desligado ou que está com mau funcionamento.

Uma vez identificada causa, ação corretiva é tomada imediatamente. Se problema é equipamento com mau funcionamento, equipamento é desligado até que manutenção possa verificar condição. Se problema é procedimento operacional inadequado como esquecimento de desligar equipamento, pessoal é reorientado.

Registro de toda anomalia detectada e ação corretiva tomada é mantido para análise posterior de tendências permitindo determinar se problemas similares ocorrem repetidamente ou se tratava de incidente isolado.

10.2 Análise Mensal de Dados de Consumo

Análise mensal de dados de consumo é realizada consolidando informações coletadas durante todo mês precedente. Dados são compilados em relatório que compara consumo do mês atual com consumo do mesmo mês do ano anterior permitindo avaliação de impacto de medidas implementadas ao longo do tempo.

Análise também compara consumo com consumo esperado baseado em modelo preditivo que leva em conta variáveis operacionais como temperatura média do mês, volume de pacientes atendidos e número de procedimentos realizados. Se consumo real é superior ao esperado, investigação é realizada para determinar causa.

Relatório mensal identifica tendências de longo prazo como consumo que aumenta gradualmente ao longo do ano indicativo de deterioração de equipamentos ou mudanças em padrão operacional. Tendências negativas recebem atenção especial com implementação de medidas corretivas.

Relatório mensal também documenta impacto de medidas implementadas comparando consumo antes e depois da implementação. Se substituição de lâmpadas por LED foi realizada em determinado mês, relatório quantifica economia gerada pela mudança.

10.3 Manutenção Preventiva de Sistemas Energéticos

Cronograma de manutenção preventiva de todos os sistemas que consomem energia é estabelecido para evitar problemas que resultam em ineficiência ou consumo excessivo. Sistema de climatização é inspecionado mensalmente com limpeza de filtros, teste de pressão de refrigerante e verificação de vedação de dutos.

Sistema solar fotovoltaico é inspecionado trimestralmente com limpeza de painéis removendo poeira e detritos que reduzem eficiência, verificação de conexões elétricas e teste de funcionalidade de inversor. Bateria de armazenamento se instalada é testada mensalmente verificando que carga está mantida apropriadamente.

Equipamentos de iluminação incluindo lâmpadas, sensores de presença e circuitos de controle são inspecionados regularmente verificando que funcionam apropriadamente e que sensores estão calibrados corretamente.

---

11. Educação Continuada e Consciência Energética

11.1 Programa de Treinamento de Pessoal

Todos os funcionários recebem treinamento inicial sobre importância de uso responsável de energia, custos associados com consumo excessivo e como ações individuais de cada pessoa contribuem para economia coletiva. Treinamento inclui apresentação de custos mensais de energia, comparação com outros custos operacionais e explicação de como redução de consumo beneficia instituição.

Pessoal em posições que diretamente afetam consumo de energia como técnico de manutenção de climatização, pessoal responsável por operação de equipamentos administrativos, responsável de turno noturno e pessoal de limpeza recebem treinamento especializado sobre práticas específicas de sua área.

Técnico de climatização é treinado sobre procedimentos corretos de limpeza de filtros, verificação de pressão de refrigerante, calibração de termostatos e detecção de vazamentos que resultam em ineficiência. Pessoal administrativo é treinado sobre desligamento apropriado de computadores e periféricos. Responsável de turno noturno é treinado sobre verificação de que luzes não essenciais foram desligadas antes de deixar trabalho.

Treinamento é repetido periodicamente, no mínimo anualmente, para manter conscientização elevada e para integrar novo pessoal que é admitido à instituição.

11.2 Campanha de Sensibilização e Comunicação

Campanha de sensibilização contínua mantém conscientização de pessoal elevada e reforça importância de uso responsável de energia. Cartazes informativos são exibidos em áreas estratégicas incluindo recepção, corredores principais, áreas administrativas e áreas de descanso de pessoal.

Cartazes exibem mensagens simples e diretas como "Desligue a luz ao deixar a sala", "Feche bem a porta de refrigerador", "Ajude a economizar energia". Mensagens podem ser alternadas periodicamente mantendo cartazes atualizados e interessantes.

Newsletter mensal é enviada para todos os funcionários documentando consumo de energia do mês anterior, custo associado, economia

alcançada comparada com mês anterior e progresso em direção aos objetivos estabelecidos. Newsletter também compartilha dicas práticas sobre economias de energia que funcionários podem implementar.

Dados de consumo e economia são publicados em painel informativo em área de circulação elevada permitindo que qualquer pessoa veja progresso do programa e se sinta parte do esforço coletivo.

11.3 Reconhecimento e Incentivos

Reconhecimento público é dado para departamentos ou para funcionários que demonstram sucesso em reduzir consumo de energia ou em identificar oportunidades de economia. Reconhecimento pode ser mencionado em newsletter, publicado em painel informativo ou compartilhado em reunião de equipe.

Incentivos podem ser oferecidos para equipes que atingem metas de redução de consumo estabelecidas. Incentivos podem variar de reconhecimento formal, folga adicional, bônus de desempenho ou cesta de produtos dependendo de política da instituição.

Competição amigável entre diferentes turnos ou departamentos para atingir metas de economia de energia pode ser organizada periodicamente para aumentar engajamento e motivação de pessoal.

3. Qualificacao tecnica

3.1. Tempo de atuação da entidade na prestação de serviços de pronto atendimento ou urgência e emergência. (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais com Pronto Atendimento ou Pronto Socorro)

Apresentamos em anexo, os documentos que evidenciam o tempo de atuação da entidade, acima de 36 (trinta e seis) meses, assegurando-lhe a pontuação máxima de 10 pontos.

3.2. Quantidade de estabelecimentos de saúde com serviço de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais com Pronto Atendimento ou Pronto Socorro) gerenciados nos últimos 5 (cinco) anos

De igual modo, os documentos que integram o presente plano comprovam a expertise da entidade em mais de 05 (cinco) unidades com serviço de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais com Pronto Atendimento ou Pronto Socorro) que foram gerenciados nos últimos 5 (cinco) anos, atribuindo-lhe a pontuação máxima de 05 pontos.

3.3. Quantidade de estabelecimentos de saúde com serviço de especialidades (Ambulatório de Especialidades) gerenciados nos últimos 5 (cinco) anos.

Noutro ponto, os atestados e contratos apresentados em anexo, demonstram ainda, o gerenciamento de demais de 05 (cinco) unidades com servicos de especialidades, os quais foram gerenciados nos últimos 05 anos, assegurando-lhe o atendimento a pontuação máxima de 05 pontos.

3.4. Apresentação de profissional com notória experiência em gestão pública.

Por fim, apresentamos ainda, o vasto acervo técnico profissional de sua equipe técnica, os quais evidenciam a vasta experiência em gestão pública, com ênfase na área da saúde.

4. Plano Operacional com a disponibilização e operacionalização de serviços administrativos e de apoio:

a. Gestão de farmácia hospitalar;

A farmácia hospitalar é uma unidade essencial dentro de um hospital, responsável por garantir que medicamentos e produtos farmacêuticos estejam disponíveis, sejam administrados corretamente e contribuam para a segurança e eficácia do tratamento dos pacientes.

A gestão eficiente desta área é vital para otimizar o atendimento ao paciente e melhorar os resultados clínicos.

2. Funções e Responsabilidades

2.1. Aquisição de Medicamentos

2.1.1. Seleção de Medicamentos

- **Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT)**: Estabelecimento de um comitê que inclui farmacêuticos, médicos e outros profissionais para determinar quais medicamentos devem estar disponíveis, baseando-se em evidências científicas e protocolos clínicos.
- **Avaliação de Medicamentos Genéricos e de Marca**: Consideração de custo-benefício, eficácia e bioequivalência ao selecionar entre opções genéricas ou de marca.

2.1.2. Compras

- **Processo de Licitação e Contratação**: Desenvolvimento de processos de licitação claros e justos para garantir a aquisição de medicamentos de qualidade ao melhor custo.

- **Relações com Fornecedores**: Manutenção de relações sólidas com fornecedores para assegurar a continuidade no fornecimento.

2.2. Armazenamento e Distribuição

2.2.1. Armazenamento Seguro

- **Gestão de Condições Ambientais**: Instalação de sistemas de controle ambiental para manter a temperatura e umidade ideais.
- **Segurança**: Implementação de medidas de segurança para evitar furtos e controlar o acesso a medicamentos controlados.

2.2.2. Distribuição

- **Logística Interna**: Desenvolvimento de rotas eficientes para a entrega de medicamentos nas diversas unidades do hospital.
- **Tecnologia de Rastreamento**: Uso de códigos de barras e RFID para monitorar a movimentação de medicamentos.

2.3. Segurança e Qualidade

2.3.1. Controle de Qualidade

- **Inspeção Regular de Estoques**: Verificação contínua da integridade e validade dos medicamentos.
- **Gestão de Lotes e Recalls**: Capacidade de rastrear e retirar lotes específicos de medicamentos em caso de recalls.

2.3.2. Segurança do Paciente

- **Protocolos de Administração Segura**: Desenvolvimento de diretrizes claras para a administração de medicamentos, incluindo o "direito do paciente, medicamento, dose, via e tempo".
- **Farmacovigilância Ativa**: Implementação de sistemas para monitorar e reportar eventos adversos.

2.4. Educação e Pesquisa

2.4.1. Educação Contínua

- **Treinamento Interdisciplinar**: Programas que envolvem farmacêuticos, enfermeiros e médicos para promover uma compreensão comum das melhores práticas de medicação.
- **Atualização em Terapias Farmacêuticas**: Seminários e workshops sobre novos medicamentos e terapias emergentes.

2.4.2. Pesquisa

- **Colaboração com Instituições de Pesquisa**: Participação em estudos clínicos e projetos de pesquisa que visam melhorar a prática farmacêutica.
- **Avaliação de Protocolos Clínicos**: Revisão contínua e atualização de protocolos baseados em novas evidências científicas.

3. Processos de Gestão

3.1. Gestão de Estoque

3.1.1. Controle Rigoroso

- **Sistema Informatizado de Gestão de Estoque**: Implementação de software avançado para monitorar níveis de estoque, minimizando o risco de falta ou excesso.
- **Inventário Rotativo**: Realização de contagens periódicas para garantir a precisão dos registros.

3.1.2. Previsão e Planejamento

- **Modelos de Previsão de Demanda**: Uso de modelos estatísticos e de aprendizado de máquina para prever o consumo futuro de medicamentos.
- **Planejamento de Emergência**: Desenvolvimento de planos de contingência para enfrentar interrupções no fornecimento devido a desastres naturais ou outros eventos imprevistos.

3.2. Gestão Financeira

3.2.1. Orçamento

- **Desenvolvimento de Orçamento Anual**: Planejamento financeiro detalhado, considerando custos de aquisição, armazenamento e distribuição.
- **Análise de Custo-Efetividade**: Avaliação de novas terapias e medicamentos para garantir que sejam incorporados de maneira econômica.

3.2.2. Relatórios Financeiros

- **Relatórios Detalhados**: Produção de relatórios financeiros que detalham despesas, economias e retornos sobre investimentos.
- **Transparência e Conformidade**: Garantia de que todos os processos financeiros estão em conformidade com as normas regulatórias.

4. Desafios e Soluções

4.1. Desafios Comuns

4.1.1. Escassez de Medicamentos

- **Estabelecimento de Parcerias**: Colaboração com outras instituições para compartilhar recursos em tempos de escassez.
- **Desenvolvimento de Alternativas Terapêuticas**: Identificação de alternativas quando medicamentos específicos não estão disponíveis.

4.1.2. Erros de Medicação

- **Automação e Tecnologia**: Implementação de dispensadores automatizados e sistemas de prescrição eletrônica para reduzir erros humanos.

4.2. Soluções Inovadoras

4.2.1. Tecnologia da Informação

- **Integração de Sistemas**: Criação de um sistema integrado que conecta a farmácia com outras partes do hospital para otimizar o fluxo de informação.
- **Análise de Dados Avançada**: Uso de big data para identificar padrões de uso de medicamentos e otimizar processos de compra e distribuição.

4.2.2. Sustentabilidade

- **Gestão de Resíduos Farmacêuticos**: Desenvolvimento de programas de descarte seguro e sustentável de medicamentos expirados ou não utilizados.
- **Práticas Verdes**: Implementação de práticas que reduzem o impacto ambiental da farmácia, como o uso de embalagens recicláveis.

A gestão da farmácia hospitalar é um componente fundamental no funcionamento de um hospital, exigindo coordenação cuidadosa de múltiplos processos para garantir que os pacientes recebam medicamentos seguros e eficazes.

Através da implementação de tecnologia avançada, práticas de gestão inovadoras e um foco contínuo em segurança e qualidade, a farmácia

hospitalar pode melhorar significativamente os resultados dos pacientes e otimizar os recursos hospitalares.

O compromisso contínuo com a educação e adaptação a novas práticas assegura que a farmácia hospitalar esteja preparada para enfrentar desafios futuros e continuar a desempenhar um papel central no atendimento ao paciente.

Procedimento Operacional Padrão (POP) para a Gestão da Farmácia Hospitalar

1. Identificação

- **Título do Documento**: Procedimento Operacional Padrão para a Gestão da Farmácia Hospitalar
- **Código de Referência**: POP-FH-001
- **Departamento Responsável**: Farmácia Hospitalar
- **Data de Implementação**: [Data de Emissão]
- **Data de Revisão**: [Data Programada para Revisão]
- **Aprovação**: [Nome do Diretor ou Supervisor Responsável]

2. Objetivo

Definir diretrizes e procedimentos claros para a gestão eficaz e segura dos medicamentos dentro da farmácia hospitalar, assegurando a qualidade no fornecimento e administração de medicamentos para os pacientes.

3. Escopo

Este POP é aplicável a todos os profissionais envolvidos nas operações da farmácia hospitalar do Hospital [Nome do Hospital], incluindo farmacêuticos, auxiliares e a equipe de enfermagem que interage com a farmácia.

4. Responsabilidades

- **Farmacêutico Responsável**: Coordenar e supervisionar todas as atividades relacionadas à farmácia, garantindo que os procedimentos sejam seguidos conforme estabelecido.
- **Auxiliares de Farmácia**: Cumprir tarefas operacionais de acordo com os procedimentos descritos neste documento.
- **Equipe de Enfermagem**: Colaborar com a farmácia para garantir a administração correta dos medicamentos aos pacientes.

5. Procedimentos

5.1. Aquisição de Medicamentos

1. **Seleção de Medicamentos**:
   - Participar ativamente do Comitê de Farmácia e Terapêutica para revisar e atualizar a lista de medicamentos essenciais, assegurando que estejam alinhados com os protocolos clínicos e as necessidades do hospital.
   - Realizar uma análise criteriosa entre opções de medicamentos genéricos e de marca, considerando eficácia, custo-benefício e bioequivalência.
2. **Processo de Compra**:
   - Efetuar pedidos de aquisição com base na demanda projetada e no orçamento disponível, garantindo que não haja interrupção no fornecimento de medicamentos críticos.
   - Manter e fortalecer parcerias com fornecedores confiáveis, assegurando a qualidade e a continuidade do abastecimento.

5.2. Armazenamento de Medicamentos

1. **Condições de Armazenamento**:

- Monitorar constantemente a temperatura, que deve ser mantida entre 15°C e 25°C, e controlar a umidade, para garantir a integridade dos medicamentos.
- Armazenar medicamentos controlados e de alto risco em áreas trancadas e seguras, com acesso restrito a pessoal autorizado.

2. **Organização do Estoque**:

- Classificar e organizar medicamentos por categoria terapêutica e data de validade, utilizando um sistema de inventário que facilite o acesso rápido e preciso.
- Realizar inventários mensais para verificar a precisão dos registros e identificar discrepâncias de forma proativa.

5.3. Distribuição de Medicamentos

1. **Dispensação**:

- Verificar cuidadosamente as prescrições médicas para garantir clareza e precisão antes da dispensação.
- Utilizar um sistema informatizado para registrar a saída de medicamentos, garantindo rastreabilidade e controle.

2. **Entrega**:

- Assegurar que os medicamentos sejam entregues de forma eficiente às unidades de internação, minimizando atrasos e garantindo que os pacientes recebam seus medicamentos em tempo hábil.
- Confirmar a entrega correta com a equipe de enfermagem, assegurando que todas as informações necessárias sejam transmitidas.

5.4. Controle de Qualidade

1. **Inspeção de Qualidade**:

- Conduzir verificações regulares para assegurar a integridade e validade dos medicamentos ao recebê-los e durante o armazenamento.
- Implementar testes de qualidade adicionais conforme necessário para garantir a segurança dos produtos.

2. **Farmacovigilância**:

- Monitorar e registrar de forma sistemática quaisquer reações adversas ou eventos relacionados a medicamentos, mantendo registros precisos para análise e ação corretiva.

5.5. Educação e Treinamento

1. **Capacitação Contínua**:

○ Participar de programas regulares de educação continuada para se atualizar sobre novas terapias e práticas de segurança de medicamentos.

○ Oferecer sessões de treinamento frequentes à equipe sobre o uso seguro e eficaz de medicamentos, promovendo uma cultura de segurança dentro do hospital.

6. Monitoramento e Avaliação

- Realizar auditorias internas trimestrais para garantir que o cumprimento dos procedimentos descritos neste POP esteja sendo mantido.
- Avaliar frequentemente indicadores de desempenho, como taxas de erro de medicação e tempos de entrega, e implementar melhorias sempre que necessário.

7. Anexos

- Lista Atualizada de Medicamentos Essenciais
- Formulário para Registro de Reações Adversas a Medicamentos
- Check-list para Inventário Mensal de Estoque

8. Revisão e Atualização

Este POP deve ser revisado anualmente ou quando houver alterações significativas nos processos, regulamentos ou padrões de prática, assegurando que continue a refletir as melhores práticas e as necessidades do hospital.

c. Serviços de Nutrição e Dietética;

Será realizado a prestação de serviços de nutrição e alimentação hospitalar, dietas enterais e fórmulas lácteas destinadas à pacientes (adultos e infantis), acompanhantes legalmente instituídos, assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênico-sanitárias adequadas (Portaria 2619/2011 SMS.G, CVS 5/2013 e Código Sanitário Estadual e/ou legislação vigente), englobando a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades de produção, distribuição e administrativas, podendo se utilizar de contrato específico para essa finalidade.

As dietas se destinam a adultos e crianças, respeitando-se as especificidades e visando a atender as necessidades nutricionais de cada indivíduo.

As dietas englobam: Desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite para pacientes internados, mediante prescrição;

O fornecimento inclui as seguintes definições:

DIETAS: geral, branda, pastosa, pastosa liquidificada, leve, líquida, hipossódica, para diabéticos, hipercalórica, hiperproteica, hipogordurosa, rica em fibras, hídrica e outras. As demais dietas de rotina ou terapêuticas e as necessidades especiais e clínicas de cada paciente (intolerância, alergia a determinado gênero alimentício, crenças religiosas e outras) deverão ser atendidas mediante solicitações seguindo as orientações definidas pela Unidade Hospitalar, segundo os padrões estabelecidos do Manual de Dietas implantado.

FÓRMULAS LÁCTEAS (quando necessário): fórmula infantil especial (manipulada para melhor adaptação à fisiologia do usuário e suas necessidades específicas), fórmula elementar, fórmula semi-elementar, suco de frutas, papa de frutas, papa principal e outros. O processo de preparação deverá seguir as normas e diretrizes estabelecidas no Manual

de Boas Práticas do Lactário, baseado na legislação sanitária vigente; CVS 5/2013, RDC 63/00 e Portaria SMSG 2619/11, com as ações corretivas imediatas, necessárias para corrigir os pontos críticos, controlar os perigos e os pontos de controle.

NUTRIÇÃO ENTERAL: padrão, especial, suplemento nutricional, módulos (espessante, fibras, glutamina, carboidrato, simbiótico, lactobacilos, proteínas e TCM). Para a operacionalização das atividades a OS deverá observar todos os critérios técnicos para Terapia de Nutrição Enteral (TNE) definidos na RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou legislação vigente.

CARDÁPIOS:

Os cardápios elaborados deverão apresentar preparos variados, com alimentação equilibrada e de boa aparência e ótima qualidade, proporcionando um aporte calórico necessário e uma boa aceitação por parte dos pacientes e acompanhantes.

Os cardápios deverão ter planejamento diferenciado, com preparações típicas e decorações correspondentes, para pacientes e acompanhantes, em datas especiais (como por exemplo: Páscoa, Natal, Ano Novo, Dia das Crianças, Dia dos Pais, Dia das Mães, Festas Juninas e outros) respeitando as características específicas de cada dieta, conforme padrão determinado.

Serão atendidas as solicitações de cardápios diferenciados aos pacientes cujos padrões alimentares tenham influências de preceitos religiosos, tabus, hábitos alimentares e sócios culturais, em consonância com estado clínico e nutricional.

Qualidade dos produtos:

Todos os gêneros alimentícios e produtos empregados na elaboração das refeições serão obrigatoriamente de primeira qualidade e estarem em perfeitas condições de conservação, higiene e apresentação.

Distribuição:

O sistema de distribuição é centralizado, ou seja, as refeições serão montadas na cozinha, armazenadas e distribuídas em carros térmicos com monitoramento das temperaturas, a fim de garantir a temperatura das preparações em todas as unidades de distribuição.

O serviço deverá estar disponível durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, de segunda-feira a domingo.

Será apresentado em até 30 dias, após o início das atividades, o Manual de Boas Práticas adaptado às necessidades da Unidade Hospitalar, para validação pela CONTRATANTE e, após aprovação, este deverá ser cumprido na íntegra.

d. Serviços de lavanderia/rouparia;

A lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento de seu enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades do hospital, refletindo-se especialmente nos seguintes aspectos:

(i) Controle das infecções;
(ii) Recuperação, conforto e segurança do paciente;
(iii) Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
(iv) Racionalização de tempo e material;
(v) Redução dos custos operacionais..

Compete ao Setor Rouparia/Processamento de Roupas, a coleta, recepção, separação, pesagem, identificação, distribuição, atendimento a solicitações extraordinárias e lançar os dados em sistema informatizado.

Coleta - Recolhimento de Roupas Sujas

Objetivo - Coletar as roupas sujas contaminadas nos setores envolvidos na área, e acomodar os sacos de roupas para serem processadas.

Na Unidade a roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, sendo a enfermagem a responsável por colocar o saco no expurgo, identificá-lo e o seu devido fechamento.

Após fechado, o saco de roupas sujas é acondicionado no carro próprio que fica localizado no expurgo de cada setor. O colaborador responsável pela coleta transporta a roupa até área destinada a recolhimento da mesma, pelo serviço terceirizado.

Inicio do Recolhimento - o colaborador responsável por esta tarefa, durante esta operação, deve usar EPI(s) próprios para o desempenho de suas funções (luvas de borracha, avental e máscara).

Os carros usados nas remoções dos sacos de roupas sujas nunca devem ser utilizados para o transporte de roupa limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento da roupa suja com a limpa.

O colaborador já paramentado inicia o recolhimento dando início ao recolhimento no resto do prédio.

SEPARAÇÃO

Na área de separação, os sacos de roupa suja são pesados e o resultado do peso é registrado em impresso próprio, para o controle de custos das diversas unidades.

A boa lavagem começa na separação da roupa suja, quando será classificada segundo o grau de sujidade, tipo de tecido e cor.

Essa classificação, realizada durante a separação, na lavanderia terceirizada tem a finalidade de:

- Agrupar a roupa que pode ser lavada em conjunto;
- Agrupar a roupa que terá o mesmo acabamento.

Na separação, é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas, visando evitar que estes elementos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo.

Pesagem

Após a separação, já em lotes, fardos ou sacos identificados, a roupa é novamente pesada, em balança bem nivelada, para controle contábil operacional da lavanderia e da capacidade das lavadoras.

A pesagem das roupas é indispensável para indicar a carga correta das lavadoras, o peso da roupa recebida de cada unidade para a contabilidade de custos e facilitar a determinação das fórmulas mais adequadas de lavagem.

Após a pesagem, os fardos ou sacos de roupa identificados devem ser levados até à(s) lavadora(s), onde todo o material necessário para a lavagem deve ser colocados à mão, para evitar desperdício de tempo e de energia.

Lavagem

É o processo que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, nível bacteriológico reduzido ao mínimo e confortável para o uso.

O processo de lavagem propriamente dito é realizado na área suja. Não existe um único processo de lavagem para todo a roupa do hospital, daí a necessidade de classificação ou triagem da mesma, para se determinar o ciclo a ser usado.

O ciclo a ser empregado depende do grau de sujidade, do tipo de tecido da roupa, assim como do tipo de equipamento da lavanderia e dos produtos utilizados.

Processamento na rouparia

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, e centraliza o movimento de toda roupa do hospital. A centralização em um único local permite um controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em quantidade e qualidade, às diversas unidades do hospital. É na rouparia que se faz a estocagem (repouso) da roupa, distribuição e costura, incluindo conserto, baixa e reaproveitamento.

Fluxo de Serviço

O fluxo do serviço de hotelaria da unidade deverá ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de roupas sujas com as roupas limpas esterilizadas bem como evitar que o colaborador escalado transite pelas áreas limpas com material sujo e vice-versa.

Além disso, o acesso ao estoque de roupas limpas será restrito aos profissionais do setor, evitando manipulações excessivas.

Ademais, os serviços de lavanderia terão capacidade técnica operativa e profissional, equipe técnica para o processamento adequado e as condições necessárias para desinfecção, higienização, acondicionamento de toda a roupa processada de maneira a garantir a qualidade dos serviços prestados, bem como a retirada e entrega da roupa por meio de carros de transportes adequados e o controle do enxoval circulante, observadas as normas vigentes da Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual e demais normas e legislações em vigor, relacionadas ao tema.

Será realizado o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, conforme preconiza a NR 9, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.

Todas as peças confeccionadas serão customizadas, nas medidas, cores e demais especificações e modelos de acordo com o estabelecido por parte da Contratante e todas as peças deverão conter exclusivamente a padronização autorizada pela Unidade Gestora Municipal de Saúde.

Será entregue em até 30 (trinta) dias após o início das atividades, o Manual de Boas Práticas do Serviço de Lavanderia e Rouparia do Hospital, implantar e seguir em sua íntegra. Este serviço poderá ser terceirizado pela contratada.

e. Serviços de limpeza e higienização;

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem- -estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde.

Corrobora também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do

número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes.

Ainda, a presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde. Dessa forma, o aparecimento de infecções nos ambientes de assistência à saúde pode estar relacionado ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção de superfícies e manejo inadequado dos resíduos em serviços de saúde.

Assim, o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do uso de técnicas eficazes para promover a limpeza e desinfecção de superfícies.

A definição das áreas dos serviços de saúde foi feita considerando o risco potencial para a transmissão de infecções, sendo classificadas em áreas críticas, semicríticas e não-críticas.

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área: Centro Cirúrgico (CC), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Diálise, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Setor de Hemodinâmica, Unidade de Transplante, Unidade de Queimados, Unidades de Isolamento, Berçário de Alto Risco, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores. ƒ

Áreas não-críticas: são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, sala de costura.

Produtos de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.

PRODUTOS DE LIMPEZA/ DESINFECÇÃO	INDICAÇÃO DE USO	MODO DE USAR
Água	Limpeza para remoção de sujidade	Técnica de varredura úmida ou retirada de pó
Água e sabão ou detergente		Friccionar o sabão ou detergente sobre a superfície
Água		Enxaguar e secar
Álcool a 70%	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Fricções sobre a superfície a ser desinfetada
Compostos fenólicos	Desinfecção de equipamentos e superfície	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar
Quaternário de amônia	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar

Compostos liberadores de cloro ativo	Desinfecção de superfícies nãometálicas e superfícies com matéria orgânica	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar
Oxidantes Ácido peracético (associado ou não a peróxido de hidrogênio)	Desinfecção de superfícies	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar

A limpeza consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes), em um determinado período de tempo (BASSO, 2004).

Independentemente da área a ser higienizada, o importante é a remoção mecânica da sujidade e não simplesmente a passagem de panos úmidos para espalhar a sujidade.

Processos de limpeza de superfícies

Os processos de limpeza de superfícies em serviços de saúde envolvem a limpeza concorrente (diária) e limpeza terminal.

Limpeza concorrente

É o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação.

Ainda, durante a realização da limpeza concorrente é possível a detecção de materiais e equipamentos não funcionantes, auxiliando as chefias na solicitação de consertos e reparos necessários.

Nesse procedimento estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais, de mobiliários e equipamentos, portas e maçanetas, parapeitos de janelas, e a limpeza do piso e instalações sanitárias.

Ressalta-se que a unidade de internação do paciente é composta por cama, criado-mudo, painel de gases, painel de comunicação, suporte de soro, mesa de refeição, cesta para lixo e outros mobiliários que podem ser utilizados durante a assistência prestada nos serviços de saúde.

A limpeza da unidade de internação do paciente deve ser feita diariamente ou sempre que necessária, antecedendo a limpeza concorrente de pisos.

Merece maior atenção, a limpeza das superfícies horizontais que tenham maior contato com as mãos do paciente e das equipes, tais como maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades de camas, chamada de enfermagem e outras (SEHULSTER & CHINN, 2003).

Atualmente, devido à prevalência de microrganismos multirresistentes e do papel do ambiente na manutenção e propagação desses, tem-se adotado como medida de precaução na disseminação desses microrganismos a intensificação da limpeza e desinfecção das superfícies nas trocas de turno.

Por exemplo, nas áreas de isolamento de contato, deve-se realizar a limpeza concorrente (a cada troca de plantão ou duas vezes ao dia), principalmente nos locais de maior contato das mãos do paciente e dos profissionais de saúde.

Na limpeza concorrente de piso de corredores deve-se dar preferência aos horários de menor movimento. Em caso de uso de máquinas, devem ser utilizados os mesmos procedimentos da limpeza concorrente de piso.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA MÍNIMA
Áreas críticas	3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas não-críticas	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas semicríticas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas comuns	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas externas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

Limpeza terminal

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas.

É realizada na unidade do paciente após alta, transferências, óbitos (desocupação do local).

As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em áreas críticas (YAMAUSHI et al., 2000; PREFEITURA..., 2007).

Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias.

O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, painel de gases, equipamentos, todos os mobiliários como camas, colchões, macas, mesas de cabeceira, mesas de refeição, armários, bancadas, janelas, vidros, portas, peitoris, luminárias, filtros e grades de ar condicionado (YAMAUSHI et al., 2000).

Nesse tipo de limpeza deve-se utilizar máquinas de lavar piso (realizando-se movimentos “oito deitado” e unidirecional), cabo regulável com esponjas sintéticas com duas faces para parede e os kits de limpeza de vidros e de teto. As paredes devem ser limpas de cima para baixo e o teto deve ser limpo em sentido unidirecional (HINRICHSEN, 2004).

O uso de desinfetantes deverá ser restrito a superfícies que contenham matéria orgânica.

Ainda, poderá ser utilizado na desinfecção de áreas de isolamento de contato.

Em caso de surtos, recomenda-se o uso de desinfetantes em toda a extensão da superfície da área onde está ocorrendo o surto na unidade do paciente (HINRICHSEN, 2004).

E importante o estabelecimento de um cronograma com a definição da periodicidade da limpeza terminal com data, dia da semana e horários, conforme a criticidade das áreas (PREFEITURA..., 2006), não se limitando aos quartos ou salas cirúrgicas.

A limpeza terminal de postos de enfermagem, expurgos, depósito de material de limpeza (DML) e sala de utilidades devem ser programadas considerando horários de menor fluxo ou que não prejudique a dinâmica do setor ou a qualidade da limpeza.

Essa programação (cronograma) deve ser confirmada por meio da assinatura do chefe do setor e do responsável pela equipe de limpeza e desinfecção de superfícies.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA
Áreas críticas	Semanal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas não-críticas	Mensal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas semicríticas	Quinzenal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas comuns	(Data, horário, dia da semana preestabelecido).

A fim de facilitar o processo de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde, as áreas internas envolvem, dentre outras: pátios, jardins, estacionamentos, garagens e calçadas.

EQUIPAMENTO	TÉCNICA	ATUAÇÃO
Portões de ferro e grades	Limpeza	Limpar com pano úmido. Lavar com água e sabão ou detergente.
Ralos e calhas	Limpeza	Retirar todos os detritos existentes. Lavar com água e sabão ou detergente, utilizando EPI apropriado
Pisos	Varredura	Varrer com vassoura de piaçava.
Pisos	Lavagem por processo mecânico	Ensaboar e enxaguar
Placas de sinalização, extintores e caixas de incêndio	Limpeza	Limpar com pano úmido e secar.

f. Serviços de resíduos;

O fluxo estabelecerá os procedimentos para o gerenciamento de resíduos provenientes do Hospital, baseando-se nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descrevem as ações relativas ao seu manejo, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, transbordo, tratamento e disposição final, bem como à proteção e preservação à saúde pública, ao meio ambiente e à saúde e segurança do trabalhador.

A preocupação com a questão ambiental torna o gerenciamento de resíduos um processo de extrema importância na preservação da qualidade da saúde e do meio ambiente.

A gestão integrada de resíduos deve priorizar a não geração, a minimização da geração e o reaproveitamento dos resíduos, a fim de evitar os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde pública.

A prevenção da geração de resíduos deve ser considerada tanto no âmbito das indústrias como também no âmbito de projetos e processos produtivos,

baseada na análise do ciclo de vida dos produtos e na produção limpa para buscar o desenvolvimento sustentável.

Portanto, a implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz certamente á minimização de resíduos, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final.

Nos resíduos onde predominam os riscos biológicos, deve-se considerar o conceito de cadeia de transmissibilidade de doenças, que envolve características do agente agressor, tais como capacidade de sobrevivência, virulência, concentração e resistência, da porta de entrada do agente às condições de defesas naturais do receptor.

Considerando esses conceitos, foram publicadas diversas normativas, das quais vigoram as Resoluções RDC ANVISA no 305/04 e CONAMA no 358/05 que dispõem respectivamente, sobre o gerenciamento interno e externo dos RSS.

Dentre os vários pontos importantes das resoluções destaca-se a importância dada à segregação na fonte à orientação para os resíduos que necessitam de tratamento e a possibilidade de solução diferenciada para disposição final desde que aprovado pelos órgãos de Meio Ambiente, Limpeza Urbana e de Saúde.

Embora essas resoluções sejam de responsabilidade dos Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente, ambos hegemônicos em seus conceitos, refletem a integração e a transversalidade no desenvolvimento de trabalhos complexos e urgentes.

E nessa perspectiva a gestão do INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE na unidade, compreende ações referente às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro,

social e ambiental, e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas – geração, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externo até a disposição final, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade local.

O gerenciamento dos resíduos na unidade deverá abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos Resíduos dos Serviços de Saúde-RSS.

Definições

- ANVISA: Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
- Companhia de Tecnologia de Saneamento Estadual
- CVS: Centro de Vigilância Sanitária
- RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
- SMA: Secretaria do Meio Ambiente
- UND: Unidade de Nutrição e Dietética
- CME: Central de Material Esterilizado
- Equipamento de Proteção Individual
- RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – RSS: São aqueles gerados em qualquer serviço prestador de assistência médica, sanitária ou estabelecimentos congêneres, podendo então, serem provenientes de farmácias, hospitais, unidades ambulatoriais de saúde, clínicas e consultórios médicos e odontológicos, laboratórios de análises clínicas e patológicas, instituições de ensino e pesquisa médica, bancos de sangue e clínicas veterinárias.

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE MANEJO DE RESÍDUOS

MANEJO

O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

Segregação: Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

Acondicionamento: Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduos.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento. Os recipientes existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação.

Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o liquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

Identificação: Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT, além de outras exigências relacionados à identificação de conteúdo e ao risco especifico de cada grupo de resíduos.

A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, ou outros desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

Resíduo Grupo A – Infectantes

O Grupo A é identificado pelo símbolo de substancia infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.
A segregação dos resíduos do grupo A é feita na origem. São descartados nas Unidades onde são gerados, em recipientes apropriados revestidos com saco plástico branco, impermeável e devidamente identificado.

O acondicionamento é feito em sacos plásticos brancos, identificados com a simbologia de infectante.

Observação: Os reagentes químicos liberados junto com os resíduos orgânicos (AVL 1630, 1503, 9181, 9180) são inativados com hipoclorito e depois são liberados no esgoto.

Resíduo Grupo B – Químico

O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

O acondicionamento dos resíduos químicos não perigosos é feito em caixas coletoras para perfuro cortante, devidamente identificado como resíduo químico, com a simbologia de “Químicos”, A retirada deste material é feita diariamente pelos profissionais do serviço de higiene e são encaminhados para abrigo adequado e específico.

Os químicos fixadores utilizados na revelação de filmes do Centro de Diagnósticos por Imagem, são segregados e tratados na própria unidade, por equipamento instalado para a recuperação da prata, que é feita por meio de filtro separador.

Os filmes plásticos (radiografias) são segregados e armazenados no setor, até ser retirada por empresa especializada em recuperação de prata dos mesmos.

Nota: Medicamentos sob controle especial são acondicionados segundo a Portaria n° 344/98 da Vigilância Sanitária, bem como sua destinação final, cuja legislação solicita que se peça autorização para incinerarão, e isso é feito mediante encaminhamento de ofício ao CVS com o nome do medicamento, lote, validade e quantidade.

Resíduo Grupo C

Representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.

Resíduo Grupo D – Comum

Os recicláveis segregados consistem em papelão, papel, plástico, vidro, metais e óleo queimado de fritura.

A segregação é feita na origem em recipientes apropriados revestidos com saco plástico preto. São descartados nas Unidades onde são gerados e acondicionados posteriormente pelo funcionário do serviço de higiene.

Resíduo Grupo E - Perfuro cortante

A segregação dos resíduos do grupo E é feita na origem. Os materiais perfuro cortantes são descartados em recipientes rígidos com simbologia de infectante, lacrados pela enfermagem quando atingida a capacidade útil do recipiente, ou seja, 2/3 de sua capacidade, conforme indicação do fabricante, através de linhas tracejadas.

As caixas de descarte de perfuro cortante, após terem sido utilizadas até o nível de segurança marcado no recipiente, são devidamente fechadas pela enfermagem, ou demais serviços envolvidos no uso das mesmas, e são retiradas do local onde estavam sendo utilizadas e colocadas em local adequado; a auxiliar de limpeza ou o coletor de resíduos as colocam dentro do saco branco; as caixas que não estiveram devidamente fechadas não deverão ser ensacadas, sendo necessário solicitar à enfermagem ou responsável pelo local, que as mesmas sejam devidamente fechadas.

Transporte Interno: Consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos. Cada unidade deverá especificar o horário da remoção do RSS.

Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas, arredondados e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este regulamento técnico.

Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo.

O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

Armazenamento temporário: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifique. A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores.

Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo.

Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como “ABRIGO DE RESIDUOS”. A sala para o armazenamento temporário pode ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2m², para armazenar dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo. No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação. O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

Tratamento: Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente.

O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento.

Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA n° 237/1997 e são passiveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e do meio ambiente.

O processo de autorização aplicado em laboratórios para redução de carga microbiana de culturas e estoques de microrganismos está dispensado de licenciamento ambiental, ficando sob a responsabilidade dos serviços que as

possuírem a garantia da eficácia dos equipamentos mediante controles químicos e biológicos periódicos devidamente registrados.

Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na resolução CONAMA n°. 318/2002.

Armazenamento externo: Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores. No armazenamento externo não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados. Deverá se definir local para armazenamento externo, bem como a forma de acesso.

Coleta e transporte externos: Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12810 e NBR 14652 da ABNT. Deverá se definir os procedimentos para coleta e transporte externos pela Unidade Geradora.

COLETA INTERNA I: consiste na coleta dos resíduos do ponto de geração e transporte para o expurgo (armazenamento temporário).

COLETA INTERNA II: consiste no transporte dos resíduos dos expurgos (armazenamento temporário), para o abrigo externo.

COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS: A coleta e transporte externos consistem na remoção dos RSS, do abrigo de resíduos (armazenamento

externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantem a preservação da integridade física da pessoa, da população e do meio ambiente, de estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

Destinação final: Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo aos critérios técnicos de construção e operação e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA n° 237/97. Para fins de aplicabilidade deste Regulamento, o manejo dos RSS nas fases de Acondicionamento, Identificação, Armazenamento Temporário e Destinação Final, será tratado segundo a classificação dos resíduos.

DO FLUXOGRAMA DO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS NO HOSPITAL

O descarte dos resíduos na unidade deverá obedecer a um fluxo unidirecional, onde o armazenamento temporário deverá acontecer no expurgo de cada setor, até o momento da coleta pela equipe interna com destino ao abrigo da unidade. Nessa etapa os resíduos serão separados e armazenados em abrigos específicos para cada categoria de acordo com a classificação.

O INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE contratará ou trabalhará em parceria com empresa responsável pela coleta e destino dos resíduos visando projetos de sustentabilidade e adotando campanhas e ações para reciclagem e programas de melhoramento.

A equipe operacional da unidade será constantemente capacitada para a correta segregação dos resíduos.

Caracterização dos resíduos gerados por local:

Local	**Descrição do Resíduo**	**Grupo Conforme classificação**

(Unidade ou Serviço)		Resolução 358/05
Setores Administrativos	Resíduo de sanitários de funcionários.	D – Comum
	Papel, copo descartável, embalagem de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D - Comum Reciclável
CME	Álcool	B - Químico
	Papel, papelão, plástico. Embalagem vazia de detergente enzimático. Embalagem (Almotolia) vazia de Álcool Etílico 70%. Embalagem de OPA	D - Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante
Farmácia	Medicamentos (antimicrobianos, hormônios sistêmicos, digitálicos, imunossupressores e anti-retrovirais) vencidos ou não. Medicamentos Controlados vencidos (classificados pela Portaria 344/98).	B – Químico
	Papel, papelão, embalagem de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante
Almoxarifado	Pilhas alcalinas	D – Comum
	Papel, papelão, plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante

Centro de Diagnóstico por Imagem	Luva de procedimento, jaleco, sonda descartável, preservativo e gaze.	A - Infectante
	Reveladores, Fixadores, filmes plásticos e Contrastes.	B – Químico
	Seringa, esparadrapo, papel, toalha, máscara, lençol de papel, resíduos de sanitários. Material gerado no conforto médico e sanitário.	D – Comum
	Papéis gerados na recepção e posto dos técnicos de radiologia. Sacos plásticos da rouparia. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante	E – Perfuro cortante
Manutenção	Lâmpadas Embalagem ou sobra do produto Adesivo Branco. Embalagem ou resto do produto Aguarrás. Embalagem ou resto do produto Diluente para Tintas DP-003. Embalagem ou resto do produto Esmalte Sintético. Embalagem ou resto do produto Thinner – Diluentes de Tintas	B – Químico
	Entulho, gesso.	D – Comum
	Papel, papelão, plástico, vidros íntegros e quebrados. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Algodão, gazes, compressas, luva de látex, secreção, sonda	A – Infectante

	descartável, equipo e embalagem de soro.	
	Medicamentos (antimicrobianos e hormônios sistêmicos).	B – Químico
	Resíduos de sanitários de funcionários, conforto médico. Resíduos de sanitários de pacientes, Seringa descartável, papel toalha, extensão de borracha, resto de alimentos, fezes, urina, fralda descartável, eletrodos, fios cirúrgicos.	D – Comum
	Papéis gerados no posto de enfermagem, embalagem de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
	Perfuro cortante.	E – Perfuro cortante
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Papel, papelão, embalagens de papel e plástico. Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável
Higienização	Embalagens vazias dos produtos utilizados na higienização dos ambientes.	D – Comum
	Embalagem vazia (Almotolia) de Álcool Etílico 70%	D – Comum Reciclável

Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS)

O PGRSS será elaborado na unidade com os seguintes objetivos:

- Melhorar as medidas as seguranças e higiene do hospital;
- Contribuir para o controle de infecção relacionada a assistência à saúde de acidentes ocupacionais;
- Proteger a saúde e o meio ambiente;

- Reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;
- Estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;
- Estimular a reciclagem dos resíduos comuns.

n. Apoio Administrativo

(n.1) Faturamento;

O Setor de Faturamento está subordinado à Diretoria Administrativa, devendo sempre obedecer ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão da unidade de saúde.

O Setor de Faturamento é responsável pela conferência dos prontuários, pela confecção e envio das contas de pronto atendimento dos clientes internos e externos do SUS.

São elaboradas contas dos diversos clientes que adentrem a unidade de saúde, sendo de fundamental importância que o serviço esteja sempre atualizado no que diz respeito às normas, diretrizes, portarias, tabelas e demais informações necessárias para a execução de suas atividades.

É importante também que mantenha um bom relacionamento com todos os profissionais envolvidos no atendimento ao cliente da unidade de saúde.

Tais atitudes dinamizam o processo e dão credibilidade ao serviço, que é um importante instrumento para determinação da qualidade dos serviços prestados pela unidade de saúde.

AS FINALIDADES

O Setor de Faturamento tem por finalidades:
Confeccionar as contas de todos os pacientes que adentram na unidade de saúde, tanto internados como externos;

Conservar os sistemas de registros de todas as despesas, tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares;
Confecção de relatórios de produção do faturamento encaminhando-o à Diretoria que darão subsídios para tomada de decisões, avaliações do desempenho e da produtividade de instituição.

AS NORMAS

Os colaboradores do **Setor de Faturamento** obedecerão às seguintes Normas Administrativas:

Cumprir o horário de trabalho estabelecido;
Estar devidamente uniformizado e identificado;
Nenhum colaborador poderá ausentar-se do trabalho sem autorização do seu superior ou da Diretoria;
A seção deverá informar mensalmente á Diretorias os valores faturados;
A seção deverá fornecer mensalmente dados para a elaboração de relatórios financeiros;

Procedimento Operacional Padrão (POP) do Setor de Faturamento Hospitalar

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e procedimentos para o processo de faturamento hospitalar, visando assegurar a precisão nas cobranças, a conformidade com normas e regulamentos e a satisfação do paciente.

2. Escopo

Este POP se aplica a todos os colaboradores do setor de faturamento, incluindo analistas de faturamento, supervisores e gerentes, e abrange todos os serviços prestados pelo hospital.

3. Responsabilidades

- **Gestor do Setor de Faturamento**: Supervisionar as atividades do setor, garantir a conformidade dos processos e a qualidade das informações.

- **Analistas de Faturamento**: Realizar o faturamento dos serviços prestados, emitir notas fiscais e acompanhar a cobrança.
- **Colaboradores**: Informar sobre quaisquer inconsistências ou problemas nos processos de faturamento.

4. Procedimentos de Faturamento

4.1. Coleta de Informações

- **Passo 1**: Receber as informações de serviços prestados do setor de atendimento, incluindo dados do paciente, tipo de atendimento e procedimentos realizados.
- **Passo 2**: Verificar a documentação necessária, como solicitação médica, guias de autorização e laudos, conforme o procedimento.

4.2. Processamento do Faturamento

- **Passo 1**: Inserir os dados do paciente e dos serviços prestados no sistema de faturamento.
- **Passo 2**: Verificar a tabela de preços e convênios para garantir que os valores estejam corretos.
- **Passo 3**: Calcular o total a ser faturado, considerando descontos, coparticipações e valores de convênios, se aplicável.
- **Passo 4**: Emitir a nota fiscal ou fatura correspondente aos serviços prestados, garantindo que todas as informações estejam corretas e completas.

4.3. Envio e Acompanhamento da Cobrança

- **Passo 1**: Enviar as notas fiscais aos pacientes e/ou convênios, conforme o tipo de faturamento.
- **Passo 2**: Realizar o acompanhamento das cobranças, verificando os pagamentos recebidos e pendentes.
- **Passo 3**: Entrar em contato com pacientes e convênios para resolver pendências de pagamento, se necessário.

4.4. Registro e Arquivamento

- **Passo 1**: Manter registros organizados de todas as notas fiscais emitidas, relatórios de faturamento e correspondências.
- **Passo 2**: Arquivar documentos de forma segura e acessível, garantindo a confidencialidade das informações dos pacientes.

5. Procedimentos de Ajustes e Correções

5.1. Identificação de Erros

- **Passo 1**: Monitorar e revisar o faturamento para identificar possíveis erros ou inconsistências nas cobranças.
- **Passo 2**: Receber notificações de pacientes ou convênios sobre discrepâncias nos valores cobrados.

5.2. Correção de Erros

- **Passo 1**: Analisar e verificar a validade da reclamação ou erro identificado.
- **Passo 2**: Realizar os ajustes necessários no sistema de faturamento, emitindo notas de correção se necessário.
- **Passo 3**: Informar o paciente ou convênio sobre a correção realizada e enviar uma nova fatura, se aplicável.

6. Relatórios e Análise de Desempenho

6.1. Geração de Relatórios

- **Passo 1**: Elaborar relatórios mensais de faturamento, incluindo valores faturados, recebidos e pendentes.
- **Passo 2**: Analisar o desempenho do setor, identificando tendências e áreas de melhoria.

6.2. Reuniões de Avaliação

- **Passo 1**: Participar de reuniões periódicas com a equipe para discutir resultados, desafios e ações de melhoria.
- **Passo 2**: Implementar ações corretivas com base nas análises de desempenho.

7. Documentação

- Relatórios de faturamento.
- Notas fiscais e faturas emitidas.
- Documentos de suporte, como solicitações médicas e guias de autorização.

8. Revisão do POP

- Este POP deve ser revisado anualmente ou sempre que houver mudanças nas normas, regulamentos ou procedimentos de faturamento.

9. Anexos

- Manuais de uso do sistema de faturamento.
- Formulários de registro de correções e ajustes.
- Checklists de verificação de faturamento.

(n.2) Tesouraria;

Procedimento Operacional Padrão (POP) da Tesouraria Hospitalar (SUS)

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e procedimentos para as atividades da Tesouraria do hospital, assegurando a gestão eficiente dos recursos financeiros, a conformidade com as normas do SUS e a transparência nas operações financeiras.

2. Escopo

Este POP se aplica a todos os colaboradores da Tesouraria, incluindo tesoureiros, assistentes financeiros e gerentes, e abrange todas as transações financeiras do hospital, incluindo recebimentos, pagamentos e conciliações.

3. Responsabilidades

- **Gestor da Tesouraria**: Supervisionar as atividades da Tesouraria, garantir a conformidade com os procedimentos e assegurar a boa gestão financeira.
- **Tesoureiros**: Executar as atividades de recebimento e pagamento, manter registros financeiros precisos e elaborar relatórios financeiros.
- **Colaboradores**: Informar à Tesouraria sobre quaisquer inconsistências ou problemas relacionados às transações financeiras.

4. Procedimentos de Recebimento

4.1. Recebimento de Recursos

- **Passo 1**: Registrar todos os recursos financeiros recebidos, incluindo repasses do SUS, contribuições e doações.
- **Passo 2**: Emitir recibos para todos os valores recebidos, detalhando a origem e a finalidade dos recursos.

- **Passo 3**: Depositar os valores recebidos em conta bancária específica, conforme a política financeira do hospital.

4.2. Controle de Recebimentos

- **Passo 1**: Manter um controle rigoroso dos recebimentos, utilizando planilhas ou sistemas de gestão financeira.
- **Passo 2**: Realizar conciliações mensais entre os registros de recebimentos e os extratos bancários.

5. Procedimentos de Pagamento

5.1. Processamento de Pagamentos

- **Passo 1**: Receber e verificar todos os documentos de despesas, como notas fiscais, recibos e requisições de pagamento.
- **Passo 2**: Validar a conformidade dos documentos com as políticas financeiras do hospital e as normas do SUS.
- **Passo 3**: Autorizar os pagamentos, conforme as diretrizes estabelecidas e os limites de autorização.

5.2. Execução de Pagamentos

- **Passo 1**: Realizar os pagamentos de forma eletrônica ou por meio de cheques, conforme a política do hospital.
- **Passo 2**: Emitir comprovantes de pagamento e manter registros organizados de todas as transações.

6. Gestão de Fluxo de Caixa

6.1. Controle de Fluxo de Caixa

- **Passo 1**: Elaborar e manter um fluxo de caixa atualizado, prevendo receitas e despesas futuras.
- **Passo 2**: Monitorar regularmente o saldo de caixa e realizar ajustes conforme necessário.

6.2. Relatórios Financeiros

- **Passo 1**: Produzir relatórios financeiros mensais, incluindo balanços de recebimentos e pagamentos, além de demonstrativos de fluxo de caixa.
- **Passo 2**: Apresentar os relatórios à diretoria do hospital para análise e tomada de decisões.

7. Conciliações Bancárias

7.1. Realização de Conciliações

- **Passo 1**: Realizar conciliações bancárias mensais, comparando os registros da Tesouraria com os extratos bancários.
- **Passo 2**: Identificar e solucionar quaisquer divergências encontradas durante o processo de conciliação.

8. Documentação e Arquivamento

8.1. Registro e Arquivamento

- **Passo 1**: Manter registros organizados de todos os documentos financeiros, incluindo recibos, notas fiscais, comprovantes de pagamento e relatórios.
- **Passo 2**: Arquivar documentos de forma segura e acessível, garantindo a confidencialidade das informações financeiras.

9. Revisão do POP

- Este POP deve ser revisado anualmente ou sempre que houver mudanças nas normas, regulamentos ou procedimentos financeiros.

10. Anexos

- Modelos de recibos e comprovantes de pagamento.
- Formulários de requisição de pagamento.
- Checklists de controle financeiro.

(n.3) Contabilidade;

Procedimento Operacional Padrão (POP) da Contabilidade Hospitalar (SUS)

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e procedimentos para as atividades contábeis do hospital, assegurando a correta classificação, registro e apresentação das informações financeiras, em conformidade com as normas contábeis e as diretrizes do SUS, promovendo a transparência e a eficiência na gestão financeira.

2. Escopo

Este POP se aplica a todos os colaboradores do setor contábil, incluindo contadores, assistentes contábeis, gestores financeiros e diretores, abrangendo todas as transações financeiras do hospital.

3. Referências Normativas

- Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde.
- Lei nº 8.666/1993 – Lei de Licitações e Contratos.
- Normas Brasileiras de Contabilidade (NBC).
- Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP).

4. Responsabilidades

- **Gestor Contábil**: Supervisionar as atividades contábeis, garantir a conformidade com as normas e assegurar a qualidade das informações financeiras e relatórios.
- **Contadores**: Realizar os lançamentos contábeis, preparar as demonstrações financeiras e elaborar relatórios de desempenho.
- **Assistentes Contábeis**: Auxiliar nas atividades contábeis, incluindo o registro de documentos, conciliações e organização de arquivos.
- **Gerentes de Setor**: Fornecer informações financeiras relevantes e colaborar na elaboração do orçamento e análise de gastos.

5. Procedimentos Contábeis

5.1. Registro de Transações

- **5.1.1. Coleta de Documentos**
  - Receber todos os documentos financeiros, como notas fiscais, recibos, extratos bancários, contratos e relatórios de despesas.
  - Verificar a legalidade e a conformidade dos documentos recebidos.
- **5.1.2. Classificação**
  - Classificar os documentos de acordo com o plano de contas do hospital e a natureza das transações (receitas, despesas, ativos, passivos e patrimônio líquido).
  - Utilizar códigos contábeis padronizados para assegurar a consistência.
- **5.1.3. Lançamentos**
  - Realizar os lançamentos contábeis no sistema contábil, assegurando a precisão e a integridade das informações.

○ Validar os lançamentos por meio de revisões periódicas e auditorias internas.

5.2. Conciliações Contábeis

- **5.2.1. Conciliação Mensal**

○ Realizar conciliações mensais de contas, incluindo contas bancárias, contas a pagar e a receber, e outras contas relevantes.

○ Comparar os registros contábeis com os extratos bancários e documentos de suporte.

- **5.2.2. Identificação de Divergências**

○ Identificar e resolver quaisquer discrepâncias encontradas durante o processo de conciliação.

○ Documentar as ações corretivas e manter registros das atividades de conciliação.

5.3. Demonstrações Financeiras

- **5.3.1. Elaboração**

○ Preparar demonstrações financeiras mensais, incluindo Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) e Demonstração de Fluxo de Caixa.

○ Garantir que as demonstrações estejam em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade.

- **5.3.2. Análise**

○ Analisar as demonstrações financeiras para garantir a correta representação da situação financeira do hospital.

○ Realizar reuniões trimestrais com a diretoria para discutir os resultados financeiros e propor ações corretivas, se necessário.

6. Procedimentos de Controle Orçamentário

6.1. Planejamento Orçamentário

- **6.1.1. Elaboração do Orçamento**

○ Participar da elaboração do orçamento anual do hospital, considerando as diretrizes do SUS, as necessidades de cada setor e as receitas previstas.

○ Utilizar dados históricos e projeções para fundamentar as estimativas orçamentárias.

- **6.1.2. Aprovação**
  - Submeter o orçamento para aprovação da diretoria e dos órgãos competentes.

6.2. Acompanhamento e Controle

- **6.2.1. Monitoramento**
  - Acompanhar a execução orçamentária, comparando as receitas e despesas realizadas com o orçamento previsto mensalmente.
  - Identificar variações significativas e analisar suas causas.
- **6.2.2. Relatórios de Desempenho**
  - Gerar relatórios mensais de desempenho orçamentário, analisando variações e propondo ajustes, se necessário.
  - Apresentar os relatórios à gestão do hospital para análise e tomada de decisões.

7. Documentação e Arquivamento

7.1. Registro e Arquivamento

- **7.1.1. Organização**
  - Manter registros organizados de todos os documentos contábeis e financeiros, incluindo notas fiscais, recibos, relatórios e demonstrações financeiras.
  - Utilizar um sistema de gestão documental para facilitar o acesso e a recuperação de informações.
- **7.1.2. Segurança**
  - Garantir o arquivamento seguro e a confidencialidade das informações financeiras, respeitando as normas de proteção de dados.

8. Auditoria e Verificação

8.1. Preparação para Auditoria

- **8.1.1. Cooperação**
  - Cooperar com auditorias internas e externas, fornecendo documentos e informações solicitadas.
  - Preparar a documentação necessária para auditorias, incluindo relatórios financeiros e registros contábeis.
- **8.1.2. Implementação de Recomendações**

○ Implementar recomendações de auditoria para melhorar os processos contábeis e a conformidade.

9. Revisão do POP

● Este POP deve ser revisado anualmente ou sempre que houver mudanças nas normas contábeis, regulamentos ou procedimentos internos.

10. Anexos

● Modelos de relatórios contábeis e orçamentários.
● Planos de contas utilizados.
● Checklists de documentação contábil e orçamentária.
● Formulários de requisição de despesas e de ajustes orçamentários.

(n.4) Informática;

Compreenderá o escopo do presente projeto técnico, a operacionalização, no início das atividades assistenciais da Unidade, o serviços de informática com sistema compatível ao utilizado pela Secretaria de Saúde para gestão que contemple:

▪ Registro eletrônico de admissão e alta do usuário;
▪ Prescrição Médica;
▪ Marcação de Consultas;
▪ Emissão de laudo de exame;
▪ Gestão de procedimentos cirúrgicos;
▪ Dispensação de medicamentos;
▪ Solicitação, controle e dispensação de insumos;
▪ Controle de estoque (almoxarifado e farmácia);
▪ Faturamento Ambulatorial e Hospitalar (SIH)

Descritivo do Sistema de Informática no Âmbito Hospitalar

1. Introdução

O sistema de informática hospitalar é um conjunto integrado de tecnologias, ferramentas e processos que visa otimizar a gestão e a operação das instituições de saúde. Este sistema é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a eficiência administrativa e a segurança do paciente.

2. Objetivos

- **Melhorar a Gestão da Informação**: Centralizar e disponibilizar informações relevantes sobre pacientes, processos administrativos e financeiros, promovendo uma tomada de decisão mais embasada.
- **Aumentar a Eficiência Operacional**: Automatizar processos manuais, reduzindo erros e aumentando a produtividade dos colaboradores.
- **Aprimorar a Qualidade do Atendimento**: Proporcionar acesso rápido a informações clínicas e administrativas, melhorando a continuidade do atendimento ao paciente.
- **Garantir a Segurança de Dados**: Proteger as informações sensíveis dos pacientes, garantindo a privacidade e a conformidade com legislações como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

3. Componentes do Sistema de Informática Hospitalar

3.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

- **Descrição**: Uma plataforma digital que armazena todas as informações de saúde dos pacientes, incluindo histórico médico, resultados de exames, diagnósticos, tratamentos e prescrições.
- **Benefícios**: Facilita o acesso à informação pelos profissionais de saúde, melhora a comunicação entre as equipes e reduz a necessidade de documentos em papel.

3.2. Sistema de Gestão Hospitalar (SGH)

- **Descrição**: Software que integra as diversas áreas operacionais do hospital, como faturamento, controle de estoques, gestão de recursos humanos e agendamento de consultas.
- **Benefícios**: Melhora a eficiência administrativa, proporciona relatórios gerenciais e facilita o controle financeiro.

3.3. Sistema de Informação Laboratorial

- **Descrição**: Uma aplicação específica para gerenciar as solicitações, análises e resultados de exames laboratoriais.
- **Benefícios**: Aumenta a precisão na gestão de exames, reduz o tempo de resposta e melhora a comunicação entre os laboratórios e as unidades de atendimento.

3.4. Sistema de Agendamento de Consultas

- **Descrição**: Ferramenta que permite o agendamento, confirmação e gerenciamento de consultas médicas.
- **Benefícios**: Otimiza a agenda dos profissionais de saúde e reduz o número de faltas, melhorando a utilização dos recursos.

3.5. Sistema de Informação em Farmácia

- **Descrição**: Software que controla a dispensação de medicamentos, gerencia estoques e registra prescrições.
- **Benefícios**: Minimiza erros de medicação, garante a rastreabilidade de medicamentos e ajuda no controle de custos.

4. Integração e Interoperabilidade

Um sistema de informática hospitalar eficaz deve ser capaz de se integrar com outras plataformas e sistemas, como sistemas de saúde pública, redes de hospitais e laboratórios externos. Isso garante a troca de informações em tempo real, melhorando a continuidade do cuidado ao paciente e a coordenação dos serviços de saúde.

5. Segurança da Informação

A segurança dos dados é uma preocupação primordial em qualquer sistema de informática hospitalar. Medidas de segurança incluem:

- **Controle de Acesso**: Restrição ao acesso às informações sensíveis apenas a usuários autorizados.
- **Criptografia**: Proteção de dados em trânsito e armazenamento.
- **Auditoria e Monitoramento**: Registro de acessos e alterações nos dados para garantir a conformidade e detectar possíveis violações.

6. Benefícios do Sistema de Informática Hospitalar

- **Melhoria na Qualidade do Cuidado**: Acesso rápido e preciso às informações dos pacientes, permitindo decisões clínicas mais informadas.

- **Eficiência Operacional**: Redução de custos operacionais e aumento da produtividade da equipe.
- **Satisfação do Paciente**: Melhoria na experiência do paciente, desde o agendamento até o atendimento e acompanhamento.
- **Apoio à Gestão**: Relatórios e análises que auxiliam na tomada de decisões estratégicas e operacionais.

Diante de todo o contexto, infere-se que o sistema de informática no âmbito hospitalar é uma ferramenta essencial para a modernização da gestão da saúde. Ao integrar tecnologias que facilitam o acesso à informação e melhoram a eficiência dos processos, os hospitais conseguem oferecer um atendimento de maior qualidade e segurança aos pacientes. A implementação e manutenção adequada desse sistema são fundamentais para o sucesso das operações hospitalares e para a melhoria contínua dos serviços de saúde.

DECLARAÇÕES

Na qualidade de representante legal da Proponente**, DECLARO** para os devidos fins que:

- a entidade proponente não está impedida de participar do presente Chamamento Público e que não se encontra inserida em nenhuma das vedações dispostas no art. 39 a 41 da Lei Federal nº 13.019/2014;

- a entidade proponente não dispõe em seu quadro diretivo de agentes políticos de Poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;

- não haverá contratação ou remuneração a qualquer título, pela OSC proponente, com os recursos repassados, de servidor ou empregado

público, inclusive aquele que exerça cargo em comissão ou função de confiança de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.

- prazo de validade do projeto é de 180 (cento e oitenta dias, contados da data de abertura do respectivo envelope.

Ibiúna, 21 de janeiro de 2026.

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS

Daiane Tacher Cunha

Procuradora

QUALIFICACAO TECNICA

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Prefeitura da Estância Turística de IBIÚNA
TRANSFORMAÇÃO RESPONSÁVEL CUIDANDO DE PESSOAS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **MUNICÍPIO DE IBIÚNA** pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº 46.634.531/0001-37, com sede na Avenida Capitão Manoel de Oliveira Carvalho, nº 51, Centro, IBIÚNA/SP – CEP 18150-000, neste ato representado pelo Secretário de Saúde, Sr. *Valdir Messias de Almeida*, inscrito no CPF do MF sob nº 081.757.018-70 e portador do documento de identidade RG sob nº 19.441.887, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 05, bairro Centro, CEP 18.150-000, na cidade de Ibiúna/SP **EXECUTOU** os serviços de gestão, operacionalização e execução das ações, serviços de saúde em regime de 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita à população no Hospital Municipal de Ibiúna, mediante os seguintes serviços:

a) procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência e Internação Hospitalar **em todos os ciclos da vida**, 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados, por demanda espontânea e referenciada;

b) atendimento de pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, através de 52 leitos, sendo 01 leito de observação pediátrica, 08 leitos de observação adulto, 03 leitos de observação pré parto, 16 leitos de internação clinica, 02 leitos de internação pediátrica, 10 leitos para maternidade e 06 leitos de internação para COVID-19.

c) Serviço de Identificação dos profissionais lotados no Hospital com crachá e uniformes, bem como EPIs de acordo com a exigência da categoria, contendo a escala de trabalho dos colaboradores, em quadro visível.

d) Serviço de Nutrição e Diética, dispondo de modo direto ou indiretamente a disponibilização de café da manhã, colação, almoço, café da tarde, jantar e ceia aos usuários que estiverem em leitos de observação por um período superior de 4 horas e para os pacientes internados e café da manhã, almoço e jantar para os acompanhantes, fornecendo ainda refeições (almoço ou jantar) aos funcionários que estiverem em escala de plantão de 12horas.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf4837b3 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

e) Serviços de Lavanderia, Coleta de Resíduo e Limpeza;

f) Serviços de manutenção de equipamentos e mobiliários;

g) Serviços de manutenção predial;

h) Serviços de Esterilização de Materiais e equipamentos;

i) Serviço Social;

j) Serviço de Controlador de Acesso;

l) Serviços de Recepção;

m) Serviços de Enfermagem;

n) Serviços Médicos Clínicos;

o) Serviços Médicos Pediatra;

p) Serviços Médicos Obstetrícia;

q) Farmácia para dispensação e abastecimento do serviço (interno);

r) Farmácia de dispensação aos Pacientes;

s) Serviço de radiologia;

t) Serviço de Logística de Exames Laboratoriais

u) Política de Educação Permanente / Continuada;

v) Serviços de Apoio, mediante o fornecimento de oxigênio medicinal e demais gases, bem como de empresa especializada em manutenção corretiva e preventiva do sistema de distribuição de gases medicinais, eliminando ou reduzindo ao mínimo as perdas de gases nas tubulações; organização do fluxo e a qualidade de materiais; organização do serviço de guarda de prontuário de modo que sejam rapidamente encontrados documentos de pacientes que foram atendidos na unidade;

x) demais atividades elencadas nos contratos sob nºs 07 e 36/2020.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf4837b3 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

Declaro que o responsável técnico médico do instituto, Dr. Bruno Correia da Silva, inscrito no CRM sob nº 225349, participou da administração e gerenciamento dos serviços.

Atestamos ainda que os serviços foram executados no âmbito dos contratos sob nºs 07 e 36/2020, durante o período de 05 de fevereiro de 2020 até o presente momento (13/11/2024).

Atestamos ainda que os serviços foram e estão sendo executados de acordo com as disposições contratuais, não havendo qualquer fato que desabonasse a conduta da Contratada.

Atestamos que a Organização Social de Saúde dispõe de capacidade técnica necessária à implantação e funcionamento do projeto, em todo o seu escopo, incluindo Unidades Assistenciais de distintas naturezas (Atenção Primária, Especializada e de Urgência e Emergência).

Ibiúna, 13 de novembro de 2024.

MUNICIPIO DE IBIÚNA
Valdir Messias de Almeida
Secretário de Saúde

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf4837b3, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

PRODUÇÃO HOSPITALAR 2022												
ATENDIMENTOS	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
PSA	9656	6071	7131	7313	7856	6910	6964	7355	7019	8802	9227	8309
PSI	2907	2100	3291	3882	3904	3410	2242	3521	2762	4393	3174	2261
ORTO HOSP.	370	422	465	487	479	431	439	468	565	383	535	342
G.O	519	378	428	451	483	424	441	556	418	519	490	420
COVID 19	1926	2083	559	0	37	2564	1574	786	586	0	0	0
CIRURGIAS							126	465	388	428	157	226
TOTAL:	**15378**	**11054**	**11874**	**12133**	**12759**	**13739**	**11786**	**13151**	**11738**	**14525**	**13583**	**11558**
TOTAL DE INTERNAÇÕES	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
CIRURGICO	0	0	0	0	0	0	20	102	106	64	102	75
OBSTETRICO	68	54	78	57	55	83	72	66	67	72	74	61
CLINICO	131	101	158	129	168	167	175	178	177	197	153	176
PEDIATRICO	22	18	31	36	26	34	34	37	23	27	27	22
SUSPENSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COVID 19	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL:	**222**	**181**	**268**	**222**	**249**	**284**	**301**	**383**	**373**	**360**	**356**	**334**

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf4837b3 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

PRODUÇÃO HOSPITALAR 2021												
ATENDIMENTOS	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
PSA	5002	4747	4560	4059	4720	3696	4450	5545	5458	5901	6096	7700
PSI	1004	979	1110	981	1143	906	1066	1264	1428	1761	2368	3312
ORTO HOSP.	1020	1226	1521	841	610	525	722	672	722	439	499	243
G.O	377	385	429	301	437	337	378	381	344	416	453	519
COVID 19	1703	1501	2173	998	1487	1679	565	410	521	907	963	1957
TOTAL:	9106	8838	9793	7180	8397	7143	7181	8272	8473	9424	10379	13731

TOTAL DE INTERNAÇÕES	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
CIRURGICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OBSTETRICO	73	59	72	53	59	63	72	73	67	64	73	57
CLINICO	74	68	66	80	100	101	127	135	91	107	137	161
PEDIATRICO	8	11	14	13	17	6	9	11	10	21	22	28
SUSPENSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COVID 19	30	39	73	83	125	121	43	17	17	10	8	9
TOTAL:	185	177	225	229	301	291	251	236	185	202	240	255

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf4837b3 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

Prefeitura da Estância Turística de IBIÚNA
TRANSFORMAÇÃO RESPONSÁVEL CUIDANDO DE PESSOAS

PRODUÇÃO HOSPITALAR 2020											
ATENDIMENTOS	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
PSA	8.579	5.589	3.305	2.915	3.414	4.201	4.134	4.458	5.166	5.257	4.391
PSI	1.405	1.355	405	337	531	666	757	814	943	926	932
ORTO HOSP.	3.325	2.105	1.022	459	1.200	1.451	1.560	2.140	2.151	1.012	1.350
G.O	398	295	300	328	382	361	430	375	376	456	378
COVIDINHO	0	0	146	645	563	612	715	560	653	960	1.539
TOTAL:	13.707	9.344	5.178	4.684	6.090	7.291	7.596	8.347	9.289	8.611	8.590

TOTAL DE INTERNAÇÕES	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
CIRURGICO	0	2	0	0	0	8	3	2	9	10	0
OBSTETRICO	52	56	68	72	69	66	76	53	49	70	52
CLINICO	41	74	50	57	44	86	71	123	107	78	59
PEDIATRICO	5	7	7	6	8	19	15	7	21	13	6
SUSPENSA	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
COVID			9	29	24	31	40	49	24	12	35
TOTAL:	98	139	134	164	145	179	165	234	210	183	152

Tipo de Partos	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
Cesária	45	32	33	15	21	33	24	25	31	25
Normal	26	24	39	27	36	23	27	30	19	20
Tratamento	2	3	0	11	2	5	72	73	67	64

	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
Exames laboratoriais	16352	14893	17117	16335	21957	25461	24187	33738	20450	21375	19564	

	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
Exames Imagem		3123	3480	3321	3623	4329	4542	4457	4210	4516	4350	

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf4837b3 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

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 12/04/2026

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 **9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302936** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Ibiúna x Igats - 2024"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Ibiúna x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:40:01**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:52:35** 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 **0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf4837b3**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

APOSTILA AO CONTRATO Nº 36/2020

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2020
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 8560/2020
CONTRATADA: INSTITUTO DE GESTÃO ADMNISTRAÇÃO E TREINAMENTOS EM SAÚDE – IGATS
CNPJ: 12.043.445/0001-38

I - FUNDAMENTO LEGAL

O presente apostilamento tem por objeto registrar a **prorrogação suplementar do contrato**, em cumprimento a decisão judicial, nos termos do despacho proferido no Agravo de Instrumento n° 2269247-79.2025.8.26.0000, de relatoria do Desembargador José Eduardo Marcondes Machado, que deferiu parcialmente a tutela recursal, determinando a prorrogação do Contrato de Gestão n° 36/2020, pelo prazo suplementar de 3 (três) meses, a contar da data de publicação da decisão em 20 de novembro de 2025. O cumprimento a essa decisão judicial não implica modificação do conteúdo do contrato original, estando dispensada a celebração de termo aditivo, conforme autoriza a legislação vigente.

II - OBJETO DO REGISTRO

Prorrogação do prazo de vigência do Contrato nº 36/2020, até 04 de março de 2026.

III - PERÍODO DE REFERÊNCIA:

Os efeitos da renovação aplicam-se a partir de 04 de dezembro de 2025, dado que a apostila anterior tem data prevista de encerramento em 03 de dezembro de 2025. Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas contratuais, especialmente as relativas ao objeto, ao prazo de execução e às condições de pagamento.

IV - VALORES:

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL
GESTÃO	SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES SERVIÇOS DE SAÚDE EM REGIME DE 24 HORAS/DIA QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA A POPULAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIÚNA, POR MEIO DE CONTRATO DE GESTÃO.	R$ 2.539.179,84
CIRURGIAS	REPASSE MINISTÉRIO DA SAÚDE	R$ 250.000,00
PISO ENFERMAGEM	PORTARIA GM/MS Nº 1.135 DE 16 AGOSTO DE 2023 (MINISTÉRIO DA SAÚDE).	R$ 119.610,29
TOTAL:		R$ 2.908.790,13

V - OBSERVAÇÕES:
O presente apostilamento tem natureza meramente registral e não altera as demais cláusulas contratuais.

Ibiúna/SP, 01 de dezembro de 2025

Responsável pela elaboração e conferência:

Letícia Oliveira Dias

LETÍCIA OLIVEIRA DIAS

Coordenadora – Secretaria de Licitações e Compras

MÁRIO PIRES DE OLIVEIRA FILHO
Prefeito da Estância Turística de Ibiúna

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que a empresa *Instituto de Gestão e Administração e Treinamento em Saúde (IGATS)* , estabelecida na *Av. Vereador Benedito de Campos, 156- Ibiúna,* CNPJ nº 12.043.445/0001-38 , foi nossa fornecedora de serviços no Hospital Municipal de Ibiúna, responsavel pelo gerenciamento do PSA(Pronto Socorro Adulto) , PSI (Pronto Socorro Infantil), Maternidade, Clinica Médica, Centro Cirúrgico, Cozinha(refeições) , Limpeza, Manutenção, Lavanderia, Laboratório, Raio-x, Recurso Humano (Enfermagem, Fisioterapeuta, Recepção, Administrativo, Motorista, Médicos, entre outros) com periodo inical de 2020 a 31/12/2024 (encerramento da gestão) porém com continuidade da OS no gerenciamento do Hospital. A referida empresa cumpriu sempre e pontualmente com as obrigações assumidas, no tocante aos serviços solicitados, atendendo ás exigências contratuais e aos padrões de qualidade requeridos.

Por ser verdade, firmamos a presente.

Ibiúna , 31 de dezembro de 2024.

VALDIR M. DE ALMEIDA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

VALDIR MESSIAS DE ALMEIDA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:47:35 que o documento de hash (SHA-256)
6e2f8b64e9e16796ddfb9538b5dfae224e3ac658a07c7248c4729ade34474e54 foi validado em 12/01/2026 12:32:20 através da transação blockchain
0x0745553fafee6abbf68d60d5eae786d8c4bf870e87a834a752e36ed61a850f09 a pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302928)

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 12/04/2026

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 **6e2f8b64e9e16796ddfb9538b5dfae224e3ac658a07c7248c4729ade34474e54** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302928** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Ibiúna x Igats - 2025"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Ibiúna x Igats - 2025"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:32:35**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:47:35** 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 **0x0745553fafee6abbf68d60d5eae786d8c4bf870e87a834a752e36ed61a850f20**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAÇARIGUAMA**, com sede à Rua São João, n° 228, Bairro Centro/SP, inscrita no CNPJ sob n° 58.993.577/0001-21, por intermédio de seu representante legal, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 05, bairro Centro, CEP 18.150-000, na cidade de Ibiúna/SP **EXECUTA** as atividades de gerenciamento e ações dos serviços de saúde no Pronto Atendimento de Araçariguama – 24 horas, Farmácia Popular e dos Programas Estratégicos – 24 horas, Centro de Atenção Psicossocial, Ambulatório de Especialidades Médicas, Serviço de Fisioterapia, Residência Terapêutica, Unidade Básica de Saúde Cintra Gordinho, Unidade Básica de Saúde Terra Baixa.

Atestados ainda que o contrato sob n° 37/2021 foi celebrado em decorrência do chamamento público sob n° 02/2021, cujo início se deu em 18/08/2021, vigorando-se até a presente data (12/11/2024).

Ademais, declaro que o responsável técnico médico do instituto, Dr. Bruno Correia da Silva, inscrito no CRM sob nº 225349, participou da administração e gerenciamento dos serviços de saúde.

Araçariguama, 12 de novembro de 2024.

gov.br
Documento assinado digitalmente
EDGARD GAMA MATOS
Data: 12/11/2024 14:45:57-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

PREFEITURA DE ARAÇARIGUAMA

Relatório de conformidade

Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 12/11/2024 15:24:10 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.17

Versão do software(Validador de Documentos): 3.0.0rc12

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: 4.6. Atestado Readequado. Igats x AraÃ§ariguama.pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

30b2aad6f898f3397af8ac07caf559924baa31d8fe5b802ec460ff74c9206ef9

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 1

Quantidade de assinaturas ancoradas: 1

CN=EDGARD GAMA MATOS

Informações da assinatura

Assinante: CN=EDGARD GAMA MATOS

CPF: ***.649.128-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: Correto

Data da assinatura: 12/11/2024 14:45:57 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Certificados utilizados

CN=EDGARD GAMA MATOS

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 22/10/2024 16:38:31 BRT

Aprovado até: 22/10/2025 16:38:31 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, OU=Autoridade Certificadora Raiz do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 17/06/2020 17:50:27 BRT

Aprovado até: 09/06/2033 09:00:47 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: IdSigningTime

Corretude: Valid

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaramos para os devidos fins, que o **Instituto de Gestão, Administração e Treinamento em Saúde - IGATS**, inscrita no CNPJ sob o nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos nº 156, 2º andar, sala 05, Ibiúna/SP, presta serviços de gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Contrato nº 37/2021**, firmado com a Prefeitura Municipal de Araçariguama, com início em 18/08/2021, ainda em vigência.

A referida organização é responsável pelo gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde no Pronto Atendimento, Farmácia e Programas Estratégicos, Centro de Atenção Psicossocial, Ambulatório Municipal de Especialidades, Serviço de Fisioterapia, Residência Terapêutica, Unidade Básica de Saúde Terra Baixa, Unidade Básica de Saúde II Cintra Gordinho e USF Vereador Osvaldo de Deus.

A prestação dos serviços está sendo realizada com qualidade e de forma satisfatória, estando a contratada cumprindo com suas obrigações até a presente data..

Araçariguama, 07 de outubro de 2025.

Edgard Gama Matos
Secretário interino

EDGARD GAMA MATOS
SECRETÁRIO DE SAÚDE INTERINO

SECRETARIA DE SAÚDE

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:07 que o documento de hash (SHA-256)
e5bfc6bccb69fef75a0e783c77a28d24842c4346726782cdb78e473edf78665f foi validado em 12/01/2026 12:33:08 através da transação blockchain
0xc14818231f2d2e145ff88a20bd370d1285b139ceb97ad25b170b9ece03f7d4e3 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302929)

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 12/04/2026

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 **e5bfc6bccb69fef75a0e783c77a28d24842c4346726782cdb78e473edf78665f** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302929** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Araçariguama x Igats - 2025"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Araçariguama x Igats - 2025"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:33:18**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:48:07** 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 **0xc14818231f2d2e145ff88a20bd370d1285b139ceb97ad25b170b9ece03f7d4e3**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO
SALTO TERRA DE ANSELMO DUARTE

Paço Municipal - Avenida Tranquillo Giannini, nº 861,
Distrito Industrial Santos Dumont, Salto/SP, CEP:
13.329-600 Telefone: 0 (11) 4602-8500
Site: *www.salto.sp.gov.br*

Estância Turística de Salto, 13 de novembro de 2024.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A **PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ do MF sob nº 46.634.440/0001-00, com sede à Avenida Tranquilo Giannini, nº 861, Bairro Distrito Industrial Santos Dumont, CEP 13.329-600, por intermédio da Secretária Municipal de Saúde, Sra. *Marcia Vieira Fernandes Batista*, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Centro, CEP 18150-000, na cidade de Ibiúna/SP, **EXECUTOU** o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 (vinte e quatro) horas/dia, de modo a assegurar a assistência universal e gratuita à população, junto ao HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO MONTE SERRAT, ALA COVID-19 (enquanto durar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN) e AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME/SALTO, conforme contrato em anexo e quantitativos de produção em anexo.

Atestamos ainda que os serviços foram executados de acordo com as disposições contratuais, durante o período de 04 de abril à 30 de setembro de 2022, no âmbito do contrato de gestão emergencial sob nº 91/2022 e, de 01 de outubro de 2022 até a presente data (13/11/2024) no âmbito do contrato de gestão sob nº 268/2022.

Declaro que o responsável técnico médico do instituto, Dr. Bruno Correia da Silva, inscrito no CRM sob nº 225349, participou da administração e gerenciamento dos serviços.

Atestamos que a Organização Social de Saúde dispõe de capacidade técnica necessária à implantação e funcionamento do projeto, em todo o seu escopo, incluindo Unidades Assistenciais de distintas naturezas (Atenção Primária, Especializada e de Urgência e Emergência).

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO
Marcia Vieira Fernandes Batista
Secretária Municipal de Saúde

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:16 que o documento de hash (SHA-256)
19e0a665228cc81718b880833b1f8fdebc6a1e3a372a65f25138fd38944fe84d foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x2491a70b1c1d7d1eff1fe3d0b5190629279e92604938a7532dc9666f3c5c350f, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302932)

Paço Municipal - Avenida Tranquillo Giannini, nº 861, Distrito Industrial Santos Dumont, Salto/SP, CEP: 13.329-600 Telefone: 0 (11) 4602-8500
Site: *www.salto.sp.gov.br*

Atendimentos de Abril à Dezembro

P.S. Geral - Quantitativo Mensal Total

Setor	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Clínicos	7.760	7.883	7.267	7.607	7.607	7.847	8.450	8.178	8241	70.840
Pediatra	1.567	1.554	1.266	1.185	1.185	1.416	1.597	1.274	1114	12.158
Pré-Parto	447	400	465	395	395	348	413	353	395	3.611
Total	9.774	9.837	8.998	9.187	9.187	9.611	10.460	9.805	9.750	86.609

P. S. Respiratório - Quantitativo Mensal Total

Setor	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Clínicos	2.001	3.556	5.189	4.145	2.933	2.758	2.948	3.572	4.274	31.376
Pediatra	1.480	1.787	1.652	1.268	1.465	1.307	1.269	1.121	1.027	12.376
Pré-Parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	3.481	5.343	6.841	5.413	4.398	4.065	4.217	4.693	5.301	43.752

INTERNAÇÕES - DEZEMBRO/2022

	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	31	Total
CLÍNICOS	5	9	10	9	2	4	9	8	7	6	3	6	7	7	10	11	6	5	4	6	9	5	5	2	6	3	6	8	4	4	3	189
CIRURGICO	14	6	0	0	5	3	1	12	12	2	6	6	9	12	22	18	8	3	9	12	10	14	9	1	3	4	6	4	4	6	0	221
PEDIATRIA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	6	2	4	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2	22
OBST. / GEO	2	4	3	1	2	3	1	3	1	1	0	1	1	3	1	0	2	3	0	0	0	2	2	2	7	1	2	4	5	0	0	57
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	12
TOTAL	21	19	14	10	10	12	11	24	20	10	9	13	19	22	33	29	18	12	19	20	24	22	17	6	16	8	16	17	13	12	5	501

INTERNAÇÕES POR CONVÊNIO - DEZEMBRO/2022

	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	31	Total
SUS	11	14	14	10	6	11	10	12	8	10	9	7	11	10	16	10	12	10	10	9	15	10	9	6	14	4	11	17	10	7	5	318
SUS PREFEITURA	1	1	0	0	2	1	0	4	5	0	0	1	2	9	7	2	0	0	4	3	6	4	4	0	2	1	1	0	1	1	0	62
AME SALTO	9	4	0	0	2	0	1	8	7	0	0	5	6	3	10	17	6	2	5	8	3	8	4	0	0	3	4	0	2	4	0	121
TOTAL	21	19	14	10	10	12	11	24	20	10	9	13	19	22	33	29	18	12	19	20	24	22	17	6	16	8	16	17	13	12	5	501

ALTAS - DEZEMBRO/2022

	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	31	Total
CLÍNICOS	8	12	4	10	6	6	5	8	11	5	7	2	10	2	13	5	9	6	10	6	4	6	10	4	7	0	7	3	1	4	5	196
CIRURGICO	13	15	3	3	2	3	2	5	19	2	3	1	11	12	19	17	17	1	4	14	15	8	7	10	1	2	6	6	3	3	6	233
PEDIATRIA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7
OBST. / GEO	1	6	3	1	3	3	2	3	1	4	0	1	5	1	2	3	1	0	2	4	3	4	4	2	3	2	3	2	3	7	3	82
PSIQUIATRIA	1	1	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	19
TOTAL	23	34	10	15	11	14	10	17	33	12	10	4	27	15	36	26	27	7	19	24	24	18	23	16	11	4	16	12	9	14	16	537

ALTAS POR CONVÊNIO- DEZEMBRO/2022

	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	31	Total
SUS	13	22	7	14	11	11	1	12	15	11	9	3	17	5	22	10	10	6	16	10	11	12	17	8	10	3	10	8	8	11	12	335
SUS PREFEITURA	1	1	1	0	0	2	0	1	9	0	0	0	3	6	5	3	4	0	1	5	6	0	3	4	1	1	3	1	0	1	1	63
AME SALTO	9	11	2	1	0	1	9	4	3	1	1	1	7	4	9	13	13	1	2	9	7	6	3	4	0	0	3	3	1	2	3	139
TOTAL	23	34	10	15	11	14	10	17	33	12	10	4	27	15	36	26	27	7	19	24	24	18	23	16	11	4	16	12	9	14	16	537

Relação de especialidades cirurgias realizadas pelo Hospital Municipal e reguladas, com 116 (cento e dezesseis) leitos gerais e 10 (dez) leitos de UTI adulto, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, totalizando 126 (cento e vinte e seis leitos).

a) Cirurgia Geral

b) Cirurgia Plástica

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:16 que o documento de hash (SHA-256)
19e0a665228cc81718b880833b1f8fdebc6a1e3a372a65f25138fd38944fe84d foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x2491a70b1c1d7d1eff1fe3d0b5190629279e92604938a7532dc9666f3c5c350f, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302932)

Paço Municipal - Avenida Tranquillo Giannini, nº 861,
Distrito Industrial Santos Dumont, Salto/SP, CEP:
13.329-600 Telefone: 0 (11) 4602-8500
Site: *www.salto.sp.gov.br*

c) Cirurgia Vascular

d) Ginecologia

e) Ortopedia

f) Otorrinolaringologia

g) Urologia Cirurgia

Relação dos serviços de apoio:

ii. SADT (Exames laboratoriais): Realização mensal de no minimo, 50.000 (cinquenta mil) exames.

iii. SADT (Demais exames)

Tipo de exame	Pactuação Mensal	Pactuação Anual
Colonoscopia	90	1.080
ECG	100	1.200
EED	4	48
Endoscopia	250	3.000
Mamografia	400	4.800
PHmetria c/ Manometria	10	120
Raio – X (* do total destinando 10 exames de Enema Opaco)	2.000	24.000
Ressonância Magnética	10	120
Tomografia (* do total destinando 3 tomografias com sedação)	100	1.200
Ultrassom Rede Básica	1.600	19.200
CPRE (**)	4	48
Teste Ergométrico	26	312
Holter	12	144
Espirometria	40	480
OCT - Tomografia de Coerencia Optica	2	24
Teste Urodinâmico	20	240
Ultrassonografia Doppler Arterial	4	48
Ultrassonografia Doppler Transvaginal	10	120
Ultrassonografia Vias urinárias com Doppler	2	24
Ultrassonografia Doppler Arterial Renal	2	24
Ultrassonografia Abdomen com Doppler	2	24
Ultrassonografia Bolsa Escrotal com Doppler	1	12
Ultrassonografia Doppler de Pênis		4
Ultrassonografia Doppler Cervical		4
Eletroneuromiografia	60	720
Total	**4.749**	**56.989**

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:16 que o documento de hash (SHA-256)
19e0a665228cc81718b880833b1f8fdebc6a1e3a372a65f25138fd38944fe84d foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x2491a70b1c1d7d1eff1fe3d0b5190629279e92604938a7532dc9666f3c5c350f, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302932)

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 12/04/2026

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 **19e0a665228cc81718b880833b1f8fdebc6a1e3a372a65f25138fd38944fe84d** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302932** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Salto x Igats - 2024"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Salto x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:37:16**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:50:16** 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 **0x2491a70b1c1d7d1eff1fe3d0b5190629279e92604938a7532dc9666f3c5c359f**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Prefeitura Municipal da Estância Turística de Salto, inscrita sob CNPJ nº 46.634.507/0001-06, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, atesta, para os devidos fins, que o INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS, CNPJ 12.043.445/0008-04, contratada através do Chamamento Público nº 03/2022 – Contrato de Gestão nº 268/2022, cujo objeto é:

O gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, de modo a assegurar a assistência universal e gratuita à população, junto ao HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO MONTE SERRAT, o AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME/SALTO e a ALA COVID, enquanto durar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN).;

Que a Entidade tem prestado os serviços no período de 01/10/2022 até a presente data, através do contrato acima mencionado;

Que a Entidade desenvolve as atividades necessárias para a manutenção da assistência hospitalar, de baixa e média complexidade, conforme Plano de Trabalho que compõe o instrumento convocatório.

Por ser a verdade, firmamos o presente.

Salto, 07 de outubro de 2025

Fernando Amâncio de Camargo

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:46:51 que o documento de hash (SHA-256) 61f75fdda8bfa10f8a788bd0936a5e720d3d656d5de47b53d65bfa85fdc9d5b6 foi validado em 12/01/2026 12:31:34 através da transação blockchain 0x13bd2839a8f9f7d932cc2e795f221d48cb903a4dd2b564f6f599fb5acb75a635, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302927)

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 12/04/2026

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 **61f75fdda8bfa10f8a788bd0936a5e720d3d656d5de47b53d65bfa85fdc9d5b6** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302927** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Salto x Igats - 2025"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Salto x Igats - 2025"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:31:34**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:46:51** 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 **0x13bd2839a8f9f7d932cc2e795f221d48cb903a4dd2b564f6f599fb5acb75a635**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Contrato de Gestão n° 01/2021

Processo n° 35/2021

A **PREFEITURA DO MUNICIPIO DE JUQUIÁ**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ do MF sob n° 46.585.964/0001-40, com sede à Rua Mohamed Said Hedjazi, n° 42, Bairro Floresta, CEP 11800-000, na cidade de Juquiá/SP, por intermédio da Secretária de Saúde, Sra. *Claudinelly Maria das Neves Morais Zaghi*, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Bairro Centro, CEP 18150-000, na cidade de Ibiúna/SP, **EXECUTOU** os serviços técnicos de operacionalização, gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Socorro Dr. Manoel Perez Bazan, conforme o contrato de gestão sob n° 01/2021.

Período de Execução: 11/05/2021 à 23/06/2022

Período de Vigência Contratual: 11/05/2021 à 11/05/2023

Atestamos ainda que os serviços foram executados em estrita observância às disposições contratuais, nao havendo qualquer fato que desabonasse a efetividade dos serviços prestados.

Juquiá, 23 de junho de 2022.

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE JUQUIÁ

Claudinelly Maria das Neves Morais Zaghi

Secretária de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUQUIÁ – CNPJ: 46.585.964/0001-40
Rua Mohamed Said Hedjazi, 42 – Bairro Floresta – Juquiá – SP 11800-000
Email: prefeitura@juquia.sp.gov.br - Telefone: (13)3844-6111

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:51:27 que o documento de hash (SHA-256) 720d5da6ccb2d92b06edf06def25d0d854495a43b4f1ed42980060026186f0e9 foi validado em 12/01/2026 12:38:35 através da transação blockchain 0x93e2cc888771125e718ae2edb366fc01ca0598b7a1b2bbc6db40bfe884f45a89 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302934)

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 12/04/2026

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 **720d5da6ccb2d92b06edf06def25d0d854495a43b4f1ed42980060026186f0e9** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302934** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Juquia x Igats"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Juquia x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:38:15**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:51:28** 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 **0x93e2cc888771125e718ae2edb366fc01ca0598b7a1b2bbc6db40bfe884f45e88**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Contrato de Gestão nº 01/2021

Processo 35/2021

A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUQUIÁ, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ do MF sob nº 46.585.964/0001-40, com sede à Rua Mohamed Said Hedjazi nº 42, Bairro Floresta – CEP 11800-000, na cidade de Juquiá/SP, por intermédio do Secretário de Saúde, Sr. Odair Fernando de Mattos Filho, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS**, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-37, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar – sala 5, Bairro Centro – CEP 18150-000, na cidade de Ibiúna/SP, **EXECUTOU** os serviços técnicos de operacionalização, gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Socorro Dr. Manoel Peres Bazan, conforme o contrato de gestão sob nº 01/2021.

Período de Execução: 23/06/2022 à 01/10/2025

Período de Vigência Contratual: 11/05/2021 à 11/05/2026

Atestamos ainda que os serviços foram executados em estrita observância às disposições contratuais, não havendo qualquer fato que desabonasse a efetividade dos serviços prestados.

Juquiá, 02 de outubro de 2025.

gov.br Documento assinado digitalmente
ODAIR FERNANDO DE MATTOS FILHO
Data: 02/10/2025 18:13:00-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUQUIÁ
Odair Fernando de Mattos Filho
Secretário de Saúde

Relatório de conformidade

Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 08/10/2025 14:38:04 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.21.1.2

Versão do software(Validador de Documentos): 3.0.5.2

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: 1. Atestado JuquiÃ¡ x Igats - 2025.pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

25e1f7d13ee1cdea18714fff763b0403450bbb0316c5943028602a991c052409

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 1

Quantidade de assinaturas ancoradas: 1

CN=ODAIR FERNANDO DE MATTOS FILHO

Informações da assinatura

Assinante: CN=ODAIR FERNANDO DE MATTOS FILHO

CPF: ***.519.848-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 02/10/2025 18:13:00 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=ODAIR FERNANDO DE MATTOS FILHO

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 25/02/2025 18:06:47 BRT

Aprovado até: 25/02/2026 18:06:47 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, OU=Autoridade Certificadora Raiz do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 17/06/2020 17:50:27 BRT

Aprovado até: 09/06/2033 09:00:47 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: IdSigningTime

Corretude: Valid

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Contrato de Gestão nº 58-2024
Vigência – 10 de Outubro de 2024 – Atual

Atestamos, para os devidos fins que a empresa "**INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE" – IGATS,** sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Ibiúna, à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º Andar, Sala 05, Centro – CEP 18.150-000, inscrita no CNPJ nº 12.043.445/0001-38, por intermédio do Contrato de Gestão nº 58-2024 realiza a gestão e operacionalização do **Pronto Atendimento "IRIO TAINO" em Biritiba Mirim/SP**, desde 10 de Outubro de 2024, detendo capacidade técnica para tanto.

Registramos, ainda que as prestações de serviços acima referido apresentaram bom desempenho operacional, tendo a empresa cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica e comercialmente, até a presente data.

Colocando-nos a inteira disposição para quaisquer esclarecimentos, firmamo-nos.

Biritiba Mirim, 23 de Outubro de 2025.

VIRGÍNIA GARCIA LEME
Secretária Municipal de Saúde

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 16:07:32 que o documento de hash (SHA-256)
7ca7b42b6177fac7ebf92b030626c4b2e089c5cff7d62de1b966f839eb24311a foi validado em 27/10/2025 16:04:18 através da transação blockchain
0x1bb71adb7ee720e127df2ee602e62a9bd1fbd0df020b4240e46c4e1f27018498 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293303)

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 25/01/2026

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 **7ca7b42b6177fac7ebf92b030626c4b2e089c5cff7d62de1b966f839eb24311a** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **293303** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Biritiba Mirim x Igats "**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Biritiba Mirim x Igats "**, faz prova de que em **27/10/2025 16:03:23**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **27/10/2025 16:07:33** 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 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 **0x1bb71adb7ee720e127df2ee602e62a9bd1fbd0df020b4240e46c4e1f27018498**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SOROCABA**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ do MF sob n° 46.634.044/0001-74, com sede à Avenida Engenheiro Carlos Reinaldo Mendes, n° 3.041, Bairro Parque da Boa Vista, na cidade de Sorocaba, por intermédio do Secretário de Saúde, Sr. *Cláudio Pompeo Chagas Dias*, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE IGATS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ do MF n° 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Centro, CEP 18150-000, na cidade de Ibiúna/SP, **EXECUTOU** o gerenciamento, administração e manutenção de Residências Terapêuticas (SRTS) – Tipo II, em 04 (quatro) lotes, cada um com 10 unidades, componentes da rede de atenção psicossocial (RAPS) do município de Sorocaba, para pessoas com transtornos mentais graves, preferencialmente usuários com histórico de internação de longa permanência, egressos de hospitais psiquiátricos, e/ou hospitais de custódia.

Lote	Descrição
1	Gerenciamento, administração e manutenção de 10 (dez) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – tipo II, já implantados.
2	Gerenciamento, administração e manutenção de 10 (dez) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – tipo II, já implantados.
3	Gerenciamento, administração e manutenção de 10 (dez) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – tipo II, sendo 09 (nove) SRTS já implantados e 01 (uma) nova SRTS.
4	Gerenciamento, administração e manutenção de 10 (dez) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – tipo II, sendo 09 (nove) SRTS já implantados e 01 (uma) nova SRTS.

Processo: Chamamento Público nº 05/2021 - SES.

Prazo de vigência dos contratos: 24 meses.

Data de início: 09/06/2022.

Atestamos ainda que os serviços foram executados em conformidade.

Sorocaba, 14 de novembro de 2024.

CLAUDIO POMPEO CHAGAS DIAS:21861209843

Assinado de forma digital por CLAUDIO POMPEO CHAGAS DIAS:21861209843

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SOROCABA

Cláudio Pompeo Chagas Dias

Secretário Municipal de Saúde

Relatório de conformidade

Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 18/11/2024 08:41:20 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.17

Versão do software(Validador de Documentos): 3.0.0rc12

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: 4.7. Atestado Readequado - Igats x Sorocaba.pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

1cff9dd95cec9e21fc7480d4b60c598be5690196b3c0c7dcada43f6892613c2c

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 1

Quantidade de assinaturas ancoradas: 1

CN=CLAUDIO POMPEO CHAGAS DIAS:***612098**, OU=23035197000108, OU=Presencial, OU=AR RIO MADEIRA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=CLAUDIO POMPEO CHAGAS DIAS:***612098**, OU=23035197000108, OU=Presencial, OU=AR RIO MADEIRA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.612.098-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: Correto

Data da assinatura: 14/11/2024 16:40:51 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Certificados utilizados

CN=CLAUDIO POMPEO CHAGAS DIAS:21861209843, OU=23035197000108, OU=Presencial, OU=AR RIO MADEIRA, OU=VALID, OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC VALID RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 24/03/2022 11:12:43 BRT

Aprovado até: 24/03/2025 11:12:43 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC VALID RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 05/05/2017 15:06:38 BRT

Aprovado até: 20/02/2029 15:06:38 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/07/2016 10:32:04 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:04 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

Prefeitura Municipal de Itariri

Estado de São Paulo
Rua Nossa Senhora do Monte Serrat, 133 – centro - Itariri /SP - CEP: 11.760-000 Telefax: (13) 3418-7300 ou 3418-1466
Site: www.itariri.sp.gov.br E mail: prefeitura@itariri.sp.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **MUNICÍPIO DE ITARIRI**, com sede à Rua Nossa Senhora do Monte Serrat, nº 133, Bairro Centro, CEP 11.760-000, na cidade de Itariri/SP, inscrita no CNPJ sob nº 46.578.514/0001-20, representado pela Diretora de Saúde, Sra. Ariane Lourdes Moreira de Oliveira, conforme solicitado, **ATESTA** que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar/sala 05, Bairro Centro, CEP 18.150-000, na cidade de Ibiúna/SP, **EXECUTOU** os serviços de operacionalização do gerenciamento, apoio à gestão e execução das atividades e serviços de saúde, na efetivação da reestruturação da gestão e operacionalização dos serviços municipal de saúde, nas seguintes unidades:

(i) Unidades Básicas de Saúde, sendo:
a) Centro Integrado de Saúde "Regina Helena Ribeiro";
b) UBS Dr. "Taminato Tion";

(ii) 05 (cinco) Estratégia de Saúde da Família, sendo:
a) ESF I Vila Boa Esperança com sede no bairro da Vila Boa Esperança;
b) ESF II Raposo Tavares, com sede no bairro de Raposo Tavares;
c) ESF III Ana Dias, com sede no distrito de Ana Dias;
d) ESF IV Jardim Quiles e Nova Itariri, com sedes nos bairros do Jardim Quiles, e Nova Itariri.
e) ESF V João Rocha – Centro.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:03 que o documento de hash (SHA-256)
17883bbd394132fdc8ce8f4b00a3096a65aa7dd8fb668490b7f8e5552208dd6f foi validado em 12/01/2026 12:38:35 através da transação blockchain
0x5b6f582ad42a96cb484160ee7d366f0c053bf0e4abd4cd2df9ee4fb0c7dcfadc e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302935)

(iii) Pronto Atendimento;

(iv) Assistência Farmacêutica e Almoxarifado;

(v) Serviços de Apoio, como:
a) Vigilância em Saúde;
b) Academia de Saúde.

As atividades são segregadas de acordo com as modalidades de atenção e estrutura da rede, sendo elas: (i) Atenção Básica; (ii) Urgência e Emergência e (iii) Ambulatorial / Especializada.

Atestamos ainda que os serviços estão sendo executados em conformidade com o contrato de gestão sob nº 32/2022, com início em **10/03/2022 e vigorando-se ate a presente data**.

Itariri, 20 de agosto de 2024.

Ariane L. M. de Oliveira
Diretora de Saúde de Itariri
RG 33 432 979-6

MUNICÍPIO DE ITARIRI
Ariane Lourdes Moreira de Oliveira
Diretora de Saúde

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:03 que o documento de hash (SHA-256) 17883bbd394132fdc8ce8f4b00a3096a65aa7dd8fb668490b7f8e5552208dd6f foi validado em 12/01/2026 12:38:35 através da transação blockchain 0x5b6f582ad42a96cb484160ee7d366f0c053bf0e4abd4cd2df9ee4fb0c7dcfadc e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302935)

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 12/04/2026

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 **17883bbd394132fdc8ce8f4b00a3096a65aa7dd8fb668490b7f8e5552208dd6f** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302935** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Itariri x Igats"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Itariri x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:38:48**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:52:03** 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 **0x5b6f582ad42a96cb484160ee7d366f0c053bf0e4abd4cd2df9ee4fb0c7dcfadc**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **MUNICÍPIO DE QUELUZ,** pessoa jurídica de direito público, com sede à Rua Prudente de Moraes, nº 100, Bairro Centro, inscrito no CNPJ sob o nº 46.670.931/0001-06, neste ato representado pela Secretária de Saúde, Sra. *Marilda Uchoas Ferreira*, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 05, bairro Centro, CEP 18.150-000, na cidade de Ibiúna/SP **EXECUTOU** os serviços de gestão, operacionalização e execuções de ações e serviços de saúde, em estrita cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde, que atendam a Estratégia Saúde da Família (ESF), Saúde Coletiva, Atenção Básica, especialidades médicas, Pronto Atendimento, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), Núcleo de Apoio à Saúde (NASF) entre outras áreas administrativas relacionadas à área da Saúde, conforme descriminado abaixo:

Item	Descrição	Qtd Mensal
Ambulatório		
1	Diagnóstico em laboratório clínico	4090
2	SADT - RX	312
3	SADT - Ultrassonografia	109
4	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	289
5	Terapias especializadas (outros)	207
Internação - AIH conveniadas/contratadas		
1	Procedimentos Clínicos	32

Pense em sua responsabilidade com o meio ambiente, reduza o consumo desnecessário de papel.
Programa Menos Papel - Portaria Municipal nº 45/2019.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:47 que o documento de hash (SHA-256)
1d52a385ef462227ac81f2f652f404fef708bd2b10bb0546738205bd1f46e825 foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x7e3f50974fb1418476d66d8b06a29cee815462bdac1f4ea8b522c312038e96f2e, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302933)

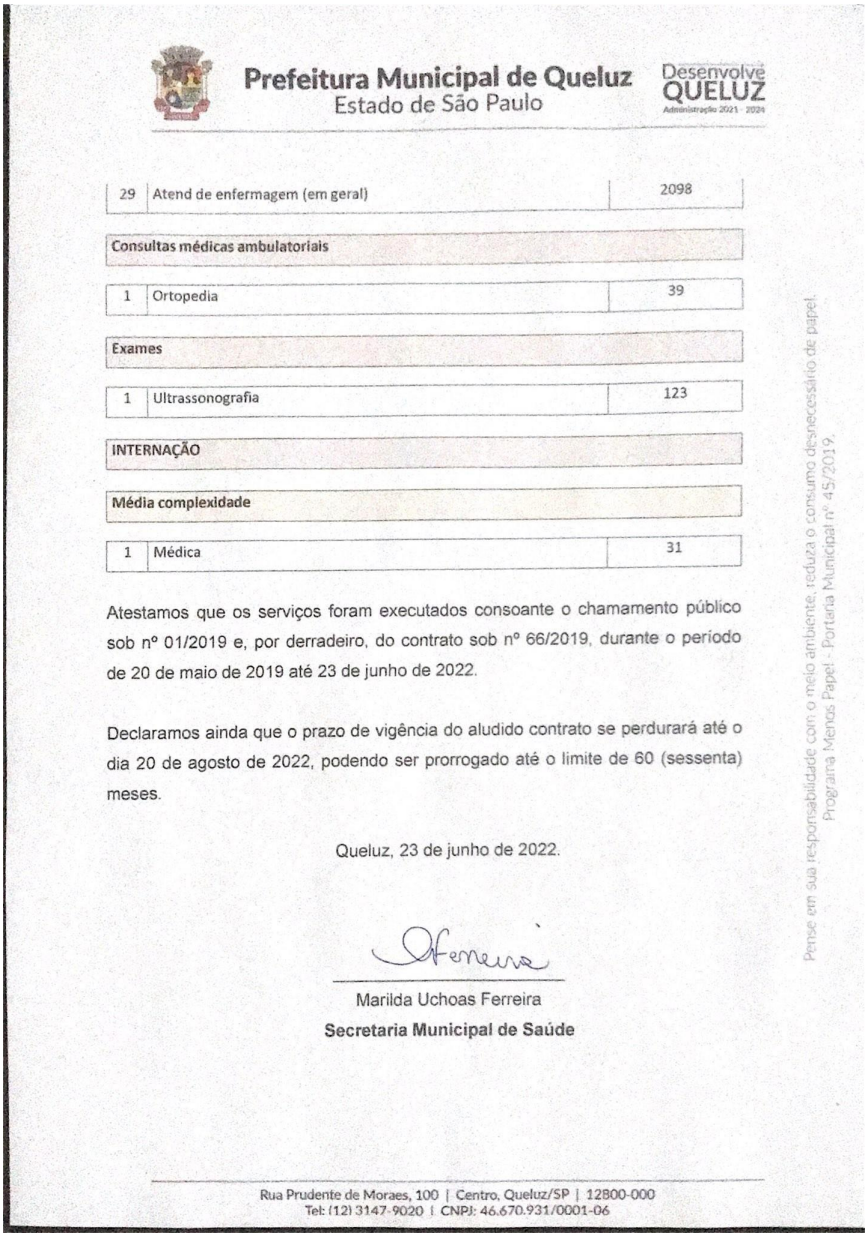
Ambulatório Média Complexidade

1	DOSAGEM DE AMILASE	21
2	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	57
3	DOSAGEM DE CREATININA	187
4	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	72
5	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	62
6	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	51
7	DOSAGEM GAMA (GT)	91
8	DOSAGEM DE GLICOSE	292
9	DOSAGEM DE POTASSIO	189
10	DOSAGEM DE SODIO	87
11	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA (TGO)	212
12	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRÚVICA (TGP)	219
13	DOSAGEM DE UREIA	217
14	Exames hematologicos e hemostasia	276
15	Exames sorologicos e imunologicos	283
16	Exames de uroanalise	299
17	Exames radiol da cabeca e pescoco	401
18	Exames radiol da coluna vertebral	
19	Exames radiol do torax e mediastino	
20	Exam radiol cintura escapular e membros sup	
21	Exames radiol do abdomen e pelve	
22	Exames radiol da cintura pelvica e memb inf	
23	Ultra-sonografias dos demais sistemas	
24	Ultrassonografia	
25	Diagn em cardiologia	57
26	Diagn em ginecologia-obstetricia	81
27	Consultas medicas/outros profiss niv sup	297
28	Consulta/Atendimento as urgencias (em geral)	2999

Pense em sua responsabilidade com o meio ambiente, reduza o consumo desnecessário de papel.
Programa Menos Papel - Portaria Municipal nº 45/2019.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:47 que o documento de hash (SHA-256)
1d52a385ef462227ac81f2f652f404fef708bd2b10bb0546738205bd1f46e825 foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x7e3f50974fb1418476d66d8b06a29cee815462bdac1f4ea8b522c312038e90f2 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302933)



Prefeitura Municipal de Queluz
Estado de São Paulo

Desenvolve QUELUZ
Administração 2021 - 2024

29	Atend de enfermagem (em geral)	2098
Consultas médicas ambulatoriais		
1	Ortopedia	39
Exames		
1	Ultrassonografia	123
INTERNAÇÃO		
Média complexidade		
1	Médica	31

Atestamos que os serviços foram executados consoante o chamamento público sob nº 01/2019 e, por derradeiro, do contrato sob nº 66/2019, durante o período de 20 de maio de 2019 até 23 de junho de 2022.

Declaramos ainda que o prazo de vigência do aludido contrato se perdurará até o dia 20 de agosto de 2022, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses.

Queluz, 23 de junho de 2022.

Marilda Uchoas Ferreira
Secretaria Municipal de Saúde

Pense em sua responsabilidade com o meio ambiente, reduza o consumo desnecessário de papel.
Programa Menos Papel - Portaria Municipal nº 45/2019.

Rua Prudente de Moraes, 100 | Centro, Queluz/SP | 12800-000
Tel: (12) 3147-9020 | CNPJ: 46.670.931/0001-06

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:47 que o documento de hash (SHA-256)
1d52a385ef462227ac81f2f652f404fef708bd2b10bb0546738205bd1f46e825 foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x7e3f50974fb1418476d66d8b06a29cee815462bdac1f4ea8b522c312038e96f2 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302933)

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 12/04/2026

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 **1d52a385ef462227ac81f2f652f404fef708bd2b10bb0546738205bd1f46e825** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302933** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Queluz x Igats"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Queluz x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:37:47**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:50:47** 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 **0x7e3f50974fb1418476d66d8b06a29cee815462bdac1f4ea8b522c312038e90f2**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO
SECRETARIA DA SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA
Chamamento Público sob nº 03/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPAO BONITO, incrita no CNPJ/SF sob n° 46.634.259/0001-95, com sede na Rua 09 de julho, n° 690, representado pelo Secretario Municipal de Saúde, Roberto Kazushi Tamura, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 05, bairro Centro, CEP 18.150-000, na cidade de Ibiúna/SP **EXECUTOU** os serviços nas moradias protegidas e a reabilitação de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, na modalidade Serviço de Residência Terapêutica – Tipo II de forma complementar.

Termo de Colaboração n° 50/2020
Data de vigência: 01/01/2020 à 31/12/2022

Capão Bonito, 24 de junho de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO
Roberto Kazushi Tamura
Secretario de Saude

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro
CEP: 18300-335
Tel: (15) 3542-1713 E-mail: saúde@capaobonito.sp.gov.br
CNPJ: 46.634.259/0001-95

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

Digitalizado com CamScanner

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:53:07 que o documento de hash (SHA-256) 40c51f93d8253dafb8add8459d5a4c6749f3f38e601fd1a86af9454d99ee51db foi validado em 12/01/2026 12:40:51 através da transação blockchain 0x5c5a0b1a12b6c467ed29e2869d3138c79fca25383f1635084a20824b2eea20e4 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302937)

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 12/04/2026

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 **40c51f93d8253dafb8add8459d5a4c6749f3f38e601fd1a86af9454d99ee51db** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302937** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Capão x Igats"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Capão x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:40:34**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:53:08** 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 **0x5c5a0b1a12b6c467ed29e2869d3138c79fca25383f1635084a20824b2eea39ec**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

CEUNSP
Centro Universitário
N. Sra. do Patrocínio

Itu I
R. Madre Maria Basília, 965
13300 903 Itu SP
T 55 11 4013 9900

www.ceunsp.edu.br

Itu II
Rua do Patrocínio, 716
13300 200 Itu SP
T 55 11 4013 9900

Salto
Pç. Antônio Vieira Tavares, 153
13320 219 Salto SP
T 55 11 4028 8820

DECLARAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO E PESQUISA

A Sociedade de Educação Nossa Senhora do Patrocínio Ltda, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/ME sob nº 45.466.752/0001-80, com sede na Praça Regente Feijó, nº 181, Centro, Itu, São Paulo, CEP 13300-023, mantenedora do **Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio, do Colégio CEUNSP de Itu e do Colégio CEUNSP de Salto**, DECLARA e INFORMA que desde 14 de Setembro de 2023 o Instituto de Gestão Administração e Treinamento em Saúde – IGATS, entidade sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 12.043.445/0008-04, com filial a Rua Europa, nº 1571, Bloco Hospital, Jardim Celani, Salto/SP – CEP 13326-110, desenvolve atividades de ensino e pesquisa em parceria com a universidade até a presente data.

Salto, 10 de Abril de 2025.

Profº Dr Amilton Iatecola
Pró-reitoria Acadêmica

Prof. Dr. Amilton Iatecola
Coordenador Geral de Graduação
Reitoria CEUNSP

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº	CNPJ nº	Inscrição	Validade
966759	12.043.445/0001-38	13/11/2015	30/11/2026

Razão Social
INST DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE - IGATS

Nome Fantasia
IGATS

Endereço
AV VER BENEDITO CAMPOS 156 AND 2 SL 5 - RIO DE UNA
DE BAIXO

Município/UF
IBIUNA

CEP
18150000

Responsável Técnico
BRUNO CORREIA DA SILVA - CRM nº 225349

Classificação
PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS TERCEIRIZADOS

Este certificado atesta a **REGULARIDADE** da Inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº 6.839 de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é **válido até 30/11/2026**. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

8 9 6 4 8 0 5 8 0 4

Emitido através do site http://www.cremesp.org.br em 12/01/2026 às 12:26:18
A autenticidade deste Certificado poderá ser verificada no endereço:
https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ServicosEmpresasConsultaCertificado

Comprovação da presença, em seu quadro de pessoal e ou contratado, de profissionais com formação específica para a gestão das atividades a serem desenvolvidas, notória competência e experiência comprovada na área de saúde pública.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

8900-3

POLEGAR DIREITO

55636C37

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 33.370.235-9 2 via

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/04/2018

NOME

REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD

FILIAÇÃO

REGINALDO GIRAUD

JUDITH DE OLIVEIRA GIRAUD

NATURALIDADE

SANTOS - SP

DATA DE NASCIMENTO

01/02/1981

DOC ORIGEM

MARINGÁ - PR MARINGÁ CC:LV.B076/FLS.108 /Nº20705

CPF

296458368/40

Caetano Paulo Filho

Delegado de Polícia Divisionário IIRGD.SSP.SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 13:02:48 que o documento de hash (SHA-256)
33dda58e7e0caa97ba05fd6f4ed6c59d3e08ebf4fe8cb153eaf656bc71932840 foi validado em 12/01/2026 13:00:16 através da transação blockchain
0xbd7fd4029d363f3e2dabd09b94e5becf19c7196f90ef10991a56659d23499861 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302939)

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 12/04/2026

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 **33dda58e7e0caa97ba05fd6f4ed6c59d3e08ebf4fe8cb153eaf656bc71932840** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302939** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Documento Reginaldo"**, cujo assunto é descrito como **"Documento Reginaldo"**, faz prova de que em **12/01/2026 13:00:13**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 13:02:48** 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 **0xbd7fd4029d363f3e2dabd09b94e5becf19c7196f90ef10991a56659d23499861**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **296.458.368-40**

Nome: **REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD**

Data de Nascimento: **01/02/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/05/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:01:39** do dia **12/01/2026** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **BD90.2C07.126D.FCCB**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E DE SISTEMAS DE SAÚDE
(Em nível de Pós-Graduação)

HISTÓRICO ESCOLAR

Nome: REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Nacionalidade: BRASILEIRA
Naturalidade: SÃO PAULO
Data de nascimento: 01/02/1981

Nº de Matrícula: 93061036
Código: 175651
Identidade: SSP SP 33.370.235-9
Ingresso no curso: 1 / 2006
Prazo término até: 2 / 2008

Código	Classe	Disciplina	Professor	Título	Período Letivo	Crédito	Carga Horária	Média Final	Situação
2429-30	1	EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA VITAL	ALVARO ESCRIVÃO JUNIOR	DOUTOR	1 / 2006	-	-	-	SATISFATÓRIO
4646-31	1	CONTABILIDADE	MARCOS VINICIUS FITTIPALDI	ESPECIALIZACAO	1 / 2006	-	-	-	INSATISFATÓRIO
4647-31	1	RELAÇÕES INTERP. EQ. ALTA PERFORMANCE	DJAIR PICCHIAI	DOUTOR	1 / 2006	2.00	32 h/a	6.85	APROVADO
4648-31	1	HABILIDADES COMPUTACIONAIS	MAIRA DE CASSIA PETRINI	DOUTOR	1 / 2006	-	-	-	SATISFATÓRIO
4649-31	1	ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE DADOS	SERGIO LUIZ GONÇALVES PEREIRA	MESTRE	1 / 2006	-	-	-	SATISFATÓRIO
4650-31	1	MATEMÁTICA FINANCEIRA	LUIS FERNANDO PINTO DE ABREU	MESTRE	1 / 2006	-	-	-	SATISFATÓRIO
5028-31	1	COMUNICAÇÃO E EXPRESSÃO	NATÉRCIA FILIPE MENDEIROS CARONA	DOUTOR	1 / 2006	2.00	32 h/a	7.30	APROVADO
7143-33	1	NEGOCIAÇÃO	CARLOS CELSO ORCESI DA COSTA	DOUTOR	1 / 2006	1.00	16 h/a	9.40	APROVADO
7144-33	1	POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE	JOSÉ ROBERTO MONTES HELOANI	LIVRE-DOCENTE	1 / 2006	1.00	16 h/a	8.73	APROVADO
4646-31	1	CONTABILIDADE	MARCOS VINICIUS FITTIPALDI	ESPECIALIZACAO	2 / 2006	-	-	-	SATISFATÓRIO
7263-31	1	GESTÃO EM SAÚDE - MODELOS E VISÃO FUTURA	DJAIR PICCHIAI	DOUTOR	2 / 2006	2.00	32 h/a	7.10	APROVADO
7264-33	1	MARKETING SOCIAL E DE SERVIÇOS DE SAÚDE	LUIZ TADEU ARRAES LOPES	DOUTOR	2 / 2006	1.00	16 h/a	7.40	APROVADO
7265-33	1	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE	ANA MARIA MALIK	DOUTOR	2 / 2006	1.00	16 h/a	7.30	APROVADO
7266-31	1	MODELO ASSISTENCIAL E SISTEMAS COMPARADOS	JOSÉ MANOEL DE CAMARGO TEIXEIRA	DOUTOR	2 / 2006	2.00	32 h/a	7.67	APROVADO
7267-31	1	GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	MARCOS VINICIUS FITTIPALDI	ESPECIALIZACAO	2 / 2006	2.00	32 h/a	7.20	APROVADO
7268-33	1	ÉTICA E DIREITO EM SAÚDE	ALEXANDRE AKIO MOTONAGA	DOUTOR	2 / 2006	1.00	16 h/a	8.30	APROVADO
7269-33	1	INFORMAÇÕES E TECNOLOGIA DA INF. EM SAÚDE	MAIRA DE CASSIA PETRINI	DOUTOR	2 / 2006	1.00	16 h/a	6.55	APROVADO
7388-31	1	GESTÃO DE PESSOAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	MIGUEL ABBOUD	DOUTOR	1 / 2007	2.00	32 h/a	8.05	APROVADO
7389-33	1	ECONOMIA EM SAÚDE	FRANCISCO HUMBERTO VIGNOLI	MESTRE	1 / 2007	-	-	4.70	REPROVADO
7390-33	1	PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DO ESPAÇO FÍS. EM SERV. DE SAÚDE	JOÃO CARLOS BROSS	BACHAREL	1 / 2007	1.00	16 h/a	8.20	APROVADO

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
Secretaria de Registros Acadêmicos
Av. 9 de Julho, 2029 - 2º andar
01313-902 - São Paulo - SP - Brasil
portal.fgv.br

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

FGV Assinatura Digital ID bc9ea0d2-aab9-48a8-10d0-08d8e7c55da1 - Para confirmar as assinaturas acesse https://assinaturadigital.fgv.br/validar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256)
4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain
0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb4 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

7391-33	1	GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS	MAURO SAMPAIO	DOUTOR	1 / 2007	1.00	16 h/a	7.70	APROVADO
7392-31	1	GESTÃO DE OPERAÇÕES DAS LINHAS DE CUIDADOS ASSISTENCIAIS	JOSÉ MANOEL DE CAMARGO TEIXEIRA	DOUTOR	1 / 2007	2.00	32 h/a	7.38	APROVADO
7393-31	1	GESTÃO DE OPERAÇÕES DAS LINHAS DE APOIO CLÍNICO E TÉCNICO	HAINO BURMESTER	DOUTOR	1 / 2007	-	-	5.30	REPROVADO
7394-33	1	GESTÃO DE PROCESSOS E DE OPER. DAS LINHAS DE LOGÍSTICA E APOIO GERENCIAL	LUIS ALBERTO PIEMONTE	BACHAREL	1 / 2007	1.00	16 h/a	8.20	APROVADO
7389-33	1	ECONOMIA EM SAÚDE	FRANCISCO HUMBERTO VIGNOLI	MESTRE	2 / 2007	2.00	32 h/a	6.90	APROVADO
7393-31	1	GESTÃO DE OPERAÇÕES DAS LINHAS DE APOIO CLÍNICO E TÉCNICO	HAINO BURMESTER	DOUTOR	2 / 2007	2.00	32 h/a	7.30	APROVADO
		----------ABANDONO----------			1 / 2008				
		----------CANCELAMENTO----------			2 / 2008				

OBSERVAÇÕES: Curso incompleto. Média geral igual a 7.53

São Paulo, 14 de Abril de 2021.

Vera Lucia Mourão
Secretária de Ensino
Secretaria de Registros Acadêmicos
Pós-Graduação Lato Sensu

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
Secretaria de Registros Acadêmicos
Av. 9 de Julho, 2029 - 2º andar
01313-902 - São Paulo - SP - Brasil
portal.fgv.br

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

FGV Assinatura Digital ID bc9ea0d2-aab9-48a8-10d0-08d8e7c55da1 - Para confirmar as assinaturas acesse https://assinaturadigital.fgv.br/validar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256)
4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain
0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb4 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

HISTÓRICO ESCOLAR (HE REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD CEAHS.pdf)

Código do documento 027c6f2d-6618-4532-2e6f-08d8e7c55e48

Assinaturas

Vera Lucia Mourão
vera.mourao@fgv.br
Assinou

Eventos do documento

15/04/2021, 13:26:02

ANTONIO PIEDRO STEIN DOS SANTOS - E-mail: antonio.stein@fgv.br **solicitou assinaturas**.

15/04/2021, 13:57:00

VERA LUCIA MOURÃO **assinou** (Autenticidade a846a6c05bed44108dccd92f5639351b) - E-mail: vera.mourao@fgv.br - CPF: 011.312.118-04 - IP: 10.156.8.107 - Geolocalização: -23.5734145, -46.672948299999995

Hash do documento original

[SHA256]: f047bb18c1c73830e1d182b3394423f94c8dc42502cdbfcd64515c7a5e03dd5f

[SHA512]: c5a50bf8b662d63c55bab022bccfcc97166f987caf2c36572a0c4776f124e1807e920d596b00f24f05eb56b6a2abe8d344ebb0fb5273b9286e7fca9f46c7f05c

Esse log pertence **única** e **exclusivamente** ao documento do HASH acima

A Fundação Getulio Vargas através do seu certificado digital, valida e certifica que as assinaturas foram executadas de acordo com os dados acima declarados.

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256)
4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain
0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb4 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

DELEGACIA DO TRABALHO – SUBDELEGACIA – SANTOS

Número 72122 Série 00255-SP

Reginaldo de Oliveira Giraud

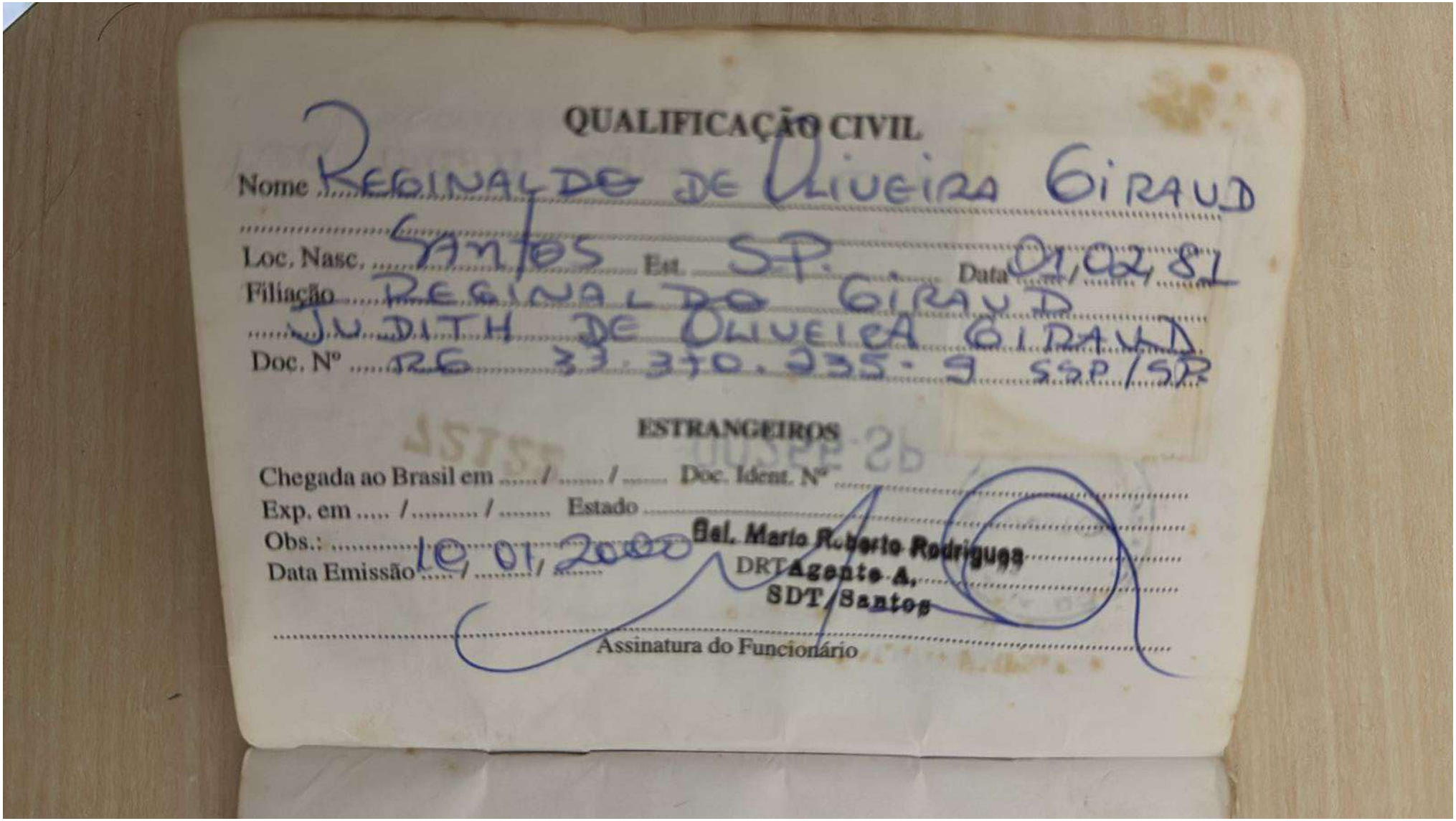
ASSINATURA DO PORTADOR

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256) 4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain 0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a360[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256)
4846ad2cff6522d0537c2925e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain
0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a36f1d12 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

522



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD

Loc. Nasc. Santos Est. SP. Data 01/02/81

Filiação REGINALDO GIRAUD

JUDITH DE OLIVEIRA GIRAUD

Doc. Nº RG 33.370.235-9 SSP/SP

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..../..../.... Doc. Ident. Nº .....

Exp. em ..../..../.... Estado .....

Obs.: .....

Data Emissão 19/01/2000

Sel. Mario Roberto Rodrigues
DRT Agente A,
SDT/Santos

Assinatura do Funcionário

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador GRI - Comércio, Representações e Importação Ltda

CGC/MF 02.939.952/0001-09

Rua Av. Afonso Penna Nº 383 s/04

Município Santos Est. São Paulo

Esp. do estabelecimento Distribuidora medicamentos.

Cargo Farmacêutico Responsável

CBO nº 6710

Data admissão 06 de Janeiro de 2003

Registro nº Inicial Fls./Ficha 006

Remuneração especificada R$ 995,05

(novecentos e noventa e cinco reais e cinco centavos) por mês

Gustavo Manuel Pires

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 04 de Junho de 2004

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256) 4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain 0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb1a pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Hospital Geral de Pirajussara

CGC/MF 61.699.567/0004-35

Rua Av. Ibirama Nº 1214

Município Taboão da Serra ESP

Esp. do estabelecimento Hospitalar

Cargo Farmacêutico

CBO nº

Data admissão 14 de Junho de 2004

Registro nº 8002377 Fls./Ficha 2377

Remuneração especificada R$ 1.940,75 (Hum mil novecentos e quarenta reais e setenta e cinco centavos) por mês

SPDM - Hospital Geral de Pirajussara

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 20 de Abril de 2006

SPDM - Hospital Geral de Pirajussara

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256)
4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain
0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a360[illegible] e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador REAL E BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

CGC/MF CGC/MF 61.699.003/0001-58

Rua Maestro Cardim, 769

Município SÃO PAULO Nº

Esp. do estabelecimento Hospitalar Est.

Cargo farmacêutico substituto

CBO nº

Data admissão 19 de abril de 2006

Registro nº 5220 Fls./Ficha 4A 906

Remuneração especificada 1.987,03 (um mil, novecentos e oitenta e sete reais e três centavos) por mês

R. B. A. PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL 2º

Data saída 12 de março de 2007.

R.B.A. PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

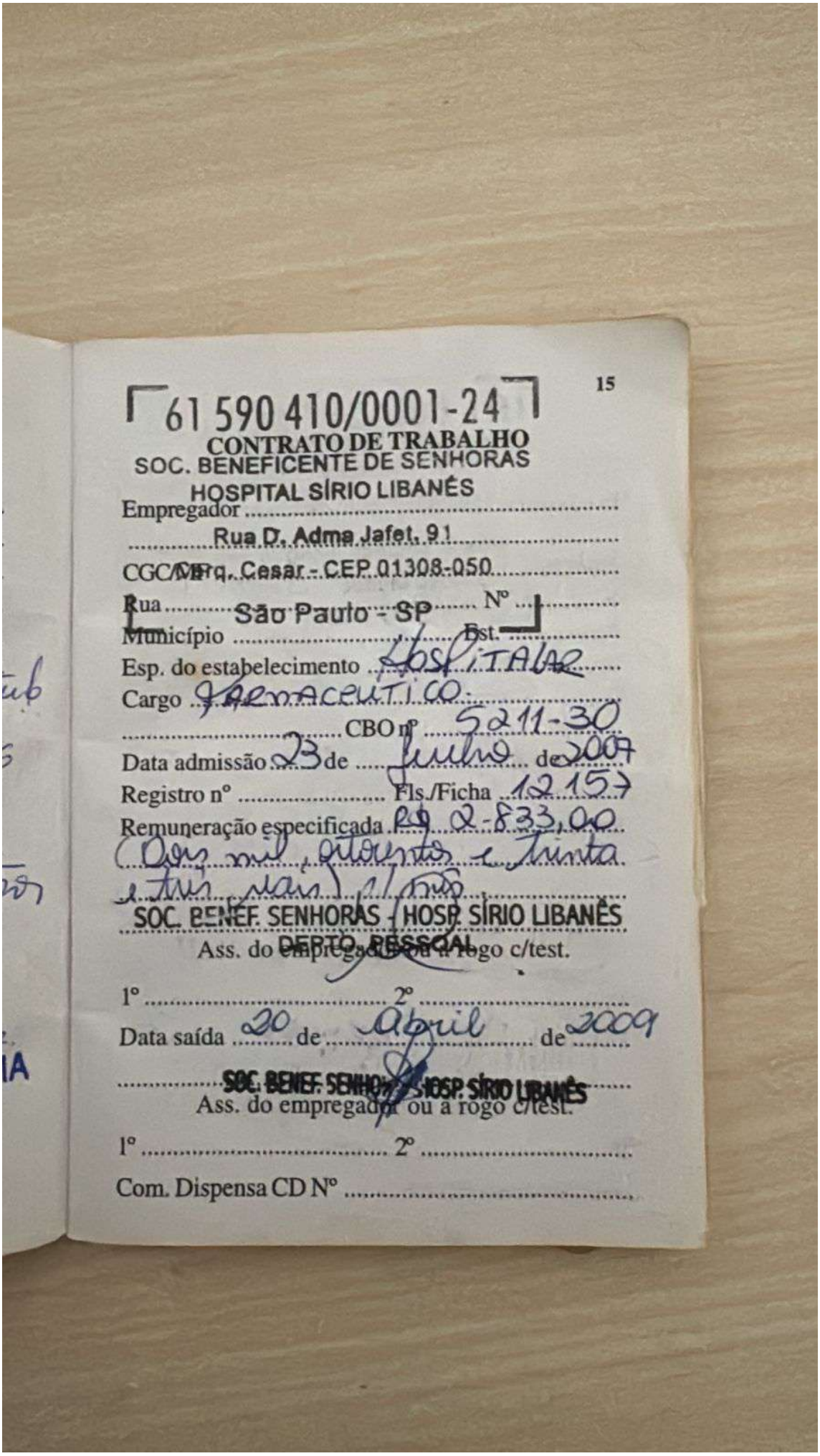
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL 2º

Com. Dispensa CD Nº

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256) 4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain 0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a360[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)



61 590 410/0001-24

15

CONTRATO DE TRABALHO

SOC. BENEFICENTE DE SENHORAS

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS

Empregador .....

Rua D. Adma Jafet, 91

CGC/MF Vila Mariana - CEP 01308-050

Rua São Paulo - SP Nº .....

Município ..... Est. .....

Esp. do estabelecimento HOSPITAL

Cargo FARMACEUTICO

CBO nº 5211-30

Data admissão 23 de julho de 2007

Registro nº ..... Fls./Ficha 1215

Remuneração especificada R$ 2.833,00

(Dois mil, oitocentos e trinta e três reais) /mês

SOC. BENEF. SENHORAS - HOSP. SÍRIO LIBANÊS

DEPTO. PESSOAL

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída 20 de abril de 2009

SOC. BENEF. SENHORAS - HOSP. SÍRIO LIBANÊS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256) 4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain 0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a360[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

16

61.699.567/0003-54

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - HVM

Rua Francisco Pangarello, 127

CGC/MF

Rua Pq. Novo Mundo - CEP 02181-159 Nº

Município SÃO PAULO - SP Est.

Esp. do estabelecimento HOSPITALAR

Cargo GERENTE FARMACIA

CBO nº

Data admissão 04 de MAIO de 2009

Registro nº 9003244 Fls./Ficha

Remuneração especificada R$ 4.000,00 (QUATRO MIL REAIS) POR MES

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - HVM

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 08 de Dezembro de 2011

Carmella

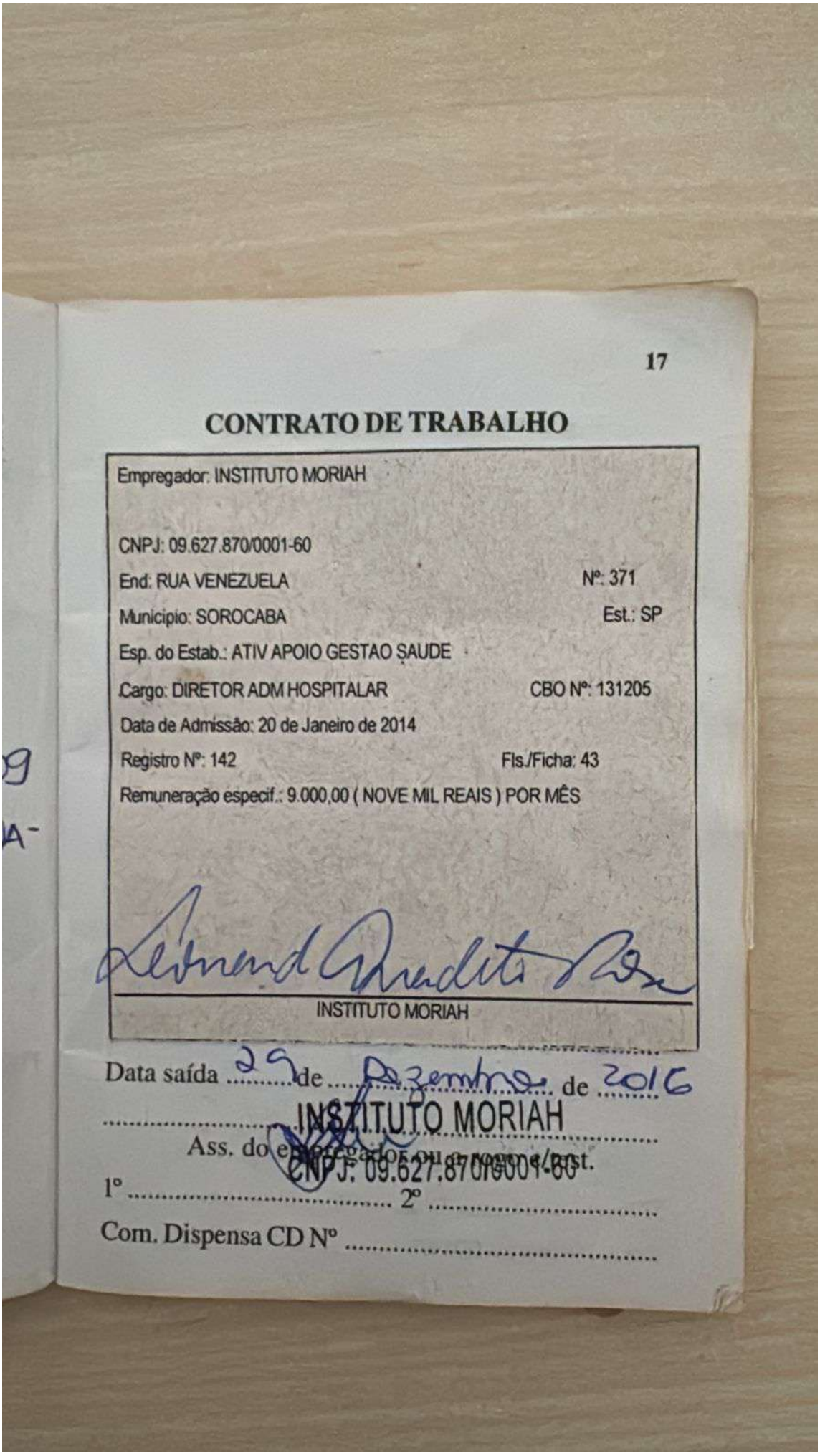
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256) 4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain 0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb7 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)



17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: INSTITUTO MORIAH

CNPJ: 09.627.870/0001-60

End: RUA VENEZUELA Nº: 371

Município: SOROCABA Est.: SP

Esp. do Estab.: ATIV APOIO GESTAO SAUDE

Cargo: DIRETOR ADM HOSPITALAR CBO Nº: 131205

Data de Admissão: 20 de Janeiro de 2014

Registro Nº: 142 Fls./Ficha: 43

Remuneração especif.: 9.000,00 (NOVE MIL REAIS) POR MÊS

INSTITUTO MORIAH

Data saída 29 de Dezembro de 2016

INSTITUTO MORIAH

Ass. do empregado ou a rogo e/ass.

CNPJ: 09.627.870/0001-60

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256)
4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain
0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb4 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

CONTRATO DE TRABALHO

INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
C.N.P.J. 12.043.445/0001-38
End. Av. Vereador Benedito de Campos
Nº 156 – Andar 2 Bairro: CENTRO
Município: IBIUNA Est. SP
Cargo: DIRETOR ADMINISTRATIVO
Nome: **REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD**
CBO nº 1231-05 Az
Adm: 15/03/2022
Registro nº. 669 Fls. Ficha 669
Remuneração: R$ 4.500,00
(Quatro mil e quinhentos reais) por MÊS.

INSTITUTO DE GESTÃO ADM E T. EM SAÚDE - IGATS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

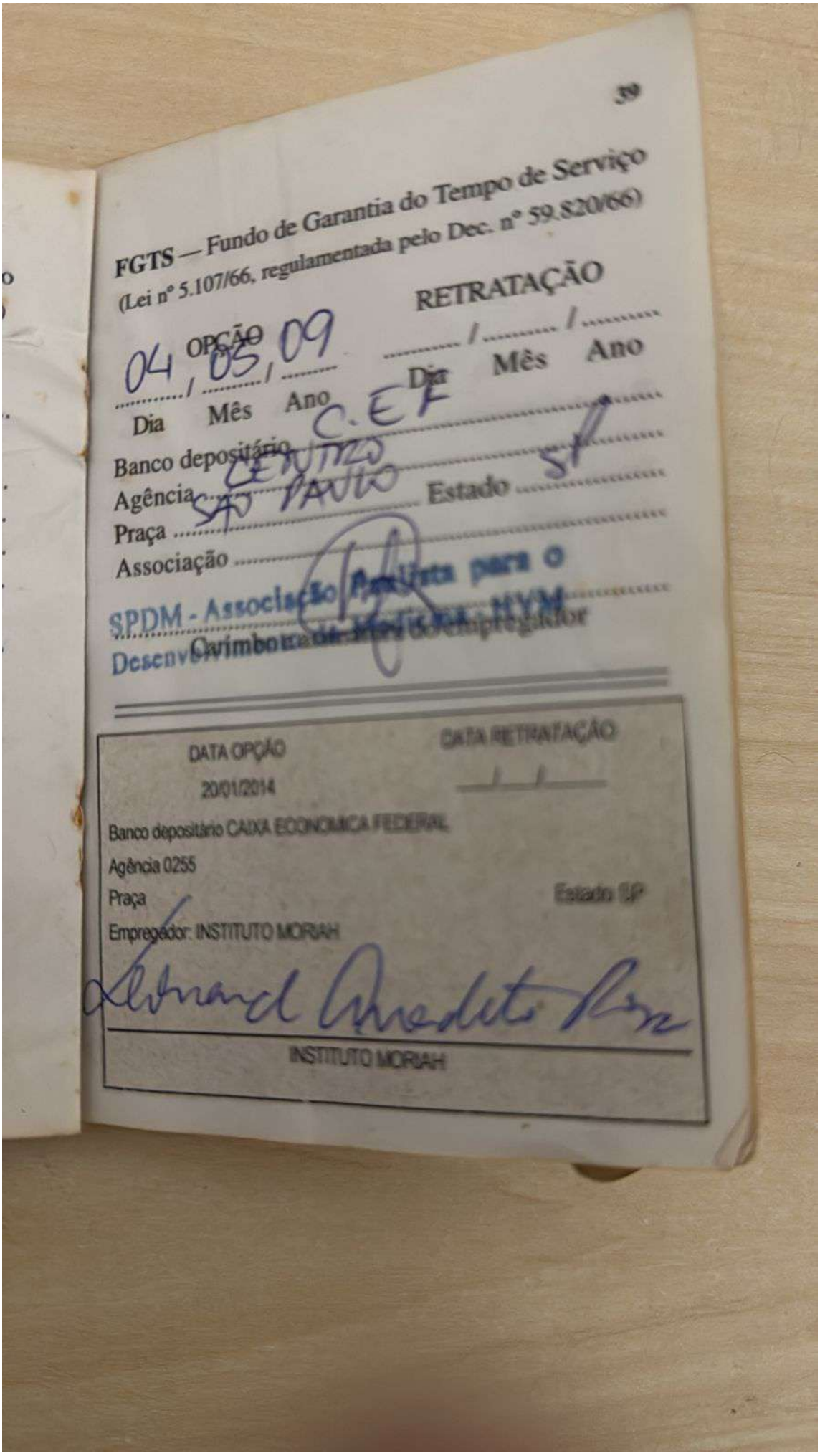
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256) 4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain 0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb4 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)



39

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

04 / 05 / 09
Dia Mês Ano

Banco depositário C.E.F
Agência CENTRO Estado SP
Praça SÃO PAULO
Associação

SPDM - Associação Paulista para o
Desenvolvimento da Medicina - HVM
Cavimbo

RETRATAÇÃO

..... / ..... / .....
Dia Mês Ano

Assinatura do empregador

DATA OPÇÃO
20/01/2014

DATA RETRATAÇÃO
/ /

Banco depositário CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência 0255
Praça Estado SP
Empregador: INSTITUTO MORIAH

INSTITUTO MORIAH

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256)
4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain
0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb4 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

Conforme instrução normativa nº 15 de 14/07/10, art. 17 do MTE a data prevista do curso prévio é 07/01/12 e a data do último dia efetivamente trabalhado foi 06/12/11

SPDM - DRA. PAULISTA DE ENV. MEDICINA

Admitido a título de experiência pelo prazo de 45 dia(s) conforme contrato assinado entre as partes, ficando automaticamente prorrogado por mais 45 dia(s) em caso de não ser rescindido até o primeiro prazo.

INSTITUTO MORIAH

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:43 que o documento de hash (SHA-256) 4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d foi validado em 31/10/2025 16:01:45 através da transação blockchain 0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb4, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293955)

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 29/01/2026

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 **4846ad2cff6522d0537c2825e6414265bafcd32c6964dc16fbeafe1aaa5a303d** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **293955** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Documentos - Reginaldo"**, cujo assunto é descrito como **"Documentos - Reginaldo"**, faz prova de que em **31/10/2025 16:01:30**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **31/10/2025 16:03:44** 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 **0xe30ced5b6933d99be8b41914ed59e5010d50c33b18fbea3728007b51a3604bb4**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

Universidade Católica de Santos

Faculdade de Farmácia e Bioquímica

A Reitora da Universidade Católica de Santos, no uso de suas atribuições
e tendo em vista a conclusão do Curso de Farmácia,
em 18 de dezembro de 2002, confere o título de

Farmacêutico a

Reginaldo de Oliveira Giraud

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 01 de fevereiro de 1981
R.G. n.º 33.370.235-9 - SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Santos, 18 de dezembro de 2002

Profª. Maria Helena de Almeida Lambert
Reitora

Prof. Dr. Antonio José Calixto de Souza
Diretor

Profª. Maria Salgado Paz
Secretária Geral

Reginaldo de Oliveira Giraud
Diplomado

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 15:55:33 que o documento de hash (SHA-256)
03e235b68caa35eb1c8bd54887109a6abac6cb952541bc32ac8d1842ad593078 foi validado em 31/10/2025 15:54:50 através da transação blockchain
0x109adc5e28e954c604f70eef224312f761ddeece2f75906fdf7c00f67996e201 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293953)

Universidade Católica de Santos

Reconhecimento: Portaria MEC n.º 103/86
de 06-02-86 - D.O.U. de 07-02-86

Curso de Farmácia

Reconhecimento: Portaria MEC n.º 1273
de 03-09-92 - D.O.U. de 04-09-92

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO.
O presente diploma foi registrado
sob nº 23256, página 313,
livro 024
em 24 / 06 / 03

DR. DIRCEU RAPOSO DE MELLO
PRESIDENTE
CRF-SP N.º 7.934

Universidade Católica de Santos
SECRETARIA GERAL
Divisão de Registros Acadêmicos

Diploma registrado sob n.º 6142
Processo n.º 2003.1.323
nos termos do Artigo 48 da Lei 9394/96.
Santos 12 de junho de 2003

ROSANE AMORIM PEREIRA
Assistente Administrativo

De acordo

PROFª MARIA SALGADO PAZ
Secretária Geral

Registrado na Faculdade
sob nº 26 **livro** 01
Fls. 67v. **em** 13/06/03

Universidade Católica de Santos
Faculdade de Farmácia e Bioquímica
APOSTILA
O titular deste diploma concluiu em 26/12/2003
a Habilitação em:
Farmacêutico - Bioquímico
Modalidade: Análises Clínicas

Santos, 27 de outubro de 2005

Profª Maria Salgado Paz
Secretária Geral

Universidade Católica de Santos
ANOTADA A APOSTILA
Processo N.º 2005.2.1329
Santos, 17 de novembro de 2005
Seção de Registro de Diplomas

Rosane Amorim Pereira
Assistente Administrativo

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 15:55:33 que o documento de hash (SHA-256)
03e235b68caa35eb1c8bd54887109a6abac6cb952541bc32ac8d1842ad593078 foi validado em 31/10/2025 15:54:50 através da transação blockchain
0x109adc5e28e954c604f70eef224312f761ddeece2f75906fdf7c00f67996e201 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293953)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE APRIMORAMENTO DE PESSOAL

CERTIFICADO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP

A Coordenadoria de Aprimoramento de Pessoal - CAP, confere o presente certificado a

Reginaldo de Oliveira Giraud

por ter concluído *em* 29 de Fevereiro *de* 2004

"Curso de Aprimoramento em Farmácia Hospitalar - Introdução à Farmácia Clínica"

, *registrado na CAP sob número* 2580

São Paulo, 19 *de* Maio *de* 2004

Coordenador - CAP
Dr. Carlos Roberto Del Nero

Dra. Sônia Lucena Cipriano
Supervisora do Programa

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 15:55:33 que o documento de hash (SHA-256)
03e235b68caa35eb1c8bd54887109a6abac6cb952541bc32ac8d1842ad593078 foi validado em 31/10/2025 15:54:50 através da transação blockchain
0x109adc5e28e954c604f70eef224312f761ddeece2f75906fdf7c00f67996e201 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293953)

Período do Curso: 01/03/2003 a 29/02/2004
Carga Horária: 1700 horas

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 15:55:33 que o documento de hash (SHA-256)
03e235b68caa35eb1c8bd54887109a6abac6cb952541bc32ac8d1842ad593078 foi validado em 31/10/2025 15:54:50 através da transação blockchain
0x109adc5e28e954c604f70eef224312f761ddeece2f75906fdf7c00f67996e201 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293953)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE APRIMORAMENTO PESSOAL

CERTIFICADO

Certificamos nos termos do artigo 2º da Resolução - CFE 12/83 e parecer 762/94 - CESu que Reginaldo de Oliveira Giraud *concluiu o curso de especialização, de longa duração,* "Farmácia Hospitalar - Introdução à Farmácia Clínica" *em* 29 de fevereiro de 2004

São Paulo 19, de Maio de 2004

Coordenador - CAP
Dr. Carlos Roberto Del Nero

Supervisor do Programa
Dra. Sônia Lucena Cipriano

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 15:55:33 que o documento de hash (SHA-256)
03e235b68caa35eb1c8bd54887109a6abac6cb952541bc32ac8d1842ad593078 foi validado em 31/10/2025 15:54:50 através da transação blockchain
0x109adc5e28e954c604f70eef224312f761ddeece2f75906fdf7c00f67996e201 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293953)

Programa de Aprimoramento na área da Saúde criado pelo Decreto nº 13.919 - 11 de setembro de 1979

Resolução SS-7, de 12/01/1996
"Dispõe sobre o reconhecimento do Programa de Aprimoramento - Profissional - PAP, nos Concursos Públicos realizados no âmbito do SUS/SP"

Período do Curso: 01/03/2003 a 29/02/2004
Carga Horária: 1700 horas

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 15:55:33 que o documento de hash (SHA-256)
03e235b68caa35eb1c8bd54887109a6abac6cb952541bc32ac8d1842ad593078 foi validado em 31/10/2025 15:54:50 através da transação blockchain
0x109adc5e28e954c604f70eef224312f761ddeece2f75906fdf7c00f67996e201 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293953)

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 29/01/2026

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 **03e235b68caa35eb1c8bd54887109a6abac6cb952541bc32ac8d1842ad593078** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **293953** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Diplomas Reginaldo"**, cujo assunto é descrito como **"Diplomas Reginaldo"**, faz prova de que em **31/10/2025 15:54:06**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **31/10/2025 15:55:33** 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 **0x109adc5e28e954c604f70eef224312f761ddeece2f75906fdf7c00f67996e201**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que **REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD**, brasileiro, farmacêutico, inscrito no CRF/SP sob o nº 31.124, inscrito no CPF do MF sob nº 296.458.368-40, residente e domiciliado à Rua C'oronel Pedro Arbues, nº 195, ap 21, Ponta da Praia, Santos/SP, atuou como Gerente Geral do Hospital Municipal de Queluz – CNES nº 2058340, situado na Rua Professora Maria Célia Rebouças de Carvalho França, nº 65, CEP 12.800-000, na cidade de Queluz/SP, desde outubro de 2019, através do projeto de gestão do Instituto de Gestão Administração e Treinamento em Saúde (IGATS) de nº 66/2019, junto ao Municipio de Queluz.

Objeto do contrato: gestão, operacionalização e execuções de ações e serviços de saúde, em estrita cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde, que atendam a Estratégia Saúde da Família (ESF), Saúde Coletiva, Atenção Básica, especialidades médicas, Pronto Atendimento, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), Núcleo de Apoio à Saúde (NASF) entre outras áreas administrativas relacionadas à área da Saúde.

Queluz, 24 de março de 2021.

Marilda Uchoas Ferreira
Secretaria Municipal de Saúde

Marilda Uchoas Ferreira
Secretaria Municipal de Saúde

TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DA COMARCA DE QUELUZ - SP
RUA DR. OSCAR DE ALMEIDA, Nº 127 - CENTRO - QUELUZ/SP - CEP: 12800-000 - Telefone: (12) 3147-1152 - cartorioqueluz@gmail.com
Carlos Eduardo Vilalta Ferreira - Tabelião Titular

Reconheco por semelhanca, neste documento, a(s) firma(s) de:
(725) MARILDA UCHOAS FERREIRA
QUELUZ, 24 de Marco de 2021 R$ 6,89
Em testemunho da verdade. Dou fe.
THAYLA EVELEN DA SILVA - ESCREVENTE
Valido somente com selo(s). AA22088

Colegio Notarial do Brasil
124011
FIRMA 1
S10826AA0022088

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 13:54:11 que o documento de hash (SHA-256)
684a06c5fc82805936ca6c10fb543e4253dc111f8c9c83f1e6e38b0441fe3d5f foi validado em 31/10/2025 13:52:46 através da transação blockchain
0x994a07da40d667a7478e62fd8be8943ccd130d3287462037c267f316a32e54a1 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293913)

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 29/01/2026

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 **684a06c5fc82805936ca6c10fb543e4253dc111f8c9c83f1e6e38b0441fe3d5f** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **293913** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Capacidade Técnica Reginaldo"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Capacidade Técnica Reginaldo"**, faz prova de que em **31/10/2025 13:52:53**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **31/10/2025 13:54:11** 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 **0x994a07da40d667a7478e62fd8be8943ccd130d3287462037c267f316a32eca4c**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que **REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD**, brasileiro, farmacêutico, inscrito no CRF/SP sob o nº 31.124, inscrito no CPF do MF sob nº 296.458.368-40, residente e domiciliado à Rua C'oronel Pedro Arbues, nº 195, ap 21, Ponta da Praia, Santos/SP, atuou como Gerente Geral do Hospital Municipal de Queluz – CNES nº 2058340, situado na Rua Professora Maria Célia Rebouças de Carvalho França, nº 65, CEP 12.800-000, na cidade de Queluz/SP, desde outubro de 2019, através do projeto de gestão do Instituto de Gestão Administração e Treinamento em Saúde (IGATS) de nº 66/2019, junto ao Municipio de Queluz.

Objeto do contrato: gestão, operacionalização e execuções de ações e serviços de saúde, em estrita cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde, que atendam a Estratégia Saúde da Família (ESF), Saúde Coletiva, Atenção Básica, especialidades médicas, Pronto Atendimento, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), Núcleo de Apoio à Saúde (NASF) entre outras áreas administrativas relacionadas à área da Saúde.

Queluz, 24 de março de 2021.

Marilda Uchoas Ferreira
Secretaria Municipal de Saúde

Marilda Uchoas Ferreira
Secretaria Municipal de Saúde

TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DA COMARCA DE QUELUZ - SP
RUA DR. OSCAR DE ALMEIDA, Nº 127 - CENTRO - QUELUZ/SP - CEP: 12800-000 - Telefone: (12) 3147-1152 - cartorioqueluz@gmail.com
Carlos Eduardo Vilalta Ferreira - Tabelião Titular

Reconheço por semelhança, neste documento, a(s) firma(s) de:
(725) MARILDA UCHOAS FERREIRA
QUELUZ, 24 de Março de 2021 R$ 6,89
Em testemunho da verdade. Dou fé.
THAYLA EVELEN DA SILVA - ESCREVENTE
Valido somente com selo(s). AA22088

Colégio Notarial do Brasil
124011
FIRMA 1
S10826AA0022088

Prova de Autenticidade válida até 24/09/2024

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 26/06/2024 11:35:15 que o documento de hash (SHA-256) 8f4acf081779fedc04cfdf69418cfe35abf0eb6f41a0a03eb1919d6f4cd028c3 foi validado em 26/06/2024 11:29:33 através da transação blockchain 0x26f29194ca69c34715c464c98f0b6e1d24cd6d7fdb9978e2c309cf19de3dfafa e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 218580)

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 24/09/2024

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 **8f4acf081779fedc04cfdf69418cfe35abf0eb6f41a0a03eb1919d6f4cd028c3** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **218580** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Reginaldo x Queluz"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Reginaldo x Queluz"**, faz prova de que em **26/06/2024 11:29:34**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **26/06/2024 11:35:16** 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 **0x26f29194ca69c34715c464c98f0b6e1d24cd6d7fdb9978e2c309cf19de3dfafa**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO

BR

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME
CARLOS ALBERTO ALVES DE MORAES

1ª HABILITAÇÃO
16/03/2018

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
02/09/1974 IBIUNA/SP

4a DATA EMISSÃO
07/06/2022

4b VALIDADE
07/06/2032

ACC

D

4c DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
242758666 SSPSP

4d CPF
135.118.638-80

5 Nº REGISTRO
07020656530

9 CAT. HAB.
B

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
AIRTON ALVES DE MORAES

NEIDE DOMINGUES DE MORAES

7 ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

24102831144

9	10	11	12
ACC			
A			
A1			
B		07/06/2032	
B1			
C			
C1			

9	10	11	12
D			
D1			
BE			
CE			
C1E			
DE			
D1E			

12 OBSERVAÇÕES
A;X

ERNESTO MASCELLANI NETO
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-SP

ASSINATURA DO EMISSOR

87889842648
SP010990053

LOCAL
IBIUNA, SP

PROIBIDO PLASTIFICAR

24102831144

SÃO PAULO

SEGUNDA VIA

CNH

Digitalizado com CamScanner

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:46 que o documento de hash (SHA-256)
11c62ea855983f494169c52e22268a301ec7c1eeb536deeacd5006af73f7c1f2 foi validado em 27/10/2025 14:59:01 através da transação blockchain
0x5cd2da88b2949dc6f33bc24a5fa88d357cbae24e2f2320ae7848eb92450ef8d4 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293277)

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 25/01/2026

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 **11c62ea855983f494169c52e22268a301ec7c1eeb536deeacd5006af73f7c1f2** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **293277** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"RG - Carlos Alberta - Tesoureiro IGATS (CH 004/2023)"**, cujo assunto é descrito como **"RG - Carlos Alberta - Tesoureiro IGATS (CH 004/2023)"**, faz prova de que em **27/10/2025 14:58:55**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **27/10/2025 15:06:47** 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 **0x5cd2da88b2949dc6f33bc24a5fa88d357cbae24e2f2320ae7848eb92450ef8d4**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

FACULDADE ESTÁCIO
MONTESSORI DE IBIÚNA

O Diretor da FACULDADE ESTÁCIO MONTESSORI DE IBIÚNA, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de ADMINISTRAÇÃO *, em* 03/10/2013 *,*
confere o título de BACHAREL (A) EM ADMINISTRAÇÃO *a*
CARLOS ALBERTO ALVES DE MORAES *,*
cédula de identidade nº 24.275.866-6 *, órgão expedidor* IIRGD/SP *,*
nascido(a) em 02/09/1974 *, natural* SÃO PAULO *,*
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Ibiúna - SP, 17 *de* Janeiro *de* 2014 .

Diplomado(a)

Estácio | FMI

Diretor

Digitalizado com CamScanner
Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:12 que o documento de hash (SHA-256)
dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0 foi validado em 31/10/2025 16:00:42 através da transação blockchain
0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394a e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293954)

Diretor Geral: MOACYR REBELLO HORTA NETO

Diretor Acadêmico: FRANCISCO MAURICIO ARAÚJO SANTOS

Curso de ADMINISTRAÇÃO
Reconhecido pela Portaria MEC nº 40
D.O.U. 13/12/2007

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

DIPLOMA registrado sob o nº 0000100
Localização AMI no Sistema Informatizado
de Registro de Diplomas em 24/01/2014
Processo nº SRD/234606/2014 nos termos do
art. 48 §1º Lei 9394, de 20/12/1996.

Secr. de Registro de Diplomas 24/01/2014.

Funcionário Responsável
Rejane Moreira de Frias
Supervisora

Secretário da S.R.D.
Eduardo Gomes N. Carvalho
Secretário de Registro

SELO DE AUTENTICIDADE
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
Registro de Diplomas
157031

0371

Digitalizado com CamScanner
Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:12 que o documento de hash (SHA-256)
dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0 foi validado em 31/10/2025 16:00:42 através da transação blockchain
0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394a e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293954)

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 25/06/2020

Dados Pessoais

Nome civil

CARLOS ALBERTO ALVES DE MORAES

CPF	Sexo	Data de nascimento	Nacionalidade
135.118.638-80	**Masculino**	**02/09/1974**	**Brasileiro**

Nome da mãe

NEIDE DOMINGUES DE MORAES

Contratos de trabalho

10/10/2024 - Aberto

Empregador

INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
CNPJ RAIZ: 12.043.445

Estabelecimento

INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
CNPJ: 12.043.445/0011-00
AVENIDA MARIA JOSE DE SIQUEIRA MELO 682 8940000 JARDIM PAMELA BIRITIBA-MIRIM SP

Cargo	CBO Cargo
ANALISTA FINANCEIRO	**2525-45**

Tipo de contrato

Prazo indeterminado

Salário contratual

R$ 3.480,28 por mês

Relação de trabalho

Empregado

Tipo de admissão

Admissão

Fonte da informação

ESOCIAL

ANOTAÇÕES

01/03/2025 - Estabelecimento definido para INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS

10/10/2024 - Salário definido para R$ 3.480,28 Por mês

10/10/2024 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 29/10/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:12 que o documento de hash (SHA-256)
dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0 foi validado em 31/10/2025 16:00:42 através da transação blockchain
0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394e e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293954)

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 25/06/2020

ANOTAÇÕES

10/10/2024 - Estabelecimento definido para INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS

10/10/2024 a (atual) - Cargo exercido de ANALISTA FINANCEIRO

10/10/2024 - Relação de trabalho definida para Empregado

10/10/2024 a (atual) - CBO Cargo exercido 2525-45

10/10/2024 - Admissão

01/11/2022 - 05/12/2024

Data da projeção do aviso prévio indenizado
05/12/2024

Empregador
INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
CNPJ RAIZ: 12.043.445

Estabelecimento
INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
CNPJ: 12.043.445/0008-04
R EUROPA 1571 BLOCO HOSPITAL 13326110 JARDIM CELANI SALTO SP

Cargo
ANALISTA FINANCEIRO

CBO Cargo
2525-45

Tipo de contrato
Prazo indeterminado

Salário contratual
R$ 5.360,25 por mês

Relação de trabalho
Empregado

Tipo de admissão
Admissão

Fonte da informação
ESOCIAL

ANOTAÇÕES

05/12/2024 - Rescisão Contratual

01/10/2024 - Salário definido para R$ 5.360,25 Por mês , com efeito a partir de 01/10/2024

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 29/10/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:12 que o documento de hash (SHA-256) dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0 foi validado em 31/10/2025 16:00:42 através da transação blockchain 0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394e e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293954)

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 25/06/2020

ANOTAÇÕES

01/05/2024 - Salário definido para R$ 5.187,00 Por mês , com efeito a partir de 01/05/2024

01/05/2024 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

01/04/2024 - Férias 01/04/2024 a 30/04/2024

01/05/2023 - Tipo de contrato definido para Prazo determinado, definido em dias, Data do Término: 29/01/2023

01/11/2022 - Salário definido para R$ 5.000,00 Por mês

01/11/2022 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

01/11/2022 - Estabelecimento definido para INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS

01/11/2022 a 05/12/2024 - Cargo exercido de ANALISTA FINANCEIRO

01/11/2022 - Relação de trabalho definida para Empregado

01/11/2022 a 05/12/2024 - CBO Cargo exercido 2525-45

01/11/2022 - Admissão

15/03/2022 - Aberto

Empregador

INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
CNPJ RAIZ: 12.043.445

Estabelecimento

INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
CNPJ: 12.043.445/0007-23
RUA BENEDITO CALIXTO 260 11760000 CENTRO ITARIRI SP

Cargo
DIRETOR FINANCEIRO

CBO Cargo
1231-15

Tipo de contrato
Prazo indeterminado

Salário contratual
R$ 4.220,00 por mês

Relação de trabalho
Empregado

Tipo de admissão
Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 29/10/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:12 que o documento de hash (SHA-256) dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0 foi validado em 31/10/2025 16:00:42 através da transação blockchain 0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394a pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293954)

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 25/06/2020

Fonte da informação
ESOCIAL

ANOTAÇÕES

04/11/2024 - Férias 04/11/2024 a 03/12/2024 Período aquisitivo: 15/03/2023 a 14/03/2024

01/11/2024 - Salário definido para R$ 4.220,00 Por mês , com efeito a partir de 01/11/2024

01/11/2024 - Estabelecimento definido para INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS

08/05/2023 - Férias 08/05/2023 a 06/06/2023

01/06/2022 - Salário definido para R$ 4.000,00 Por mês , com efeito a partir de 01/06/2022

01/06/2022 - Estabelecimento definido para INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS

15/03/2022 - Salário definido para R$ 3.500,00 Por mês

15/03/2022 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

15/03/2022 - Estabelecimento definido para INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS

15/03/2022 a (atual) - Cargo exercido de DIRETOR FINANCEIRO

15/03/2022 - Relação de trabalho definida para Empregado

15/03/2022 a (atual) - CBO Cargo exercido 1231-15

15/03/2022 - Admissão

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 29/10/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:12 que o documento de hash (SHA-256) dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0 foi validado em 31/10/2025 16:00:42 através da transação blockchain 0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293954)

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 25/06/2020

06/08/2020 - 29/01/2021

Data da projeção do aviso prévio indenizado
28/02/2021

Empregador
INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
CNPJ RAIZ: 12.043.445

Estabelecimento
INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
CNPJ: 12.043.445/0003-08
1 AV GABRIEL MONTEIRO DA SILVA 888 18150000 JARDIM AUREA IBIUNA SP

Cargo
GERENTE ADMINISTRATIVO

CBO Cargo
1421-05

Tipo de contrato
Prazo indeterminado

Salário contratual
R$ 2.600,00 por mês

Relação de trabalho
Empregado

Tipo de admissão
Admissão

Fonte da informação
ESOCIAL

ANOTAÇÕES

29/01/2021 - Rescisão Contratual
06/08/2020 - Salário definido para R$ 2.600,00 Por mês
06/08/2020 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado
06/08/2020 - Estabelecimento definido para INSTITUTO DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE IGATS
06/08/2020 a 29/01/2021 - Cargo exercido de GERENTE ADMINISTRATIVO
06/08/2020 - Relação de trabalho definida para Empregado
06/08/2020 a 29/01/2021 - CBO Cargo exercido 1421-05
06/08/2020 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 29/10/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:12 que o documento de hash (SHA-256)
dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0 foi validado em 31/10/2025 16:00:42 através da transação blockchain
0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394a pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293954)

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 25/06/2020

Prova de Autenticidade válida até 29/01/2026

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 29/10/2025.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 31/10/2025 16:03:12 que o documento de hash (SHA-256)
dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0 foi validado em 31/10/2025 16:00:42 através da transação blockchain
0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293954)

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 29/01/2026

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 **dba134ec25ea4a301d5c72001387e91b2120a9c1135c4f4fdfc5de251ebdabf0** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **293954** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Documentos - Carlos"**, cujo assunto é descrito como **"Documentos - Carlos"**, faz prova de que em **31/10/2025 16:00:33**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **31/10/2025 16:03:13** 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 **0xfc4dc954769c5ddf4bf68944c437c59cdf9acb8582dbcd4f96cdf4c3a416394a**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

Faculdade Bookplay
EDUCAÇÃO DIGITAL

Certificado

A Diretora Acadêmica da Faculdade Bookplay, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

ELIZANGELA SANTOS DE OLIVEIRA

Registro Geral 67.059.373-4 - SSP/SP, concluiu o Curso de **PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU** em **GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA** , realizado no período de 01/06/2023 a 04/01/2024, totalizando 600 horas, outorgando-lhe o presente Certificado a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Votuporanga/ SP, quinta-feira, 4 de janeiro de 2024

Elizangela Santos de Oliveira
Aluno(a)

Profa. Dra. Dayse Lícia de Oliveira Corte
Diretora Acadêmica

FACULDADE BOOK PLAY
MANTENEDORA: FACULDADE BOOK PLAY LTDA
CREDENCIAMENTO EAD - PORTARIA Nº 724, DE 2 DE SETEMBRO DE 2020

Nota mínima para aprovação: 6,00

FACULDADE BOOK PLAY LTDA

CNPJ: 28.396.957/0001-18

Certificado registrado nos termos § 1° do art. 8° da Resolução CNE/CES n°1, de 6 de abril de 2018 e expedido conforme Portaria nº 360, de 18 de maio de 2022.

Registro nº 107

Livro nº 3 Folha nº 3

Votuporanga/ SP, 4 de janeiro de 2024

MARIO MARCONDES GARBELINI

Secretaria Acadêmica

Nome: ELIZANGELA SANTOS DE OLIVEIRA	Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SALVADOR	UF: BA
Filiação: CREMILDE SANTOS DE OLIVEIRA e JULIO DE OLIVEIRA		Data de Nascimento: 02/12/1980	
Documento de Identidade: 67.059.373-4		Órgão Emissor: SSP/SP	
Curso Superior: BACHAREL EM ENFERMAGEM		CPF: 813.858.115-87	

HISTÓRICO ESCOLAR DE GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA.

Área: Negócios, administração e direito

(Curso ofertado nos termos da Resolução CNE/CES n°1, de 6 de abril de 2018.)

DISCIPLINA	CH	SITUAÇÃO	NOTA	CORPO DOCENTE	TITULAÇÃO
SUS – Sistema Único de Saúde	80	AP	7,00	RAQUEL DUARTE CORREA MATIELLO	Mestre
A Saúde no Brasil	60	AP	9,00	RAQUEL DUARTE CORREA MATIELLO	Mestre
Da Educação em Saúde	60	AP	10,00	MICHELY FILETE	Mestre
Da Prevenção e Promoção da Saúde	80	AP	10,00	JOVANA PANDOLFI SOSSAI	Doutor
Gestão da Saúde Pública	80	AP	8,00	ALINE PANDOLFI AFONSO	Especialista
Gestão em Saúde	80	AP	7,00	RAQUEL DUARTE CORREA MATIELLO	Mestre
Saúde e as políticas Públicas	80	AP	8,00	MICHELY FILETE	Mestre
Introdução à Educação a Distância	40	AP	7,00	ANGELITA ANTÔNIA SANTOS OLIVEIRA	Mestre
Ética Profissional e Relações Humanas	40	AP	6,00	ALAN DOS SANTOS	Doutor
Média Final			8,00		
TEMA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: Optante por Média Final nos termos da Resolução CNE/CES 01/2018					
LEGENDA: AP - Aprovado; **RP** - Reprovado; **AE** - Aproveitamento de Estudos; **C** - Cursando					

Período de Realização: 01/06/2023 a 04/01/2024
Carga Horária: 600 Horas
Data da Emissão: 04/01/2024
Informações Complementares:

AUTENTICAÇÃO

Página de assinaturas

Elizângela oliveira
813.858.115-87
Signatário

HISTÓRICO

04 jan 2024 18:47:55 — **Faculdade Book Play LTDA** criou este documento. (Empresa: Faculdade Bookplay, CNPJ: 28.396.957/0001-18, E-mail: nao-responda@faculdadebookplay.edu.br)

04 jan 2024 19:23:41 — **Elizângela Santos de oliveira** *(E-mail: elyoliveira2021@outlook.com, CPF: 813.858.115-87)* visualizou este documento por meio do IP 189.110.44.124 localizado em Carapicuiba - Sao Paulo - Brazil

04 jan 2024 19:24:54 — **Elizângela Santos de oliveira** *(E-mail: elyoliveira2021@outlook.com, CPF: 813.858.115-87)* assinou este documento por meio do IP 189.110.44.124 localizado em Carapicuiba - Sao Paulo - Brazil

PORTAL EDUCAÇÃO

Certificado
de conclusão

Certificamos que

Elizangela Santos de Oliveira

Concluiu o curso "Gestão da Qualidade, Auditoria e Acreditação Hospitalar"
do Programa de Educação Continuada do Portal Educação, na qualidade de participante, em 08/12/2022.
Carga horária: 60 h

MARCELO MARTINEZ
DIRETOR EXECUTIVO

EDUCAÇÃO PORTAL EDUCAÇÃO TECNOLOGIA

Prova de Autenticidade válida até 24/09/2024

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 26/06/2024 11:40:48 que o documento de hash (SHA-256)
81cd91e83921966d78d3d7b01e088cd1150dbcf49453a0f3591809e19e57b97e foi validado em 26/06/2024 11:32:03 através da transação blockchain
0x78815eecbe191254e753cc5bbcc20506f6f30ff55f616333854879389895efea e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 218585)

Conteúdo Programático do Curso de Gestão da Qualidade, Auditoria e Acreditação Hospitalar

Gestão da qualidade
Bases fundamentais para gestão da qualidade em serviços de saúde
Garantia da qualidade em serviços de saúde
Gerenciamento por processos
Gerenciamento de risco clínico e não clínico
Gestão de pessoas para a qualidade
Processo de implantação do modelo de gestão da qualidade
Indicadores e ferramentas para qualidade
Indicadores hospitalares
Sistemas de informação e painel de bordo de um hospital
Controle estatístico do processo
Planejamento da medição de desempenho e desdobramento estratégico Auditoria
Conceitos básicos para a auditoria da qualidade
Metodologia de avaliação da qualidade da gestão em saúde e técnicas básicas de auditoria da qualidade
Auditoria interna e autoavaliação dos processos gerenciais
Plano de auditoria, seleção e preparação dos auditores internos relatório de auditoria
Processo de melhoria contínua da gestão
Acreditação hospitalar e certificações
Metodologias de acreditação
Os fundamentos do modelo de acreditação
Selos de qualidade em serviços de saúde - jci - ona - planetree
A estrutura do manual brasileiro de acreditação
Acreditação internacional: metodologia, conceito de acreditação, o processo de educação e preparação das instituições
Ferramentas para implantação da acreditação
Referências bibliográficas.

Programa de Educação Continuada

Certificado Registrado Sob o N. 5775755 em 08/12/2022
Validar: www.portaleducacao.com.br/certificado
Atenção: Este certificado tem validade em fins curriculares e em provas de títulos, como um certificado de atualização/ aperfeiçoamento/ extensão, respeitando a carga horária descrita, não podendo ser usado para outros fins. ***Não é*** um certificado técnico profissionalizante, ***não é*** um certificado de graduação, e não dá direitos ao participante, em utilizar o mesmo de forma ilícita ou a revelia de Lei, de orgãos profissionais a autoridades competentes.
Portal Educação Ltda. CNPJ 17.543.049/0001-93

Prova de Autenticidade válida até 24/09/2024

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 26/06/2024 11:40:48 que o documento de hash (SHA-256)
81cd91e83921966d78d3d7b01e088cd1150dbcf49453a0f3591809e19e57b97e foi validado em 26/06/2024 11:32:03 através da transação blockchain
0x78815eecbe191254e753cc5bbcc20506f6f30ff55f616333854879389895efea e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 218585)

PORTAL QUALIFICAÇÃO

2022

Certificado de Conclusão do Treinamento:

Gestão de Indicadores Assistenciais

Elizângela Santos de Oliveira

813.858.115-87

Declaro que o(a) citado(a) acima concluiu todo o curso referido, cumprindo sua carga horária.

21 de Março, 2023

Maria Carolina de Toledo Sivieri Moreno
Fundadora do Portal Qualificação

Prova de Autenticidade válida até 24/09/2024

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 26/06/2024 11:40:48 que o documento de hash (SHA-256)
81cd91e83921966d78d3d7b01e088cd1150dbcf49453a0f3591809e19e57b97e foi validado em 26/06/2024 11:32:03 através da transação blockchain
0x78815eecbe191254e753cc5bbcc20506f6f30ff55f616333854879389895efea e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 218585)

Aluno(a): Elizângela Santos de Oliveira

Certificado emitido em: 21 de Março, 2023

CPF: 813.858.115-87

Curso ministrado por: Maria Carolina Moreno

Carga horária: 06 Horas

Conteúdo Programático:

1.1 Comece aqui
1.2 Aula 1 - Gestão de Indicadores
1.3 Aula 2 - Como escolher os indicadores assistenciais
1.4 Aula 3 - Taxa de ocupação e média de permanência
1.5 Aula 4 - Indicadores de controle de infecção relacionada à assistência
1.6 Aula 5 - A escolha de indicadores assistenciais de acordo com o perfil da sua organização
1.7 Aula 6 - Como estruturar um indicador
1.8 Aula 7 - Representação dos indicadores em gráficos
1.9 Aula 8 - Análise crítica de Indicadores

Prova de Autenticidade válida até 24/09/2024

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 26/06/2024 11:40:48 que o documento de hash (SHA-256)
81cd91e83921966d78d3d7b01e088cd1150dbcf49453a0f3591809e19e57b97e foi validado em 26/06/2024 11:32:03 através da transação blockchain
0x78815eecbe191254e753cc5bbcc20506f6f30ff55f616333854879389895efea e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 218585)

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 24/09/2024

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 **81cd91e83921966d78d3d7b01e088cd1150dbcf49453a0f3591809e19e57b97e** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **218585** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Diplomas - Elizangela Santos"**, cujo assunto é descrito como **"Diplomas - Elizangela Santos"**, faz prova de que em **26/06/2024 11:32:07**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **26/06/2024 11:41:03** 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 **0x78815eecbe191254e753cc5bbcc20506f6f30ff55f616333854879389895efea**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE: INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Centro, CEP 18150-000, na cidade de Ibiúna/SP, neste ato representado por seu presidente Reginaldo de Oliveira Giraud, inscrito no CPF do MF sob nº 296.458.368-40, portador do documento de identidade RG sob nº 33.370.235, doravante denominada "Contratante" e,

CONTRATADO: ELIZANGELA SANTOS DE OLIVEIRA, brasileira, inscrita no CPF sob o n.º 813.858.115-87, RG n.º 67.059.373-4 SSP/SP, residente e domiciliado na Rua Alameda 19 de maio, nº 25, Araçariguama, estado de São Paulo, CEP 18147-000, doravante denominado "Contratado".

As partes acima qualificadas, resolvem, de comum acordo, firmar o presente contrato de prestação de serviços, que reger-se-á pelas seguintes cláusulas e condições.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Constitui o objeto do presente contrato, a prestação de serviços técnicos, na especialidade de enfermeiro, conforme suas atribuições profissionais e compatíveis com os objetivos sociais da associação.

1.2. O Contratado atuará como responsável técnico da associação na área de enfermagem, junto ao setor de Gestão em Informação de Saúde, nos serviços assumidos pelo Contratante.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO HORÁRIO DE ATENDIMENTO

2.1. Os serviços ora contratados serão realizados mediante a demanda do Contratante, entre às 08h00min às 17h00min, de segunda à sexta-feira, sendo uma carga horária de 40h semanais.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA REMUNERAÇÃO

3.1. Pela remuneração dos serviços contratados, alvitra-se o valor mensal de R$ 3.400,00 (três mil e quatrocentos reais), o qual será realizado o pagamento até o 5º dia útil do mês.

Prova de Autenticidade válida até 24/09/2024

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 26/06/2024 11:37:48 que o documento de hash (SHA-256)
0a439816c7e0b49596f4d03d378ed3d87204464019ca2ca60da8f55015982a49 foi validado em 26/06/2024 11:30:56 através da transação blockchain
0x8bd599b43ba5924ffcebbc3103d1954bdcfa58cca14e5995108a9ffc5aa6dc2e, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 218582)

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

4.1. O prazo de vigência do presente contrato vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data da assinatura do presente instrumento.

CLÁUSULA QUINTA - DA RESCISÃO

5.1. O presente contrato poderá ser rescindido amigavelmente a qualquer tempo, mediante notificação à parte contrária com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA SEXTA - DO FORO

6.1. As partes elegem o Foro da Comarca de São Roque para dirimir eventuais controvérsias decorrentes da execução do presente contrato.

E, por estarem de comum acordo, resolvem celebrar o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Sorocaba, 19 de setembro de 2023.

Reginaldo de Oliveira Giraud

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS

Contratante

Elizangela Santos de Oliveira

ELIZANGELA SANTOS DE OLIVEIRA

Contratado

Testemunhas:

1. _____
Nome: Thayna L. R.
CPF: 459.090.048-32.

2. _____
Nome: Stefani Pereira
CPF: 467.753.058-00

Prova de Autenticidade válida até 24/09/2024

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 26/06/2024 11:37:48 que o documento de hash (SHA-256) 0a439816c7e0b49596f4d03d378ed3d87204464019ca2ca60da8f55015982a49 foi validado em 26/06/2024 11:30:56 através da transação blockchain 0x8bd599b43ba5924ffcebbc3103d1954bdcfa58cca14e5995108a9ffc5aa6d[illegible]8e, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 218582)

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 24/09/2024

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 **0a439816c7e0b49596f4d03d378ed3d87204464019ca2ca60da8f55015982a49** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **218582** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Contrato Elizangela x Igats"**, cujo assunto é descrito como **"Contrato Elizangela x Igats"**, faz prova de que em **26/06/2024 11:30:38**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **26/06/2024 11:37:49** 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 **0x8bd599b43ba5924ffcebbc3103d1954bdcfa58cca14e5995108a9ffc5aa6dec0**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CERTIDÃO PÚBLICA

Nº 4723/2026

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições, **CERTIFICA**, que revendo os assentamentos deste Conselho, deles verificou constar que o(a) Dr(a). **BRUNO CORREIA DA SILVA** é médico(a) registrado sob nº **225349**, na modalidade de inscrição PRINCIPAL. **CERTIFICA AINDA**, que o(a) mesmo(a) não possui registro de especialidade até a presente data. Era o que se continha em ditos assentamentos, para aqui bem e fielmente transcritos aos que se reporta e dá fé.

São Paulo, 12 de janeiro de 2026.

Dr. Angelo Vattimo
Presidente do CREMESP

A presente certidão tem validade de 90 (noventa) dias: **Válida até 12/04/2026**
Sua autenticidade poderá ser verificada por qualquer interessado no site do CREMESP em https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ConsultaCertidoes ou utilizando um leitor de qrcode.
Certidão emitida em: 12/01/2026 às 10:25 (data e hora de Brasília).

A presente certidão não possui fins eleitorais para os Conselhos de Medicina

Rua Frei Caneca, 1.282, Consolação, CEP: 01307-002 - São Paulo/SP
Telefone: (11) 4349-9900 / www.cremesp.org.br

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO
SALTO TERRA DE ANSELMO DUARTE

Paço Municipal - Avenida Tranquillo Giannini, nº 861,
Distrito Industrial Santos Dumont, Salto/SP, CEP:
13.329-600 Telefone: 0 (11) 4602-8500
Site: *www.salto.sp.gov.br*

Estância Turística de Salto, 13 de novembro de 2024.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A **PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ do MF sob nº 46.634.440/0001-00, com sede à Avenida Tranquilo Giannini, nº 861, Bairro Distrito Industrial Santos Dumont, CEP 13.329-600, por intermédio da Secretária Municipal de Saúde, Sra. *Marcia Vieira Fernandes Batista*, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Centro, CEP 18150-000, na cidade de Ibiúna/SP, **EXECUTOU** o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 (vinte e quatro) horas/dia, de modo a assegurar a assistência universal e gratuita à população, junto ao HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO MONTE SERRAT, ALA COVID-19 (enquanto durar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN) e AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME/SALTO, conforme contrato em anexo e quantitativos de produção em anexo.

Atestamos ainda que os serviços foram executados de acordo com as disposições contratuais, durante o período de 04 de abril à 30 de setembro de 2022, no âmbito do contrato de gestão emergencial sob nº 91/2022 e, de 01 de outubro de 2022 até a presente data (13/11/2024) no âmbito do contrato de gestão sob nº 268/2022.

Declaro que o responsável técnico médico do instituto, Dr. Bruno Correia da Silva, inscrito no CRM sob nº 225349, participou da administração e gerenciamento dos serviços.

Atestamos que a Organização Social de Saúde dispõe de capacidade técnica necessária à implantação e funcionamento do projeto, em todo o seu escopo, incluindo Unidades Assistenciais de distintas naturezas (Atenção Primária, Especializada e de Urgência e Emergência).

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO
Marcia Vieira Fernandes Batista
Secretária Municipal de Saúde

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:16 que o documento de hash (SHA-256)
19e0a665228cc81718b880833b1f8fdebc6a1e3a372a65f25138fd38944fe84d foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x2491a70b1c1d7d1eff1fe3d0b5190629279e92604938a7532dc9666f3c5c3[illegible]de ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302932)

Paço Municipal - Avenida Tranquillo Giannini, nº 861,
Distrito Industrial Santos Dumont, Salto/SP, CEP:
13.329-600 Telefone: 0 (11) 4602-8500
Site: *www.salto.sp.gov.br*

Atendimentos de Abril à Dezembro

P.S. Geral - Quantitativo Mensal Total

Setor	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Clínicos	7.760	7.883	7.267	7.607	7.607	7.847	8.450	8.178	8241	70.840
Pediatra	1.567	1.554	1.266	1.185	1.185	1.416	1.597	1.274	1114	12.158
Pré-Parto	447	400	465	395	395	348	413	353	395	3.611
Total	9.774	9.837	8.998	9.187	9.187	9.611	10.460	9.805	9.750	86.609

P. S. Respiratório - Quantitativo Mensal Total

Setor	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Clínicos	2.001	3.556	5.189	4.145	2.933	2.758	2.948	3.572	4.274	31.376
Pediatra	1.480	1.787	1.652	1.268	1.465	1.307	1.269	1.121	1.027	12.376
Pré-Parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	3.481	5.343	6.841	5.413	4.398	4.065	4.217	4.693	5.301	43.752

INTERNAÇÕES - DEZEMBRO/2022

	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	31	Total
CLÍNICOS	5	9	10	9	2	4	9	8	7	6	3	6	7	7	10	11	6	5	4	6	9	5	5	2	6	3	6	8	4	4	3	189
CIRURGICO	14	6	0	0	5	3	1	12	12	2	6	6	9	12	22	18	8	3	9	12	10	14	9	1	3	4	6	4	4	6	0	221
PEDIATRIA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	6	2	4	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2	22
OBST. / GEO	2	4	3	1	2	3	1	3	1	1	0	1	1	3	1	0	2	3	0	0	0	2	2	2	7	1	2	4	5	0	0	57
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	12
TOTAL	21	19	14	10	10	12	11	24	20	10	9	13	19	22	33	29	18	12	19	20	24	22	17	6	16	8	16	17	13	12	5	501

INTERNAÇÕES POR CONVÊNIO - DEZEMBRO/2022

	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	31	Total
SUS	11	14	14	10	6	11	10	12	8	10	9	7	11	10	16	10	12	10	10	9	15	10	9	6	14	4	11	17	10	7	5	318
SUS PREFEITURA	1	1	0	0	2	1	0	4	5	0	0	1	2	9	7	2	0	0	4	3	6	4	4	0	2	1	1	0	1	1	0	62
AME SALTO	9	4	0	0	2	0	1	8	7	0	0	5	6	3	10	17	6	2	5	8	3	8	4	0	0	3	4	0	2	4	0	121
TOTAL	21	19	14	10	10	12	11	24	20	10	9	13	19	22	33	29	18	12	19	20	24	22	17	6	16	8	16	17	13	12	5	501

ALTAS - DEZEMBRO/2022

	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	31	Total
CLÍNICOS	8	12	4	10	6	6	5	8	11	5	7	2	10	2	13	5	9	6	10	6	4	6	10	4	7	0	7	3	1	4	5	196
CIRURGICO	13	15	3	3	2	3	2	5	19	2	3	1	11	12	19	17	17	1	4	14	15	8	7	10	1	2	6	6	3	3	6	233
PEDIATRIA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7
OBST. / GEO	1	6	3	1	3	3	2	3	1	4	0	1	5	1	2	3	1	0	2	4	3	4	4	2	3	2	3	2	3	7	3	82
PSIQUIATRIA	1	1	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	1	0	2	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	19
TOTAL	23	34	10	15	11	14	10	17	33	12	10	4	27	15	36	26	27	7	19	24	24	18	23	16	11	4	16	12	9	14	16	537

ALTAS POR CONVÊNIO- DEZEMBRO/2022

	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	31	Total
SUS	13	22	7	14	11	11	1	12	15	11	9	3	17	5	22	10	10	6	16	10	11	12	17	8	10	3	10	8	8	11	12	335
SUS PREFEITURA	1	1	1	0	0	2	0	1	9	0	0	0	3	6	5	3	4	0	1	5	6	0	3	4	1	1	3	1	0	1	1	63
AME SALTO	9	11	2	1	0	1	9	4	3	1	1	7	4	9	13	13	1	2	9	7	6	3	4	0	0	3	3	1	2	3	139
TOTAL	23	34	10	15	11	14	10	17	33	12	10	4	27	15	36	26	27	7	19	24	24	18	23	16	11	4	16	12	9	14	16	537

Relação de especialidades cirurgias realizadas pelo Hospital Municipal e reguladas, com 116 (cento e dezesseis) leitos gerais e 10 (dez) leitos de UTI adulto, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, totalizando 126 (cento e vinte e seis leitos).

a) Cirurgia Geral

b) Cirurgia Plástica

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:16 que o documento de hash (SHA-256)
19e0a665228cc81718b880833b1f8fdebc6a1e3a372a65f25138fd38944fe84d foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x2491a70b1c1d7d1eff1fe3d0b5190629279e92604938a7532dc9666f3c5c3[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302932)

Paço Municipal - Avenida Tranquillo Giannini, nº 861,
Distrito Industrial Santos Dumont, Salto/SP, CEP:
13.329-600 Telefone: 0 (11) 4602-8500
Site: *www.salto.sp.gov.br*

c) Cirurgia Vascular

d) Ginecologia

e) Ortopedia

f) Otorrinolaringologia

g) Urologia Cirurgia

Relação dos serviços de apoio:

ii. SADT (Exames laboratoriais): Realização mensal de no minimo, 50.000 (cinquenta mil) exames.

iii. SADT (Demais exames)

Tipo de exame	Pactuação Mensal	Pactuação Anual
Colonoscopia	90	1.080
ECG	100	1.200
EED	4	48
Endoscopia	250	3.000
Mamografia	400	4.800
PHmetria c/ Manometria	10	120
Raio – X (* do total destinando 10 exames de Enema Opaco)	2.000	24.000
Ressonância Magnética	10	120
Tomografia (* do total destinando 3 tomografias com sedação)	100	1.200
Ultrassom Rede Básica	1.600	19.200
CPRE (**)	4	48
Teste Ergométrico	26	312
Holter	12	144
Espirometria	40	480
OCT - Tomografia de Coerencia Optica	2	24
Teste Urodinâmico	20	240
Ultrassonografia Doppler Arterial	4	48
Ultrassonografia Doppler Transvaginal	10	120
Ultrassonografia Vias urinárias com Doppler	2	24
Ultrassonografia Doppler Arterial Renal	2	24
Ultrassonografia Abdomen com Doppler	2	24
Ultrassonografia Bolsa Escrotal com Doppler	1	12
Ultrassonografia Doppler de Pênis		4
Ultrassonografia Doppler Cervical		4
Eletroneuromiografia	60	720
Total	**4.749**	**56.989**

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:50:16 que o documento de hash (SHA-256)
19e0a665228cc81718b880833b1f8fdebc6a1e3a372a65f25138fd38944fe84d foi validado em 12/01/2026 12:37:54 através da transação blockchain
0x2491a70b1c1d7d1eff1fe3d0b5190629279e92604938a7532dc9666f3c5c3[illegible]de ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302932)

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 12/04/2026

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 **19e0a665228cc81718b880833b1f8fdebc6a1e3a372a65f25138fd38944fe84d** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302932** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Salto x Igats - 2024"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Salto x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:37:16**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:50:16** 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 **0x2491a70b1c1d7d1eff1fe3d0b5190629279e92604938a7532dc9666f3c5c359f**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

Prefeitura da Estância Turística de IBIÚNA
TRANSFORMAÇÃO RESPONSÁVEL CUIDANDO DE PESSOAS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **MUNICÍPIO DE IBIÚNA** pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº 46.634.531/0001-37, com sede na Avenida Capitão Manoel de Oliveira Carvalho, nº 51, Centro, IBIÚNA/SP – CEP 18150-000, neste ato representado pelo Secretário de Saúde, Sr. *Valdir Messias de Almeida*, inscrito no CPF do MF sob nº 081.757.018-70 e portador do documento de identidade RG sob nº 19.441.887, **ATESTA** para os devidos fins que o **INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 05, bairro Centro, CEP 18.150-000, na cidade de Ibiúna/SP **EXECUTOU** os serviços de gestão, operacionalização e execução das ações, serviços de saúde em regime de 24 horas/dia que assegure assistência universal e gratuita à população no Hospital Municipal de Ibiúna, mediante os seguintes serviços:

a) procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência e Internação Hospitalar **em todos os ciclos da vida**, 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados, por demanda espontânea e referenciada;

b) atendimento de pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, através de 52 leitos, sendo 01 leito de observação pediátrica, 08 leitos de observação adulto, 03 leitos de observação pré parto, 16 leitos de internação clinica, 02 leitos de internação pediátrica, 10 leitos para maternidade e 06 leitos de internação para COVID-19.

c) Serviço de Identificação dos profissionais lotados no Hospital com crachá e uniformes, bem como EPIs de acordo com a exigência da categoria, contendo a escala de trabalho dos colaboradores, em quadro visível.

d) Serviço de Nutrição e Diética, dispondo de modo direto ou indiretamente a disponibilização de café da manhã, colação, almoço, café da tarde, jantar e ceia aos usuários que estiverem em leitos de observação por um período superior de 4 horas e para os pacientes internados e café da manhã, almoço e jantar para os acompanhantes, fornecendo ainda refeições (almoço ou jantar) aos funcionários que estiverem em escala de plantão de 12horas.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf483[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

e) Serviços de Lavanderia, Coleta de Resíduo e Limpeza;

f) Serviços de manutenção de equipamentos e mobiliários;

g) Serviços de manutenção predial;

h) Serviços de Esterilização de Materiais e equipamentos;

i) Serviço Social;

j) Serviço de Controlador de Acesso;

l) Serviços de Recepção;

m) Serviços de Enfermagem;

n) Serviços Médicos Clínicos;

o) Serviços Médicos Pediatra;

p) Serviços Médicos Obstetrícia;

q) Farmácia para dispensação e abastecimento do serviço (interno);

r) Farmácia de dispensação aos Pacientes;

s) Serviço de radiologia;

t) Serviço de Logística de Exames Laboratoriais

u) Política de Educação Permanente / Continuada;

v) Serviços de Apoio, mediante o fornecimento de oxigênio medicinal e demais gases, bem como de empresa especializada em manutenção corretiva e preventiva do sistema de distribuição de gases medicinais, eliminando ou reduzindo ao mínimo as perdas de gases nas tubulações; organização do fluxo e a qualidade de materiais; organização do serviço de guarda de prontuário de modo que sejam rapidamente encontrados documentos de pacientes que foram atendidos na unidade;

x) demais atividades elencadas nos contratos sob nºs 07 e 36/2020.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf483b3a, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

Declaro que o responsável técnico médico do instituto, Dr. Bruno Correia da Silva, inscrito no CRM sob nº 225349, participou da administração e gerenciamento dos serviços.

Atestamos ainda que os serviços foram executados no âmbito dos contratos sob nºs 07 e 36/2020, durante o período de 05 de fevereiro de 2020 até o presente momento (13/11/2024).

Atestamos ainda que os serviços foram e estão sendo executados de acordo com as disposições contratuais, não havendo qualquer fato que desabonasse a conduta da Contratada.

Atestamos que a Organização Social de Saúde dispõe de capacidade técnica necessária à implantação e funcionamento do projeto, em todo o seu escopo, incluindo Unidades Assistenciais de distintas naturezas (Atenção Primária, Especializada e de Urgência e Emergência).

Ibiúna, 13 de novembro de 2024.

MUNICIPIO DE IBIÚNA
Valdir Messias de Almeida
Secretário de Saúde

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf483[illegible]de ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

PRODUÇÃO HOSPITALAR 2022												
ATENDIMENTOS	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
PSA	9656	6071	7131	7313	7856	6910	6964	7355	7019	8802	9227	8309
PSI	2907	2100	3291	3882	3904	3410	2242	3521	2762	4393	3174	2261
ORTO HOSP.	370	422	465	487	479	431	439	468	565	383	535	342
G.O	519	378	428	451	483	424	441	556	418	519	490	420
COVID 19	1926	2083	559	0	37	2564	1574	786	586	0	0	0
CIRURGIAS							126	465	388	428	157	226
TOTAL:	**15378**	**11054**	**11874**	**12133**	**12759**	**13739**	**11786**	**13151**	**11738**	**14525**	**13583**	**11558**
TOTAL DE INTERNAÇÕES	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
CIRURGICO	0	0	0	0	0	0	20	102	106	64	102	75
OBSTETRICO	68	54	78	57	55	83	72	66	67	72	74	61
CLINICO	131	101	158	129	168	167	175	178	177	197	153	176
PEDIATRICO	22	18	31	36	26	34	34	37	23	27	27	22
SUSPENSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COVID 19	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL:	**222**	**181**	**268**	**222**	**249**	**284**	**301**	**383**	**373**	**360**	**356**	**334**

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf483[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

Prefeitura da Estância Turística de IBIÚNA
TRANSFORMAÇÃO RESPONSÁVEL CUIDANDO DE PESSOAS

PRODUÇÃO HOSPITALAR 2021												
ATENDIMENTOS	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
PSA	5002	4747	4560	4059	4720	3696	4450	5545	5458	5901	6096	7700
PSI	1004	979	1110	981	1143	906	1066	1264	1428	1761	2368	3312
ORTO HOSP.	1020	1226	1521	841	610	525	722	672	722	439	499	243
G.O	377	385	429	301	437	337	378	381	344	416	453	519
COVID 19	1703	1501	2173	998	1487	1679	565	410	521	907	963	1957
TOTAL:	9106	8838	9793	7180	8397	7143	7181	8272	8473	9424	10379	13731

TOTAL DE INTERNAÇÕES	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
CIRURGICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OBSTETRICO	73	59	72	53	59	63	72	73	67	64	73	57
CLINICO	74	68	66	80	100	101	127	135	91	107	137	161
PEDIATRICO	8	11	14	13	17	6	9	11	10	21	22	28
SUSPENSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COVID 19	30	39	73	83	125	121	43	17	17	10	8	9
TOTAL:	185	177	225	229	301	291	251	236	185	202	240	255

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf483[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

Prefeitura da Estância Turística de IBIÚNA
TRANSFORMAÇÃO RESPONSÁVEL CUIDANDO DE PESSOAS

PRODUÇÃO HOSPITALAR 2020											
ATENDIMENTOS	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
PSA	8.579	5.589	3.305	2.915	3.414	4.201	4.134	4.458	5.166	5.257	4.391
PSI	1.405	1.355	405	337	531	666	757	814	943	926	932
ORTO HOSP.	3.325	2.105	1.022	459	1.200	1.451	1.560	2.140	2.151	1.012	1.350
G.O	398	295	300	328	382	361	430	375	376	456	378
COVIDINHO	0	0	146	645	563	612	715	560	653	960	1.539
TOTAL:	13.707	9.344	5.178	4.684	6.090	7.291	7.596	8.347	9.289	8.611	8.590

TOTAL DE INTERNAÇÕES	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
CIRURGICO	0	2	0	0	0	8	3	2	9	10	0
OBSTETRICO	52	56	68	72	69	66	76	53	49	70	52
CLINICO	41	74	50	57	44	86	71	123	107	78	59
PEDIATRICO	5	7	7	6	8	19	15	7	21	13	6
SUSPENSA	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
COVID			9	29	24	31	40	49	24	12	35
TOTAL:	98	139	134	164	145	179	165	234	210	183	152

Tipo de Partos	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
Cesária	45	32	33	15	21	33	24	25	31	25
Normal	26	24	39	27	36	23	27	30	19	20
Tratamento	2	3	0	11	2	5	72	73	67	64

	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
Exames laboratoriais	16352	14893	17117	16335	21957	25461	24187	33738	20450	21375	19564	

	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
Exames Imagem		3123	3480	3321	3623	4329	4542	4457	4210	4516	4350	

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:52:35 que o documento de hash (SHA-256)
9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429 foi validado em 12/01/2026 12:39:51 através da transação blockchain
0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf483[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302936)

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 12/04/2026

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 **9bd27a1112ec6da7c831b379e9e96641406bc9b4e9726d19a30e3647c1c2c429** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302936** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Atestado Ibiúna x Igats - 2024"**, cujo assunto é descrito como **"Atestado Ibiúna x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:40:01**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:52:35** 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 **0xbe3d9099eb979566f1db218b4ef51771fb3a81685ce24eb3d2f6582dbf4837b3**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

CONTRATANTE: INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Bairro Centro, na cidade de Ibiúna/SP, neste ato representado por seu presidente, *Reginaldo de Oliveira Giraud,* inscrito no CPF do MF sob nº 296.458.368-40.

CONTRATADO: BRUNO CORREIA DA SILVA, médico, inscrito no CRM sob nº 225.349, doravante denominado "Contratado".

As partes acima qualificadas resolvem de comum acordo, firmar o presente contrato de prestação de serviços médicos com responsabilidade técnica, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Constitui o objeto do presente contrato, a prestação de serviços técnicos, na especialidade de médico, conforme suas atribuições profissionais e compatíveis com os objetivos sociais da associação.

1.2. O Contratado atuará como responsável técnico da associação na área médica, nos serviços assumidos pelo Contratante.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO HORÁRIO DE ATENDIMENTO

2.1. Os serviços ora contratados serão realizados mediante a demanda do Contratante, entre às 08h00min às 17h00min, de segunda à sexta-feira, sendo uma carga horária de 40h semanais.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA REMUNERAÇÃO

3.1. Os honorários serão fixados no anexo I.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

4.1. O prazo de vigência do presente contrato vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data da assinatura do presente instrumento.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:49:48 que o documento de hash (SHA-256)
dd5018b33d8adec750fce57c54f1e854ce46010646212fc7c3fefa6cea764095 foi validado em 12/01/2026 12:36:35 através da transação blockchain
0x842ebaae8ab9b1a150cd5080bb2fc2e0b1eae11545ef2c15b90e6f8b2c69523f e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302931)

CLÁUSULA QUINTA - DA RESCISÃO

5.1. O presente contrato poderá ser rescindido amigavelmente a qualquer tempo, mediante notificação à parte contrária com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA SEXTA - DO FORO

6.1. As partes elegem o Foro da Comarca de Ibiúna para dirimir eventuais controvérsias decorrentes da execução do presente contrato.

E, por estarem de comum acordo, resolvem celebrar o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Ibiúna, 01 de novembro de 2024.

Reginaldo de Oliveira Giaud

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS
Contratante

Bruno Correia da Silva

BRUNO CORREIA DA SILVA
Contratado

Testemunhas:

1. _____
Nome: Daiane Lacker Cunha
CPF: 416.560.068-71

2. _____
Nome: Thayná Laise Rodrigues
CPF: 459.090.948-32

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:49:48 que o documento de hash (SHA-256)
dd5018b33d8adec750fce57c54f1e854ce46010646212fc7c3fefa6cea764095 foi validado em 12/01/2026 12:36:35 através da transação blockchain
0x842ebaae8ab9b1a150cd5080bb2fc2e0b1eae11545ef2c15b90e6f8b2c69523f e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302931)

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 12/04/2026

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 **dd5018b33d8adec750fce57c54f1e854ce46010646212fc7c3fefa6cea764095** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302931** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Contrato RT - Bruno x Igats"**, cujo assunto é descrito como **"Contrato RT - Bruno x Igats"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:36:15**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:49:48** 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 **0x842ebaae8ab9b1a150cd5080bb2fc2e0b1eae11545ef2c15b90e6f8b2c69523f**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CERTIDÃO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO CERTIFICA, a pedido de pessoa interessada, que revendo os assentamentos do cadastro de pessoas jurídicas deste Conselho, deles verificou constar que a empresa **IGATS (IGATS EXCELENCIA E ADMINISTRACAO) , CNPJ/MF nº 12.043.445/0001-38**, localizado na **AV VER BENEDITO CAMPOS 156 AND 2 SL 5 - RIO DE UNA DE BAIXO – IBIUNA/SP** acha-se registrado sob o nº. **966759** desde **13/11/2015**, tendo como Diretor(a) Técnico(a) o(a) **DR(A). BRUNO CORREIA DA SILVA - CRM/SP nº 225349. ERA**, o que se continha em ditos assentamentos, os quais vão aqui, bem e fielmente transcritos, e aos quais se reporta e da fé.

(A PRESENTE CERTIDÃO TEM VALIDADE ATÉ 30/11/2026).

8 9 6 4 8 0 5 8 0 9

Emitido através do site http://www.cremesp.org.br em 12/01/2026 às 12:26:58
A autenticidade deste Certidão poderá ser verificada no endereço:
https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ServicosEmpresasConsultaDocumentos

POPS

ANEXO I – POP ENFERMAGEM

1 CATEGORIA 02: PROCESSO DE ENFERMAGEM E AÇÕES GERENCIAIS

1.1 POP 05: Consulta de enfermagem

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 05 CONSULTA DE ENFERMAGEM</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td>XX/XX/XXXX</td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É uma atividade privativa do enfermeiro, desenvolvida para melhor assistência à saúde, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde-doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Realizar coleta de dados, exame físico, estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação dos cuidados e orientação das ações relativas aos problemas detectados.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Melhoria da qualidade da assistência após a implementação sistematizada do processo de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Profissionais enfermeiros</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Os mesmos utilizados nos POPs de Métodos Propedêuticos (POP 06), Sinais Vitais (POP 07), Oximetria de Pulso (POP 08), Glicemia Capilar (POP 09), Cálculo do IMC (POP 10) e Cálculo da RCQ (POP 11), pois serão necessários para a realização do exame físico.</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Higienizar as mãos com água e sabão, (POP 01).
2. Acolher o cliente, deixando-o confortável.
3. Seguir as 5 etapas do processo de enfermagem:
• Realizar o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), seguindo roteiro do formulário próprio da instituição:
✓ A finalidade do histórico de enfermagem é conhecer hábitos</td></tr>
</table>

individuais e coletivos do cliente que possam facilitar a adaptação do mesmo à unidade e ao tratamento, além de identificar problemas passíveis de serem abordados nas intervenções de enfermagem.
    - ✓ Para a realização do exame físico, siga as etapas do POP de Métodos Propedêuticos (POP 06), Sinais Vitais (POP 07), Oximetria de Pulso (POP 08), Glicemia Capilar (POP 09), Cálculo do IMC (POP 10) e Cálculo da RCQ (POP 11).
- Realizar o diagnóstico de enfermagem:
    - ✓ O enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico, identificará os problemas de enfermagem. Estes, em nova análise levam a identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do cliente em relação à enfermagem, para o seu atendimento.
- Realizar o planejamento de enfermagem:
    - ✓ No planejamento de enfermagem, são determinados os resultados esperados e quais ações serão necessárias. Isso será realizado a partir dos dados coletados e diagnósticos de enfermagem com base dos momentos de saúde do cliente e suas intervenções.
- Realizar a implementação da assistência (prescrição de enfermagem):
    - ✓ Consiste na realização das ações ou intervenções determinadas na etapa do planejamento.
- Realizar a avaliação de enfermagem (evolução):
    - ✓ Consiste em acompanhar as respostas do paciente aos cuidados e avaliar se obteve bons resultados das prescrições de enfermagem. Deve ser realizado diariamente ou a cada novo contato com o cliente durante o procedimento do exame físico.
    - ✓ O profissional deve avaliar o progresso, estabelecer medidas corretivas das prescrições, caso seja necessário, e sempre que possível revê-las.

4. Higienizar as mãos (POP 01).
5. Realizar as anotações no prontuário ou locais próprios.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve conduzir as orientações sem impor suas concepções, preservando as crenças, as normas, os valores e a realidade socioeconômica do cliente.
- Os roteiros são de grande importância para a organização da consulta de enfermagem, impedindo a falta de informações essenciais para a elaboração do plano de cuidados.

9 REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Processo de enfermagem:** guia para a prática. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

OLIVEIRA, S. K. P. de et al . Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 155-161, jan./fev. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023. Acesso em: 12 ago. 2020.

RODRIGUES, G. **O que é a sistematização da assistência de enfermagem (SAE)?.** 2019. Disponível em: https://www.pixeon.com/blog/entenda-em-5-etapas-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/. Acesso em: 01 ago. 2020.

SISTEMATIZAÇÃO da Assistência de Enfermagem – SAE. Disponível em: https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-sae/33225. Acesso em: 01 ago. 2020.

1.2 POP 06: Métodos propedêuticos

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL
PADRÃO
POP 06
MÉTODOS PROPEDÊUTICOS</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: Conjunto de técnicas e manobras para diagnosticar alguma “anormalidade” no cliente, e dever ser realizado no sentido céfalo caudal ou céfalo podálico. Compõe-se basicamente de quatro técnicas fundamentais: inspeção, palpação, percussão e ausculta (sequência que pode ser alterada, dependendo do sistema a ser avaliado).</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Obter dados sobre o estado de saúde do cliente, completar ou confirmar dados obtidos na entrevista, identificar diagnósticos de enfermagem para oferecer uma conduta adequada em prol da melhoria da saúde do usuário, além de avaliar as ações de enfermagem sobre o estado de saúde do cliente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Identificar todos os dados sobre o estado geral de saúde do cliente, para oferecer a melhor conduta e melhor acompanhamento do estado geral de saúde.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Profissionais de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
Bandeja
Equipamentos de proteção individual: máscara, gorro, luvas de procedimento
Álcool 70%
Algodão
Esfigmomanômetro
Estetoscópio
Termômetro
Fita métrica
Lanterna
Otoscópio</td></tr>
</table>

- Oftalmoscópio
- Algodão
- Agulha
- Abaixador de Língua
- Martelo de reflexo
- Caneta e Papel

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Realizar higienização das mãos com água e sabão (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Separar uma bandeja para o procedimento.
4. Preparar o material, organizando-os na bandeja.
5. Higienizar as mãos com álcool 70% (POP 02).
6. Calçar as luvas de procedimentos, e utilizar demais equipamentos de proteção individual, se necessário.
7. Iniciar o exame físico, seguindo as etapas: A- Inspeção, B- Palpação, C- Percussão e D- Ausculta.

- **No exame do abdome** a ordem das técnicas propedêuticas sofre alteração. Deve-se iniciar pela inspeção, em seguida ausculta, palpação e percussão. Dessa forma, evita-se a obtenção de informações equivocadas como, por exemplo, sons intestinais alterados por palpação ou percussão anterior, ou ainda dificuldades de completar o exame devido ao desconforto, ou aumento da dor.

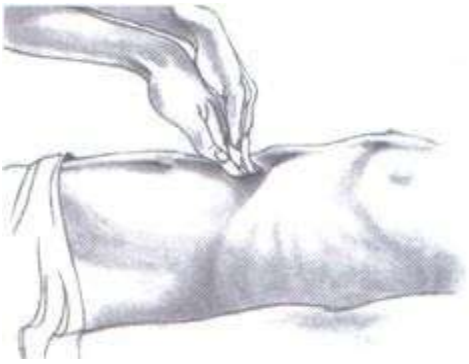
A) TÉCNICA DE INSPEÇÃO

8. Posicionar e expor o corpo do cliente, de modo que a superfície a ser avaliada fique visível.
9. Inspecionar cada área quanto ao tamanho, forma, cor, simetria, posição e anormalidades.
10. Se possível comparar cada área inspecionada com a mesma área no lado oposto do corpo.
11. Utilizar lanterna para inspecionar as cavidades corporais.
12. Aferir os sinais vitais, conforme o POP 07 (Pulso, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Pressão Arterial, Temperatura Axila e dor).
13. Não ter pressa, ter atenção aos detalhes.

B) TÉCNICA DE PALPAÇÃO

14. Ajudar o cliente a relaxar pedindo que respire devagar e profundamente com os braços ao longo das laterais do corpo.
15. Colocar as mãos sobre a área que examinará e pressionar afundando-a cerca de 1 cm.
16. Após uma palpação leve, aplique uma mais profunda, afundando a área que está sendo examinada uns 4 cm, com uma das mãos ou com ambas.
17. Ao palpar com ambas as mãos, relaxe uma das mãos e coloque-a levemente sobre a pele do cliente.
18. Utilizar as partes mais sensíveis da mão (palmar e extremidades dos dedos) para avaliar textura, tamanho, consistência, massa, líquidos e crepitações.

PALPAÇÃO LEVE



PALPAÇÃO PROFUNDA

C) TÉCNICA DE PERCUSSÃO

19. Deixar o cliente confortável.
20. Escolher o tipo de percussão a ser utilizada conforme a área corporal a ser estudada.
21. Realizar as manobras de percussão adequadas.

D) TÉCNICA DE AUSCULTA

22. Retirar da bandeja o estetoscópio.
23. Expor a área corporal a ser examinada, colocando o estetoscópio sobre a pele (roupas obscurecem o som).
24. Usar o disco da campânula do estetoscópio para sons de baixa frequência (vasculares e alguns cardíacos) colocando-o suavemente sobre a superfície cutânea.
25. Usar o diafragma (disco maior) do estetoscópio para sons de alta frequência (intestinos e pulmões), mantendo-o em firme contato com a superfície cutânea.
26. Sempre considerar a parte do corpo a ser auscultada e a causa do som.
27. Ao usar o estetoscópio, cliente e examinador devem ficar quietos.
28. Evitar tocar o extensor ou esfregar outras superfícies (o barulho do ambiente interfere na escuta dos sons produzidos pelos órgãos do corpo).
29. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados.
30. Fazer a desinfecção do equipamento e deixa-lo no local apropriado.
31. Realizar higienização das mãos com água e sabão (POP 01).
32. Após os procedimentos, realizar as anotações necessárias no prontuário do cliente.

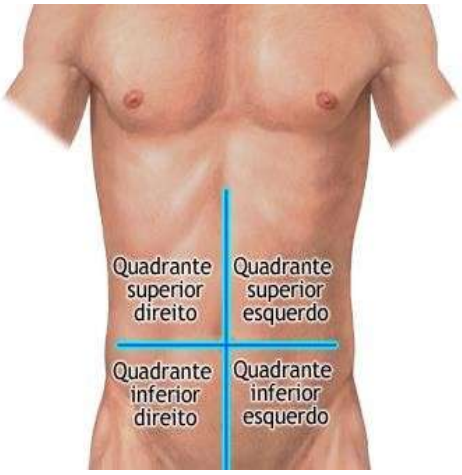
A INSPEÇÃO: É a primeira técnica fundamental, iniciando pelo contato com o paciente, requerendo do enfermeiro os sentidos de visão, audição e olfato. Tem por objetivos: detectar dismorfias, distúrbios do desenvolvimento, lesões cutâneas, presença de cateteres e outros dispositivos. Devem ser observados: postura e estatura, movimentos corporais, estado nutricional, padrão de fala e sinais vitais.

Tipos de Inspeção:

- Localizada e frontal: requer que o examinador se encontre o mais próximo possível da estrutura a ser inspecionada.
- Armada: necessita que o examinador use um instrumento que melhore sua visão (otoscópio, lupa).
- Panorâmica: deve ao examinador afastar-se a uma distância necessária

para maior abrangência do seu campo visual.

- Tangencial: o examinador direciona seu olhar para a estrutura desejada, com seu ângulo de visão encontrando o mesmo nível da estrutura.

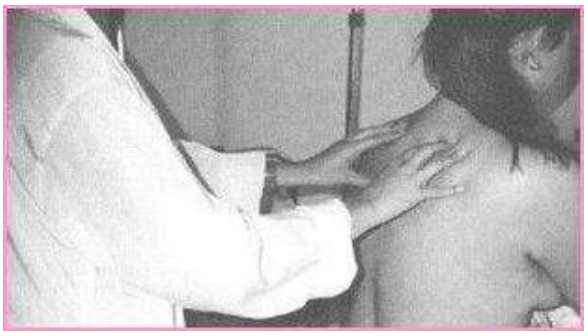


A PALPAÇÃO: É parte vital do exame físico, requer do enfermeiro sensibilidade tátil e dever ser confortável para o cliente; o examinador deve estar com as mãos aquecidas e unhas aparadas. Tem por objetivo a partir da pressão exercida pelas mãos do examinador sobre uma estrutura corporal, identificar as possíveis alterações na superfície da pele ou na profundidade dos planos anatômicos, que não foram possíveis de serem detectados pela inspeção. Apresenta variantes específicas:

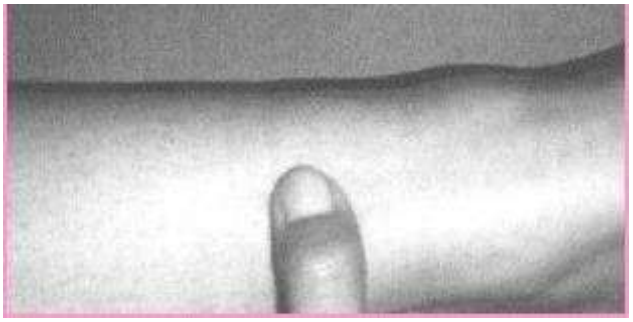
- Palpação com as mãos espalmadas: usa-se toda a palma de uma ou de ambas as mãos, exemplo: identificar a temperatura da pele ou de uma superfície.

- Palpação com uma das mãos sobrepondo-se à outra, exemplo: evidenciar aumento de vísceras mais profundas.

- Palpação com a mão espalmada, usando-se apenas as polpas digitais e a parte ventral dos dedos.



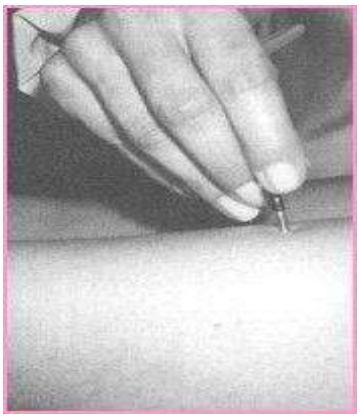
- Digitopressão: utiliza-se a porção digital do dedo para pressionar a superfície a ser estudada, exemplo: evidenciar sinal de cacifo na avaliação do edema.



- Em pinça: utiliza-se dois dedos de uma das mãos, geralmente polegar e indicador, de forma que exerçam o papel de pinça, exemplo: avaliar o turgor da pele.

- Palpação com o dorso dos dedos e das mãos, para avaliar a temperatura.

- Puntipressão: compressão de um objeto pontiagudo sobre uma determinada área do corpo, exemplo: avaliar sensibilidade dolorosa.



- Vitropressão: utilização de uma lâmina de vidro que é pressionada sobre a pele, analisando a pele através da própria lâmina, exemplo: distinguir eritema de púrpura.

- Pesquisa de flutuação: aplicar o dedo indicador da mão esquerda de um lado de uma tumefação, enquanto o da outra mão, colocado do lado oposto, exerce compressões perpendiculares à superfície cutânea (havendo líquido, causará rechaço do dedo da mão esquerda, ao que se denomina flutuação).

A PERCUSSÃO: representa uma técnica que requer do enfermeiro uma habilidade de maior perícia e consiste em golpear áreas do corpo. O princípio da percussão baseia-se nas vibrações originadas de pequenos golpes realizados em determinada superfície do organismo. O objetivo é identificar e avaliar os diferentes timbres do som emitido em cada estrutura golpeada, sendo possível localizar o órgão, presença de massas, líquidos, mapeando limites e tamanhos.
Entre várias técnicas para esse procedimento, as de maior interesse para a prática clínica da enfermagem são:

- Percussão direta: golpear a superfície do corpo diretamente com dedos, punhos ou cutelo. Os dedos devem estar fletidos, imitando a forma de um martelo, e os movimentos de golpear são feitos pela articulação do punho.

- Digito-digital: utilizar o dedo médio da mão não dominante do examinador, único a ter contato com a superfície cutânea da estrutura a ser estudada. Com o dedo médio da mão dominante, dão-se golpes rápidos e curtos, mantendo-se o punho relaxado e o antebraço fixo. O golpe deve ser dado

com a borda ungueal, não com a polpa.

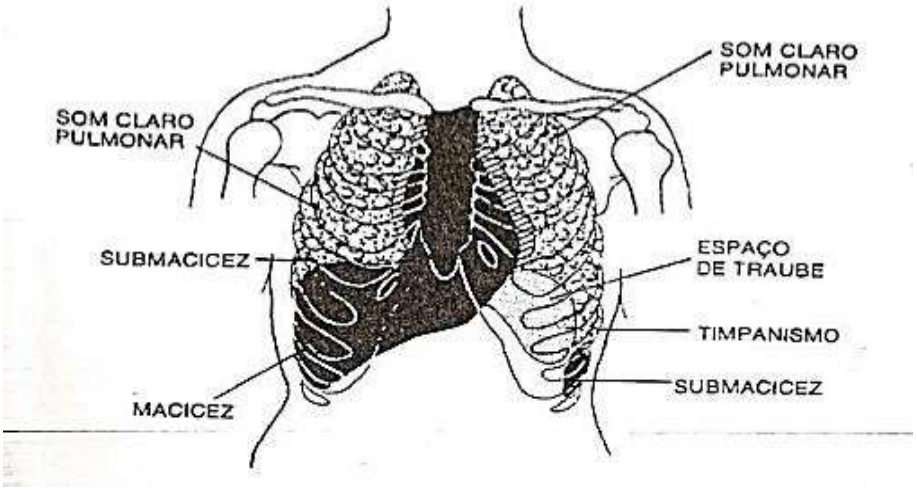
- Punho percussão: com a mão fechada golpeia-se com a borda cubital a região estudada. Tem o objetivo de verificar a sensação dolorosa nos rins.

- Percussão com a borda da mão: com dedos estendidos e unidos, golpeia-se a região desejada com a borda ulnar.

- Percussão por piparote: é utilizada para pesquisar ascite. Com uma das mãos o examinador golpeia o abdome com piparotes, enquanto a outra mão espalmada na região contralateral capta ondas líquidas que se chocam contra a parede abdominal.

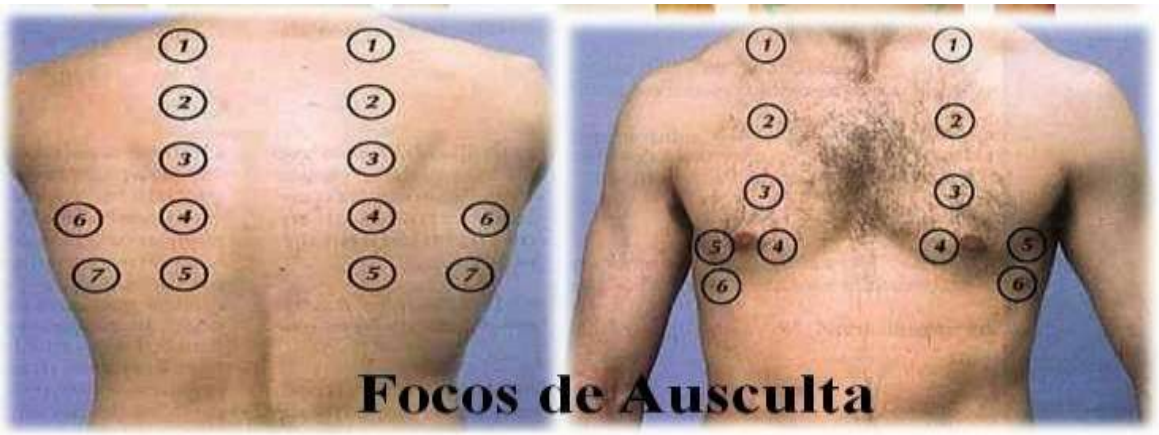
Os sons encontrados à percussão são:

- Maciço: obtém-se percutindo regiões desprovidas de ar (osso, fígado). Esse som transmite a sensação de dureza e resistência;
- Submaciço: variação do maciço; é a presença de ar em pequena quantidade que lhe confere essa característica peculiar;
- Timpânico: obtido em regiões que contém ar, recobertas por membrana flexível, como o estômago. A sensação obtida é a de elasticidade;
- Claro Pulmonar: obtém-se quando se percute especificamente a área dos pulmões. Depende da presença de ar dentro dos alvéolos e das demais estruturas pulmonares.



A AUSCULTA: é uma competência de ouvir os sons produzidos dentro do corpo, criados pelo movimento do ar ou de líquido. Esse procedimento emprega um instrumento denominado estetoscópio, a partir do qual se obtêm ruídos considerados normais ou patológicos. Utiliza-se essa técnica em vários órgãos, como pulmões, coração, artérias e intestino.

O estetoscópio pode ser usado em vasos (artérias e veias), para verificar a presença de sopros. Nos pulmões podem-se identificar anormalidades, denominadas ruídos adventícios, que são roncos, sibilos, estertores finos e grossos. No exame do coração, auscultam-se bulhas consideradas normais e suas alterações, para reconhecer sopros e outros ruídos. Já no abdome, é possível detectar os ruídos normais, denominados hidroaéreos.



8 OBSERVAÇÃO:

- Esteja sempre com as mãos aquecidas, esfregando-as uma na outra.
- Não realize percussão com unha longa.
- Realize dois golpes seguidos para confirmar o som.
- Em órgãos simétricos, como pulmões, faça percussão comparada.
- A ausculta deve ser realizada em ambiente sossegado e sem ruído externo.
- O estetoscópio deve ser colocado sobre a pele nua, pois vestimentas obscurecem os sons.
- Para todas as técnicas, o enfermeiro geralmente prossegue da seguinte forma: pele, cabeça e pescoço, tórax e pulmões, mamas, sistema cardiovascular, abdome, reto, genitália, sistema neurológico e sistema musculoesquelético. Seguindo as etapas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

9 REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MELO, A. A. R. *et al.* **Extensão médica acadêmica da FMUSP**: apostila de propedêutica: exame clínico. 2015. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/ema_56_apostila_ema.pdf. Acesso em: 17 ago. 2020.

PRIOTTO, E. M. T. P.; ANDRADE, J. C. de (Orgs.). **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)**: Enfermagem fundamental II. Foz do Iguaçu, PR: UNIOEST, 2019. Disponível em: http://www.foz.unioeste.br/files/Manual_POPs_EFII_-_Elis_Palma_Priotto.pdf . Acesso em: 11 ago. 2020.

1.3 POP 07: Verificação dos sinais vitais em adolescentes e adultos

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 07 VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS EM ADOLESCENTES E ADULTOS</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: São indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Os sinais vitais são: pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura e dor.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Estabelecer os padrões basais, observar tendências, identificar problemas fisiológicos e monitorar a resposta do cliente ao tratamento.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Obter parâmetros vitais do cliente, auxiliando no diagnóstico e na terapêutica a ser utilizada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos Campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Relógio com ponteiros de segundo
• Bandeja
• Esfigmomanômetro
• Estetoscópio
• Bolas de Algodão embebidas em álcool 70%
• Termômetro
• Papel toalha
• Caneta e papel
• Escalas de mensuração de dor</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

7.1 Verificação do Pulso

1. Higienizar as mãos (POP 01).</td></tr>
</table>

2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Preparar o material necessário.
4. Posicionar o cliente em posição confortável: se o cliente estiver em posição supina, colocar o antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo; se estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão votada para baixo.
5. Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as.
6. Palpar a artéria escolhida (artéria radial, por exemplo).
7. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente.

8. Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto.
9. Verificar a frequência, ritmo e intensidade do pulso. Repita o procedimento, se necessário.
10. Higienizar as mãos (POP 01).
11. Anotar o procedimento realizado no prontuário do cliente, registrando a frequência em bpm e descrevendo as características do pulso encontrado.
12. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

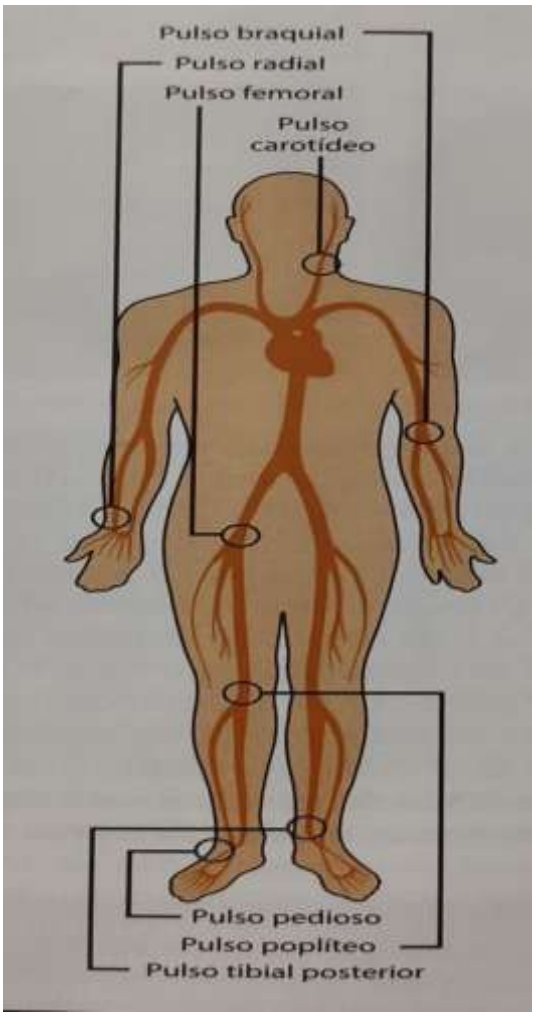
Definição de Pulso: É a verificação dos batimentos cardíacos do paciente de forma manual, durante um minuto. Para sua verificação, utiliza-se a polpa dos dedos indicador e médio, por meio da palpação de uma artéria, geralmente a artéria radial, contando-se no período de um minuto o número de batimentos e verificando-se suas características: intensidade ou amplitude (pode ser cheio ou filiforme), ritmicidade (pode ser regular, irregular ou arritmia) e simetria (iguais em ambos os membros).

Valores de referência do Pulso	
Idade	**Pulso (bpm)**
Adolescente	60-90
Adulto	60-100

Fonte: POTTER *et al.* 2018.

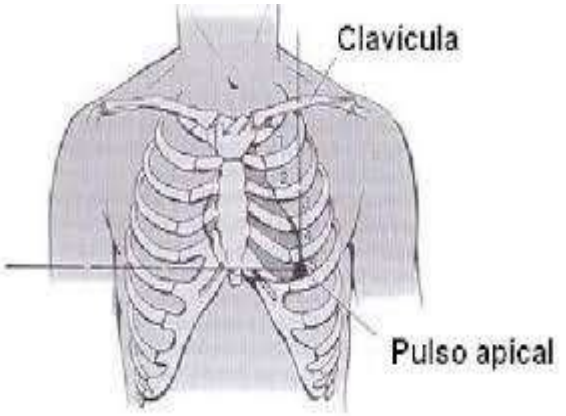
Terminologia:
- Taquisfigmia: Pulso acelerado
- Bradisfigmia: Pulso lento
- Pulso normocárdico: Pulso com valor normal

Principais locais de avaliação do pulso: pulso braquial, pulso radial, pulso femoral, pulso carotídeo, pulso pedioso, pulso poplíteo, pulso tibial posterior.



7.2 Verificação da Frequência Cardíaca

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Posicionar o cliente em posição confortável, preferencialmente posição supina ou sentada.
4. Manter a privacidade do cliente.
5. Afastar a roupa do cliente para descobrir o esterno e o lado esquerdo do peito.
6. Realizar a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%.
7. Localizar os pontos de referência anatômicos para identificar o pulso apical.
8. Colocar o diafragma do estetoscópio na palma da mão por 5 a 10 segundos.
9. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o pulso apical (quinto espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular), e auscultar em busca dos sons cardíacos (ouvidos como Tum Ta).



10. Quando auscultar os sons cardíacos olhar para o relógio e começar a contar a frequência; começar a contar do zero e em seguida um, dois e assim por diante. Conte por 1 minuto.
11. Note se a frequência cardíaca está regular ou irregular.
12. Realizar novamente a assepsia das olivas do diafragma do estetoscópio com algodão embebido com álcool a 70%.
13. Realizar a higienização das mãos (POP 01).
14. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de Frequência Cardíaca: É o número de vezes que o coração bate ou cicla durante um minuto. É expressa em bpm (batimentos por minuto).

Valores de referência da Frequência Cardíaca	
Idade	**(bpm)**
Adolescente	60 - 90
Adultos	60 - 100

Fonte: POTTER *et al.* 2018

- **Normocárdico:** Frequência Cardíaca dentro dos valores de referência
- **Taquicárdico:** Frequência Cardíaca acima dos valores de referência
- **Bradicárdico:** Frequência Cardíaca abaixo dos valores de referência

7.3 Verificação da Frequência Respiratória

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar a cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir o material e manter próximo ao cliente.
4. Colocar o cliente sentado ou deitado.
5. Simular que está verificando o pulso e observar os movimentos do tórax ou abdome, durante 1 minuto.
6. Contar um movimento para a inspiração e expiração, observando o ritmo, profundidade e frequência da respiração.
7. Higienizar as mãos (POP 01).
8. Manter o ambiente em ordem.

9. Realizar as anotações no impresso próprio.
10. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de frequência respiratória: É a mensuração do número de incursões respiratórias em um minuto (irpm).

Valores aceitáveis da Frequência Respiratória	
Idade	**Frequência Respiratória (irpm)**
Adolescente	16-20
Adulto	12-20

Fonte: POTTER *et al*. 2018

Tipos de Padrão Respiratório	
Eupneia	Movimentos respiratórios normais.
Bradipneia	A frequência de respiração é regular, mas anormalmente lenta (abaixo dos valores de referência).
Taquipneia	A frequência de respiração é regular, mas anormalmente rápida (acima dos valores de referência).
Apneia	As respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente resulta em parada respiratória.
Hiperpneia	As respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em frequência (acima dos valores de referência). Ocorre normalmente durante o exercício físico.
Ortopneia	Dificuldade de respirar sem estar com o tórax ereto.
Hiperpneia	Frequência e/ou amplitude aumentada dos movimentos respiratórios.
Cheyne-stoke	Caracteriza-se por uma fase de apneia seguida de incursões inspiratórias cada vez mais profundas e rápidas até atingir um máximo, para depois vir descendo até nova apneia.
Kusmaul	Respiração rápida, sem pausas, em adultos mais de 20 iprm, a respiração em geral soa forçada, parecendo suspiros.
Biot	Apneia seguida de movimentos inspiratórios e expiratórios uniformes quanto ao ritmo e amplitude.

7.4 Aferição de pressão arterial

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir material necessário.
4. Posicionar o braço do cliente com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, na altura do coração.
5. Palpar a artéria braquial.
6. Colocar o manguito adequado ao tamanho da circunferência do braço, firmemente de dois a três centímetros acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.

7. Palpar o pulso radial, fechar completamente a válvula de pressão do bulbo no sentido horário e inflar o manguito até desaparecer a pulsação da artéria.
8. Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos e posicionar a campânula sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
9. Orientar o cliente para que não fale ou se mexa durante a aferição.
10. Liberar a válvula de pressão lentamente e determinar a Pressão Arterial Sistólica (PAS) no aparecimento do primeiro som, que se intensifica com o aumento da deflação.
11. Determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD), continuando a deflação, no desaparecimento do som.
12. Realizar a deflação rápida e completa e retirar o manguito.
13. Informar o valor da medida ao cliente.
14. Dar destino adequado aos materiais.
15. Higienizar as mãos (POP 01).
16. Realizar as anotações no prontuário do cliente, constando o valor da medida, local e posição da aferição, uso prévio de medicamentos, ocorrências adversas e as medidas tomadas.
17. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de pressão arterial: É a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo.

Nomenclatura e Valores de Referência:

Adolescentes e Adultos	
Pressão Arterial Normal	Pressão sistólica menor ou igual a 120mmHg e pressão diastólica menor ou igual a 80 mmHg.
Pré-Hipertensão	Pressão sistólica entre 121 e 139mmHg ou pressão diastólica entre 81 e 89 mmHg.
Hipertensão Estágio 1	Pressão sistólica entre 140 e 159mmHg ou pressão diastólica entre 90 e 99 mmHg.
Hipertensão Estágio 2	Pressão sistólica entre 160 e179mmHg ou pressão diastólica entre 100 e 109.
Hipertensão Estágio 3	Pressão sistólica acima de 180 mmHg ou pressão diastólica acima de 110 mmHg.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

7.5 Verificação da temperatura axilar

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Reunir o material e manter próximo ao cliente.
4. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando bolas de algodão embebidos em solução alcoólica 70%, com movimentos unidirecionais por três vezes.
5. Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou sentado, expondo ombro e braço.
6. Verificar se as axilas estão íntegras e secas.
7. Enxugar a axila escolhida com papel toalha.
8. Colocar o bulbo do termômetro na região côncavo axilar do cliente mantendo o braço encostado ao tórax com a mão tocando o ombro do lado oposto.
9. Manter nesta posição, aguardar o alarme do termômetro (média de 2 há 3 minutos).
10. Verificar o valor obtido.
11. Limpar o termômetro utilizando bolas de algodão embebidos em solução alcoólica 70%.
12. Guardar o material em local próprio.
13. Higienizar as mãos (POP 01).
14. Anotar o valor da temperatura no prontuário do cliente.
15. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Definição de temperatura axilar: É a mensuração e o registro da temperatura axilar.

Valores de referência:

Adolescentes e Adultos	
Terminologia	**Temperatura**
Hipotermia	Temperatura abaixo de 35ºC
Afebril	36,1ºC a 37,2ºC

Febril	37,3ºC a 37,7ºC
Febre	37,8ºC a 38,9ºC
Pirexia	39ºC a 40ºC
Hiperpirexia	Acima de 40ºC

7.6 Mensuração da dor

A dor não é um aspecto simples de se avaliar, pois é sempre subjetiva: não conseguimos visualizar a dor por meio de um exame de imagem, por exemplo. Assim, toda a avaliação do cliente com dor é feita a partir de seu próprio relato. Ela é uma condição complexa e exige que a sua avaliação aborde diversos aspectos. Além da intensidade, é fundamental conhecer as características da dor, o que a faz piorar ou melhorar e quais são os seus impactos na vida do cliente.

Passos para avaliar a dor:

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Explicar o procedimento ao cliente.
3. Usar as seguintes perguntas:
   - Quando iniciou a dor?
   - De que forma ela apareceu?
   - A dor é contínua? Ou intermitente?
   - Qual o período do dia em que ela piora?
   - Como é a dor?
   - Qual é a intensidade da dor?
   - Onde dói?
   - Que fatores aliviam a dor?
   - Que fatores pioram a dor?
4. Examinar o cliente.
5. Escolher o tipo de escala de mensuração da dor que vai utilizar.
6. Aplicar a escala de mensuração da dor.
7. Registrar as informações adquiridas no prontuário do cliente.
8. Lavar as mãos (POP 01).

Tipos de escala de mensuração da dor:

- A equipe de enfermagem deverá utilizar a Escala Visual/Verbal numérica (EVN) para clientes conscientes e com boa capacidade cognitiva. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e 10 à classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

- A Escala Visual Analógica (EVA) consiste numa linha horizontal ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "**Sem Dor**" e na outra a classificação "**Dor Máxima**". O doente terá de fazer uma cruz ou um traço perpendicular à linha no ponto que representa a intensidade da sua dor. Posteriormente, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha (que corresponde a zero) e o local assinalado, obtendo-se uma classificação numérica.

- Na Escala de Faces é solicitado ao cliente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde à classificação “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde à classificação “Dor Máxima”.

8 OBSERVAÇÃO:

Verificação de pulso:

- Não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a do paciente.
- Não realizar pressão forte sobre a artéria, o que poderá impedir a percepção dos batimentos.

Verificação de frequência cardíaca:

- A frequência cardíaca pode diferenciar-se do pulso devido a arritmias cardíacas.
- Caso seja observada diferença entre o pulso periférico e o pulso apical, proceder ao cálculo do déficit de pulso **(pulso apical - pulso periférico)**. O déficit de pulso reflete o número de contrações cardíacos ineficientes em 1 minuto.
- Relate os achados anormais ao enfermeiro responsável ou ao médico imediatamente.

Verificação de frequência respiratória:

- Observar padrão respiratório do cliente.
- Valores diferentes da referência e alterações do padrão respiratório, comunicar o enfermeiro.

Aferição da pressão arterial:

- Para a verificação, manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
- Se a PA estiver alterada, repita o procedimento e comunique o enfermeiro, caso persista a alteração.
- Caso o aparelho esteja descalibrado, providenciar a substituição.

Verificação da temperatura:

- Verificar se o termômetro se deslocou da posição inicial, em caso positivo, repetir o processo de aferição.
- A temperatura aferida não será exata se o tempo adequado de 3 minutos não for respeitado e/ou não houver sinal sonoro indicativo do tempo do aparelho.

9 REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. L. de. **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

COMO verificar o pulso apical. Disponível em: https://pt.wikihow.com/Verificar-um-Pulso-Apical. Acesso em: 18 ago. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospitais Universitários Federais. **Procedimento operacional padrão**: POP/ Serviço de Educação em Enfermagem/04/2016: normas e rotinas da enfermagem. 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Pop+4+servi%C3%A7o+de+educ+enfermagem.pdf/ebdf439e-0577-4f25-8d62-19e80b4ac5e6. Acesso em: 18 ago. 2020.

POTTER, Patrícia *et al*. **Fundamentos de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde **Manual de Procedimentos Operacional Padrão (POP) de Enfermagem.** Campinas, SP, 2016. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_POP_Enfermagem_2016.pdf . Acesso em: 29 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**., v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Procedimentos de Enfermagem**: POP FACENF Nº 04: sinais vitais. Minas Gerais: EBSERH, 2019. Disponível em: https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Sinais-Vitais-n.-04.1.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. **Procedimento Operacional Padrão**: aferição da pressão arterial sistêmica. Rio de Janeiro: EBSERH, 2018. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+1.3_AFERI%C3%87%C3%83O+DE+PRESS%C3%83O+ARTERIAL+SIST%C3%8AMICA.pdf/c04df129-85b0-418b-a90c-6d3d3e3a40b7 . Acesso em: 18 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de Enfermagem. **Aferição de frequência respiratória:** código DEN POP – 004/12. 2012. Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=218:pop-n4-aferio-de-frequencia-respiratria&start=20. Acesso em: 09 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de Enfermagem. **Aferição de temperatura axilar**: código DEN POP – 002/12. 2012. Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=217:pop-n2-aferio-de-temperatura-axilar&start=20. Acesso em: 09 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de Enfermagem. **Verificação de pressão arterial em Programa do SMFR:** código DEN
POP – 001/12. 2012. Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=97:pop-n1-verificacao-de-pressao-arterial-em-programa-do-smfr&start=20. Acesso em: 09 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de Enfermagem. **Verificação de pulso periférico**: código DEN
POP- 003/12. 2012. Disponível em: http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=219:popf-n3-verificao-de-pulso-perifrico&start=20. Acesso em: 09 ago. 2020.

1.4 POP 08: Verificação da oximetria de pulso portátil de dedo

<table>
<tr><td colspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 08 VERIFICAÇÃO DAOXIMETRIA DE PULSO PORTÁTILDE DEDO</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: Técnica não invasiva, que mede de modo indireto a concentração de oxigênio no corpo. O monitor do oxímetro de dedo exibe a porcentagem de hemoglobina arterial e os batimentos cardíacos por minuto.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Avaliar a oxigenação do cliente e otimizar os cuidados prestados, minimizando o potencial de episódios de hipóxia.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Verificação fidedigna da oximetria de pulso.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Oxímetro de Dedo
• Bolas de Algodão
• Álcool 70%
• Caneta e Papel</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Explicar o procedimento ao cliente.
3. Preparar material e ambiente.
4. Fazer a desinfecção do oxímetro portátil de dedo utilizando algodão embebido em solução alcoólica 70%.
5. Inserir o oxímetro no dedo.
 </td></tr>
</table>

6. Pressionar o botão do interruptor uma vez, no painel frontal, para ligar o oxímetro.
7. Manter as mãos imóveis para a leitura.
8. Verificar resultado.
9. Realizar a desinfecção do oxímetro.
10. Guardar o material em local próprio.
11. Higienizar as mãos (POP 01).
12. Anotar o valor da saturação no impresso de controle do cliente.
13. Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.

Passos para a limpeza e desinfecção do oxímetro de dedo

- Desligue o oxímetro de pulso e retire as pilhas do compartimento da bateria;
- Limpe a superfície exterior do equipamento com um pano macio umedecido com álcool;
- Limpe a parte interna do sensor com um pano macio umedecido com álcool;
- Cuidado para que o álcool não permeie para dentro do dispositivo, pois pode danificar o aparelho;
- Deixe secar completamente o equipamento.

Valores de referência:

- A saturação normal de oxigênio para a maioria das pessoas saudáveis é entre 95% e 100%.
- Condições leves de saúde como gripes ou resfriados podem apresentar uma saturação entre 90% e 94%.

8 OBSERVAÇÃO:

- A leitura do oxímetro pode ser menos acurada se o paciente usar esmaltes, unhas postiças, tiver as mãos frias, ou tiver a circulação deficiente.
- A melhor leitura é alcançada quando sua mão está aquecida, relaxada, e mantida abaixo do nível do coração.

9 REFERÊNCIAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN. **Manual de procedimento operacional padrão do serviço de enfermagem**: POP/DIEN/001/2016: serviço de enfermagem HUMAP. Campo Grande, MS: UFMS, 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39. Acesso em: 02 ago. 2020.

AMERICAN THORACIC SOCIETY; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Informações ao paciente**: oximetria de pulso. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/oximetria-de-pulso/. Acesso em: 05 ago. 2020.

1.5 POP 09: Verificação da glicemia capilar

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 09 VERIFICAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a coleta de uma gota de sangue capilar por meio de punção para a monitorizarão dos valores glicêmicos.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital para fornecer parâmetros para devidas condutas.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Resultado fidedigno do nível de glicose.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• 01 bandeja
• 01 Par de Luvas de Procedimento
• 02 bolas de algodão embebidas em álcool 70%
• 01 aparelho dosador de glicemia (glicosímetro)
• 01 fita reagente para aparelho de glicemia
• 01 lanceta</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Explicar o procedimento ao cliente.
3. Reunir o material dentro da bandeja.
4. Conferir o código da fita com o aparelho.
5. Colocar luvas de procedimento.
6. Limpar a polpa digital escolhida com algodão embebido no álcool a 70% aguardar secar.
7. Ligar o glicosímetro seguindo as recomendações do fabricante.
8. Introduzir a tira teste no aparelho, evitando tocar na parte reagente.</td></tr>
</table>

9. Lancetar a polpa digital e coletar material na fita reagente, para a leitura glicêmica.

10. Aguardar o tempo necessário para que o aparelho realize a leitura.
11. Pressionar o local da punção o suficiente para suspender o sangramento.
12. Descartar imediatamente a lanceta em local próprio para o descarte de perfurocortantes.
13. Realizar a leitura do índice glicêmico e limpar o dedo do cliente com algodão embebido em álcool a 70% e depois com algodão seco.
14. Certificar-se de que não há prolongamento do período de sangramento.
15. Desprezar o material utilizado no lixo.
16. Retirar luva de procedimentos e desprezá-la no lixo.
17. Higienizar as mãos (POP 01).
18. Registrar a taxa de glicemia capilar do cliente.
19. Adotar condutas necessárias, conforme o valor obtido.

8 OBSERVAÇÃO:

- Só coletar se o local da punção estiver totalmente seco, certificar-se se o álcool secou totalmente.
- Erro na leitura do exame: verificar código de erro e seguir as orientações do fabricante do aparelho.

9 REFERÊNCIAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN. **Manual de procedimento operacional padrão:** POP/DIEN/001/2016: serviço de enfermagem HUMAP. Campo Grande, MS: UFMS, 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39. Acesso em: 02 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde **Manual de Procedimentos Operacional Padrão (POP) de Enfermagem.** Campinas, SP, 2016. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_POP_Enfermagem_2016.pdf . Acesso em: 29 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. **Procedimento operacional padrão**: POP ENF 1.1: aferição da glicemia capilar adulto. Rio de Janeiro: EBSERH, 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+1.1_AFERI%C3%87%C3%83O+DA+GLICEMIA+CAPILAR+-ADULTO.pdf/b7b5e860-c6c4-46da-8140-bf86541c5850. Acesso em: 01 ago. 2020.

1.6 POP 10: Mensuração do Índice de Massa Corpórea (IMC)

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 10 MENSURAÇÃO DOÍNDICE DE MASSACORPÓREA (IMC)</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: O índice de Massa Corporal (IMC) é um marcador de peso saudável ideal para a altura e um índice de obesidade e desnutrição. Evidências apoiam o uso do IMC na avaliação de risco da obesidade, pois oferece uma medida mais precisa da gordura corporal total em comparação aquela fornecida apenas pelo corpo.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Determinar se o cliente é uma pessoa saudável, com sobrepeso ou obesa e até mesmo abaixo do peso, de acordo com uma tabela.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Avaliar o peso da pessoa em relação à sua altura.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Balança antropométrica
• Papel toalha
• Caneta e papel
• Calculadora</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Explicar o procedimento ao cliente.
2. Higienizar as mãos (POP 01).
3. Promover a privacidade do cliente.

Verificação do peso com balança antropométrica

4. Destravar a balança.
5. Verificar se a balança está calibrada, caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador.
6. Esperar que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.</td></tr>
</table>

7. Após a calibração da balança, ela deve ser travada, forrada com papel toalha e a pessoa deve subir na plataforma para ser pesado.
8. Posicionar o indivíduo de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.
9. Destravar a balança.
10. Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos.
11. Depois mover o cursor menor para marcar os gramas.
12. Esperar que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
13. Travar a balança, evitando, assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento.
14. Realizar a leitura de frente para o equipamento, para visualizar melhor os valores apresentados pelos cursores.
15. Retirar o cliente da balança e retirar a forração.
16. Retornar os cursores ao zero na escala numérica.
17. Higienizar as mãos (POP 01).
18. Fazer o registro do valor encontrado no prontuário do cliente.

Verificação da altura com balança antropométrica

19. Forrar a balança com papel toalha.
20. Auxiliar o cliente a subir na balança com os pés descalços.
21. Posicionar o cliente, de costas para a régua, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
22. Deslocar a parte móvel da régua até o ápice da cabeça.
23. Proceder à leitura.
24. Auxiliar o cliente a descer da balança e calçar os sapatos.
25. Remover a forração.
26. Higienizar as mãos com água e sabão (POP 01).
27. Fazer o registro do valor encontrado no prontuário do cliente.

Cálculo do Índice de Massa Corpórea – IMC

28. Para o cálculo do IMC é necessário utilizar a seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{PESO}{(ALTURA)^2}$$

29. Anotar o valor encontrado no prontuário do cliente.

Valores de Referência para o IMC

IMC	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,9	Peso Normal
> 25	Sobrepeso
25 – 29,9	Pré - Obeso
30 – 34,9	Obeso I
35 – 39,9	Obeso II (Severo)
> 40	Obeso III (Mórbido)

8 OBSERVAÇÃO:

- O peso deve ser verificado pessoalmente pela manhã, em jejum, com a bexiga vazia.
- O cliente não deve apoiar-se em nada e permanecer sem movimentação, para a verificação de peso.
- O IMC não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo ser pouco estimado em indivíduo mais velhos, em decorrência da sua perda de massa magra e diminuição do peso, e superestimado em indivíduos musculosos.

9 REFERÊNCIAS

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. **Procedimento Operacional Padrão: enfermagem.** 2014. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201410/HGV06_0781548a1f.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

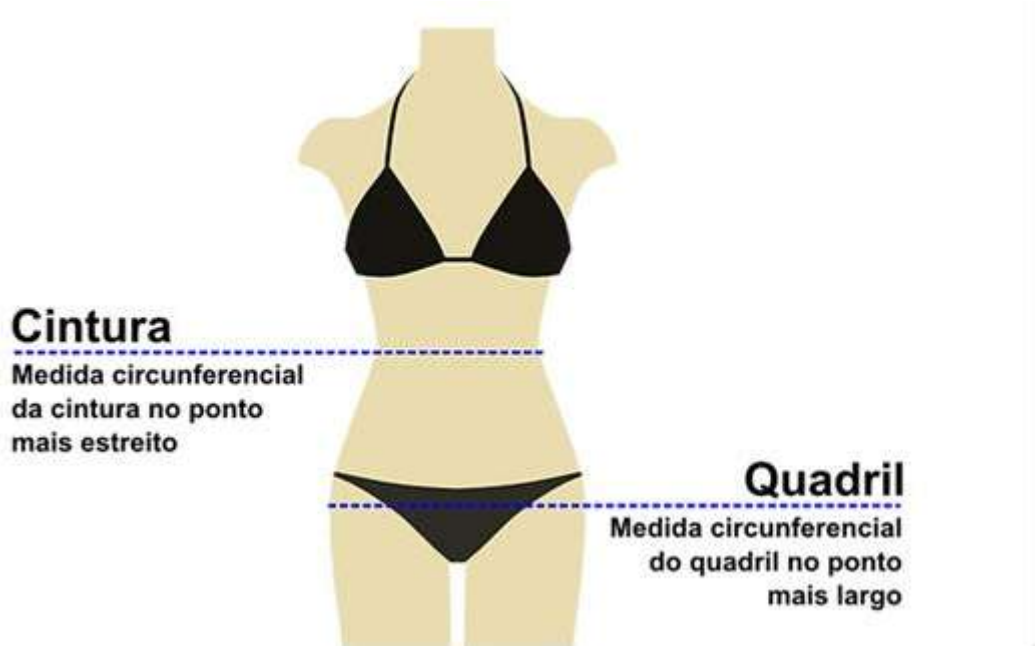
PREFEITURA DE MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de atenção à saúde. Coordenação geral de atenção primária. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem para as Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Maceió, AL, 2018. Disponível em: http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/pdf/2018/11/MANUAL-POP-VERS%C3%83O-13-de-agosto.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

1.7 POP 11: Mensuração da Razão Cintura Quadril (RCQ)

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 11 MENSURAÇÃO DARAZÃO CINTURA QUADRIL - RCQ</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td>Zildânya Barros
Enfermeira
COREN-PI 373.241</td><td>Grupo de Trabalho Portaria: 1228/2020</td><td>Grupo de Trabalho Portaria: 1228/2020</td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É o cálculo que se faz a partir das medidas da cintura e do quadril para verificar o risco de doenças cardiovasculares. Isso acontece porque, quanto maior a concentração da gordura abdominal, maior o risco de ter problemas como colesterol alto, diabetes, pressão alta ou aterosclerose.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Calcular o risco para problemas cardiovasculares segundo a relação cintura/quadril.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Obter a razão do valor da circunferência da cintura pelo valor da circunferência do quadril.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Fita métrica
• Papel e caneta
• Álcool 70%
• Gaze não estéril
• Luva de procedimento
• Calculadora</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Explicar o procedimento ao cliente.
3. Promover a privacidade do cliente.</td></tr>
</table>

4. Higienizar a fita métrica com álcool 70%.
5. Colocar o cliente em pé com o corpo relaxado e os pés unidos. Pedir para que ele não se acorcunde ou incline o corpo, o que poderá interferir na medição. Deve-se orientá-lo também a evitar segurar o fôlego ou contrair o abdome para evitar medidas incorretas.
6. Para obter o valor da medida da cintura, enrole uma fita métrica ao redor da parte mais estreita da cintura do cliente. Com frequência, essa linha está um pouco acima do umbigo, sobre as protuberâncias do quadril. Mantenha a fita métrica reta na barriga, sem dobrá-la ou torcê-la. Não é preciso apertar a pele, mas deixe-a bem justa.
7. Para obter o valor do quadril, use a fita métrica ao redor da parte mais larga do quadril. Geralmente, essa linha está na altura mais ampla dos glúteos, logo abaixo do início das coxas. Envolva a fita métrica rente à pele, sem dobrá-la, torcê-la ou apertá-la.



8. Tirar as duas medidas novamente, para evitar erros decorrentes da respiração.
9. Higienizar a fita métrica com álcool 70% após o procedimento.
10. Higienizar as mãos (POP 01).
11. Registrar os valores encontrados no prontuário do cliente.
12. Para realizar o cálculo da Razão Cintura Quadril (RCQ), divida a circunferência da cintura pela circunferência do quadril.

$$RCQ = \frac{\text{Perímetro da Cintura}}{\text{Perímetro do Quadril}}$$

13. Registrar o valor encontrado no prontuário do cliente.

Tabela de risco cintura quadril

Risco de Saúde	Mulher	Homem
Baixo	Inferior a 0,80	Inferior a 0,95
Moderado	0,81 a 0,85	0,96 a 1,0
Alto	Superior a 0,85	Superior a 1,0

8 OBSERVAÇÃO:

- Tire ambas as medidas logo depois do cliente expirar. Dessa forma, você terá os valores mais precisos.
- A relação cintura quadril não representa um teste absoluto. Embora se trate de uma boa medida para se tirar, ela não pode indicar por si só, se o cliente tem um corpo saudável ou não.

9 REFERÊNCIAS

COMO calcular sua relação cintura quadril. Disponível em: https://pt.wikihow.com/Calcular-sua-Rela%C3%A7%C3%A3o-Cintura-Quadril. Acesso em: 07 ago. 2020.

LIMA, A. L. **Relação Cintura Quadril (RCQ):** o que é e como calcular. Disponível em: https://www.tuasaude.com/relacao-cintura-quadril/. Acesso em: 08 ago. 2020.

RCQ: Relação Cintura Quadril**.** Disponível em: https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/pedagogia/rcq-relacao-cintura-quadril/49175. Acesso em: 08 ago. 2020.

1.8 POP 12: Notificação dos incidentes e eventos adversos

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 12 NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTESE EVENTOS ADVERSOS</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a notificação de eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao cliente. Podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS: Descrever a forma como os registros devem ser realizados, avaliar mensuração dos eventos ocorridos e permitir a análise sistemática das principais ocorrências e causas, visando, é claro, a redução desses eventos e respectiva ampliação da segurança do cliente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Realizar a notificação fidedigna de incidentes e eventos adversos.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Formulário de notificação do evento adverso
• Papel e caneta</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Identificar o incidente da notificação do evento.
2. Preencher formulário próprio para cada tipo de evento.
Os principais eventos que podem acontecer no âmbito do IFPI são:
• Erro na administração de medicação.
• Reação medicamentosa.
• Acidentes de trabalho com exposição a material biológico.
• Acidentes com animais peçonhentos.
3. Os eventos de erro na administração de medicação e de reação medicamentosa devem ser inseridos em formulário eletrônico do Sistema da</td></tr>
</table>

Vigilância Sanitária chamado NOTIVISA.
4. Nos eventos de Acidentes de trabalho com exposição de material biológico e acidentes com animais peçonhentos, deve-se preencher formulário próprio do SINAN e encaminhar à Secretaria de Saúde do Município, para dar sequência a investigação do evento e inserção nos sistemas do Ministério da Saúde.
5. Arquivar cópia da notificação nos arquivos do setor de saúde**.**

NOTIVISA: é um sistema informatizado desenvolvido pela ANVISA para receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços regulamentados pela Vigilância Sanitária.

8 OBSERVAÇÃO:

- De acordo com a ANVISA, para acessar o NOTIVISA, é preciso se cadastrar de acordo com a categoria do notificante. Por exemplo, profissional liberal deve se cadastrar como Profissional de Saúde, mas se for um profissional vinculado a alguma instituição/empresa, deve ser providenciado o cadastro institucional em: https://www1.anvisa.gov.br/cadastramento/.
- Em caso de eventos a serem notificados no NOTIVISA, deve-se acessar o link: https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmLogin.asp
- Em casos de acidente de trabalho com material biológico, deve-se preencher o formulário do SINAN disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Biologico.pdf
- Em casos de acidentes com animais peçonhentos, deve-se preencher o formulário do SINAN disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AAP/Animais_Peconhentos_v5.pdf).

9 REFERÊNCIAS

GIOVANONI, A. **Protocolo de notificação de eventos adversos.** Disponível em: https://qualidadeparasaude.com.br/protocolo-de-notificacao-de-eventos-adversos/. Acesso em: 12 ago. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Como funciona o programa NOTIVISA?**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-a-operadoras-e-prestadores/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=1280&historico=22819495. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA).** Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes. Acesso em: 10 ago. 2020.

3. CATEGORIA 03: ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

3.1 POP 13: Assistência de enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em adultos

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 13 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) EM ADULTOS</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: Sequência de manobras e procedimentos destinados a reverter a Parada Cardiorrespiratória (PCR) e a manter a oxigenação e perfusão tecidual adequadas, garantindo a sobrevida do cliente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Promover reanimação cardiopulmonar utilizando manobras de suporte básico de vida, de forma rápida, eficiente e sistematizada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Recuperação da função cardiorrespiratória.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● EPIs (máscara, avental, gorro, óculos de proteção, luvas de procedimento)
● Bolsa-Válvula-Máscara (Ambú) ou máscara de bolso (pocket mask)
● Desfibrilador Externo Automático (DEA)</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Reconhecimento imediato da parada cardiorrespiratória e acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):

● Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o cliente em voz alta), se não responsivo, chame ajuda.
● Acionar imediatamente o SAMU e providenciar um DEA e equipamentos de emergência. Se não estiver sozinho é importante designar pessoas para que sejam responsáveis em realizar essas funções, enquanto continua o atendimento ao cliente.
● Posicionar o cliente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
● Cheque o pulso carotídeo e a respiração simultaneamente, observando se</td></tr>
</table>

há elevação do tórax do cliente e se há pulso, em até 10 segundos.

- Se o cliente não estiver respirando ou apresentar somente *gasping* e:
  Pulso presente: realizar abertura da via aérea e aplicar uma ventilação a cada 5 a 6 segundos, mantendo frequência de 10 a 12 ventilações por minuto. Cheque o pulso a cada 2 minutos.
  Pulso ausente: iniciar imediatamente a reanimação cardiopulmonar.

2. Reanimação cardiopulmonar imediata de alta qualidade
   - Inicie ciclos de trinta compressões e duas ventilações.
   - Para realização das compressões torácicas:

- Posicione-se ao lado do cliente e mantenha seus joelhos com certa distância um do outro, para que tenha melhor estabilidade.
- Afaste ou corte a roupa do cliente (se uma tesoura estiver disponível), para deixar o tórax desnudo.
- Coloque a região hipotenar de uma mão sobre a metade inferior do esterno do cliente e a outra mão sobre a primeira, entrelaçando-as.
- Estenda os braços e os mantenha cerca de 90º acima do cliente. Não flexione os cotovelos.
- Comprima na frequência de 100 a 120 compressões/minuto.
- Comprima com profundidade de, no mínimo, 5 cm (2 polegadas), evitando compressões com profundidade maior que 6 cm (2,4 polegadas).
- Permita o retorno completo do tórax após cada compressão, evitando apoiar-se no tórax do cliente.
- Minimize interrupções das compressões (não interromper as compressões por mais de 10 segundos). Considere obter uma fração de compressão torácica maior possível.
- Se houver mais de um socorrista, alterne as funções de compressão e ventilação a cada 2 minutos, a fim de manter a qualidade da RCP, evitar o cansaço e compressões de má qualidade.

Posicionamento para realização das compressões torácicas

- Ao término das 30 compressões realizar 2 ventilações de 1 segundo cada observando elevação do tórax. Atente-se para:
  - Independentemente da técnica utilizada para aplicar ventilações, é necessária a abertura de via aérea, que pode ser realizada com a manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo (se não houver suspeita de trauma) ou a manobra de elevação do ângulo da mandíbula (se houver suspeita de trauma).

Manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo - consiste em posicionar os dedos de uma das mãos do examinador sob o mento, que é suavemente tracionado para cima e para frente, enquanto o polegar da mesma mão deprime o lábio inferior, para abrir a boca; a outra mão do examinador é posicionada na região frontal para fixar a cabeça do cliente.

Manobra de elevação do ângulo da mandíbula - consiste na utilização das duas mãos do examinador, posicionando os dedos médios e indicadores no ângulo da mandíbula, projetando-a para frente, enquanto os polegares deprimem o lábio inferior, abrindo a boca. Mantenha sempre o pescoço em posição neutra, para evitar trauma secundário de coluna cervical.

- É indicado que o socorrista utilize mecanismos de barreira para realização das ventilações − por exemplo, máscara de bolso (pocket mask) ou Bolsa-Válvula-Máscara (BVM).
- O uso da BVM requer considerável prática e deve ser feito na presença de dois socorristas: um responsável pelas compressões e outro por aplicar as ventilações com o dispositivo. Se houver oxigênio suplementar, conecte-o à BVM assim que possível, de modo a oferecer maior porcentagem de oxigênio ao cliente.

3. Rápida desfibrilação, assim que o DEA estiver disponível
   - Ligue o DEA, apertando o botão on-off (alguns dispositivos ligam automaticamente ao abrir a tampa). Isso ativa os alertas verbais que orientam todas as etapas subsequentes.
   - Conecte as pás (eletrodos) ao tórax desnudo do cliente, observando o desenho contido nas próprias pás do posicionamento correto (selecionar pás do tamanho correto, adulto ou pediátrico, para o tamanho/idade do cliente). Remover o papel adesivo protetor das pás.

Posicionamento das pás anterolateral

- Encaixe o conector das pás (eletrodos) ao aparelho.
- Quando o DEA indicar “analisando o ritmo cardíaco, não toque no paciente”, solicitar para que todos se afastem.
- Se o choque for indicado, o DEA emitirá a frase: “choque recomendado, afaste-se do paciente”. O socorrista que estiver manuseando o DEA deve solicitar para que todos se afastem.
- Pressionar o botão indicado pelo aparelho para aplicar o choque, o que produzirá uma contração repentina dos músculos do cliente.
- A RCP deve ser iniciada pelas compressões torácicas e seguida pelas ventilações, imediatamente após o choque. A cada 2 minutos, o DEA analisa o ritmo novamente e pode indicar novo choque, se necessário. Se não indicar choque, deve-se reiniciar a RCP imediatamente, caso o cliente não retome a consciência.
- Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até: a chegada do SAMU, a chegada ao hospital ou o cliente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).
- Se o cliente retomar a consciência, o aparelho não deve ser desligado e as pás não devem ser removidas ou desconectadas até que o SAMU assuma o caso.
- Se não houver suspeita de trauma, e o cliente já apresentar respiração normal e pulso, o socorrista pode lateralizar o cliente, porém deve permanecer no local até que o SAMU chegue.
- Com a chegada do SAMU, realizar transferência conforme necessidade.

4. Serviços médicos básicos e avançados de emergências (SAMU).

5. Suporte avançado de vida e cuidados pós-PCR (ambiente hospitalar).

6. Registrar o cuidado prestado no atendimento no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Durante o momento de Pandemia do Novo Coronavírus deve ser avaliado com cautela o uso de máscaras de bolso (pocket mask) para a realização das ventilações, tendo em vista o risco maior de contaminação.
- Se o profissional estiver sozinho ou não possuir máscara de bolso ou Bolsa-Válvula-Máscara, ele pode realizar as compressões contínuas de 100 a 120 por minuto.
- Assim que o DEA estiver disponível, o socorrista estando sozinho deve parar a RCP para conectar o aparelho ao cliente. Porém, se houver mais de um socorrista, o segundo manuseia o DEA e, nesse caso, a RCP só é interrompida quando o DEA emitir um alerta verbal como: “analisando o ritmo cardíaco”, “não toque o paciente” e/ou “choque recomendado, carregando, afaste-se do paciente”.
- As situações a seguir exigem que o socorrista tenha cautela na colocação das pás ao usar um DEA:

  - Excesso de pelos no tórax: remover o excesso de pelos, somente da região onde são posicionadas as pás.

  -Tórax molhado: se o tórax do cliente estiver molhado, secar por completo.

  - Marca-passo ou Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI): se estiver na região onde é indicado o local para aplicação das pás, afaste-as ou opte por

outro posicionamento das pás (anteroposterior, por exemplo).
- Adesivos de medicamentos: remover o adesivo se estiver no local onde são aplicadas as pás do DEA; enxugue, se necessário.

- Atente-se para testar diariamente a funcionalidade adequada do DEA, seguindo as orientações de teste que estão especificadas no manual do equipamento disponibilizado pelo fabricante. Caso o equipamento apresente algum problema procurar assistência técnica autorizada o mais rápido possível.
- Se não tiver um DEA disponível, mantenha a realização da RCP até a chegada de uma equipe de emergência.

9 REFERÊNCIAS

BERNOCHE, C. *et a*l. Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2019. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 113, n. 3, p. 449-663, set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192**: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

4. CATEGORIA 04: ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

4.1 POP 14: Administração segura de medicação

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 14 ADMINISTRAÇÃOSEGURA DA MEDICAÇÃO</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: administração de medicamentos é um processo complexo, constituindo uma das responsabilidades mais importante da equipe de enfermagem, que deve basear-se em boas práticas para promover a segurança do cliente afim de evitar eventos adversos e garantir a eficácia do tratamento indicado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Implementar a prática de administração segura de medicamentos no intuito de prestar uma assistência à saúde dos clientes com qualidade, eficácia e segurança.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Preparar e administrar medicamentos de forma segura, evitando ou minimizando eventos adversos que possam comprometer a saúde e a vida do cliente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS: Conforme POP especifico para cada via de administração.</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
2. Utilizar luvas e outros EPIs se necessário.
3. Separar o material necessário.
4. Aplicar os 9 certos:
5. Cliente certo: Deve-se perguntar ao cliente seu nome completo e confirmar o nome que está na prescrição do medicamento.
6. Medicamento certo: Conferir o nome do medicamento, o aprazamento, a diluição e o tempo de infusão de acordo com a prescrição e se o cliente é alérgico ao medicamento.
7. Dose certa: Conferir a dose prescrita para cada medicamento.
8. Aspecto de medicação certa: Observar o aspecto da medicação (coloração, precipitação e violação da embalagem).</td></tr>
</table>

9. **Validade certa:** Conferir data de validade de cada medicação a ser administrada.
10. **Via certa:** Identificar e confirmar se a via de administração prescrita é tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
11. **Hora certa:** Preparar a medicação de modo a garantir que sua administração seja feita sempre no horário correto para garantir adequada resposta terapêutica. Atentar-se para os termos: ‘‘ACM’’ a critério médico, ‘‘SE NECESSÁRIO’’ e ‘‘AGORA’’ e quando prescritos deverão ser acompanhados da dose, posologia e condições de uso.
12. **Orientação certa:** Orientar e instruir o cliente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome, ação, etc.).
13. Desprezar o material utilizado em local apropriado.
14. Retirar Luvas.
15. Higienizar as mãos (POP 02) e anotar o procedimento no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Quando houver dúvidas, quanto ao tratamento e/ou reconhecimento da prescrição, orientar o cliente a voltar ao prescritor para o devido esclarecimento.
- Se o cliente relatar alergia, suspender a administração do medicamento e anotar no prontuário.
- Em caso de incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas realizar a notificação (POP 12).

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 08/2020**: Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de covid-19. Brasília, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde**: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?: orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Uso seguro de medicamentos**: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo, 2017. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/uso-seguro-medicamentos.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Administração segura de medicamentos depende dos 9 certos**. 2016. Disponível em:https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/administracao-segura-de-medicamentos-depende-dos-9-certos/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem**: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

4.2 POP 15: Via intravenosa

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL
PADRÃO
POP 15
VIA INTRAVENOSA</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de
Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: Administração por via intravenosa é a que permite administrar pequenos e grandes volumes de medicamentos na corrente sanguínea por meio de um acesso superficial ou profundo inserido na veia.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS:
● Administrar medicamentos quando se quer um efeito rápido, lento e contínuo.
● Controle rigoroso da dose e/ou volume a ser infundido.
● Restaurar e/ou manter o equilíbrio hidroeletrolítico.
● Administrar medicamentos, especialmente substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual se disseminando por outras vias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica rápida.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição do medicamento
● Bandeja
● Medicamento prescrito e diluente do medicamento
● Luvas de procedimento
● Agulha 40x12 ou 30x8 mm para preparo da medicação
● Seringa descartável de 10 a 20 ml, ou conforme volume a ser infundido
● Algodão, gaze estéril e álcool a 70%
● Garrote
● Etiqueta para identificar o medicamento (se necessário)
● Equipo micro ou macrogotas (se necessário)
Dispositivo de infusão intravenoso adequado para quantidade e velocidade da</td></tr>
</table>

infusão

- Esparadrapo, micropore e curativo transparente (se disponível)

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Posicionar o cliente adequadamente expondo a área a ser puncionada.
7. Higienizar as mãos (POP 02).
8. Selecionar a área ser administrada a medicação - braço, antebraço (prega do cotovelo) e dorso das mãos.
9. Calçar as luvas de procedimento.
10. Garrotear o membro a ser puncionado.
11. Realizar antissepsia local com álcool antisséptico a 70%, gaze estéril ou algodão, de forma ampla de baixo para cima.

PUNÇÃO COM CATETER INTRAVENOSO RÍGIDO (SCALP):

- Segurar o scalp de modo que as duas abas fiquem juntas certificando-se de que o bisel esteja voltado para cima;
- Perfurar a pele e observar o refluxo sanguíneo, ausência de edema e hematoma;
- Liberar o garrote;
- Conectar o extensor no dispositivo e injetar solução salina para verificar a permeabilidade do vaso;
- Administrar a medicação prescrita;
- Injetar novamente a solução salina.

12. Retirar o dispositivo em movimento único.
13. Fazer pressão com algodão contra o local da aplicação (não massagear), logo após ocluir com curativo disponível.
14. Reposicionar o cliente confortavelmente.
15. Desprezar os resíduos em local próprio. Se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar.
16. Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
17. Retirar as luvas.
18. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
19. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Optar inicialmente se possível pela punção das extremidades, evitando proximidade as articulações.

- Após a entrada da medicação na corrente sanguínea, ela começa a agir imediatamente, não havendo maneira de interromper sua ação.
- Fique atento às possíveis reações durante a administração de medicamentos EV, tais como reações pirogênicas, anafiláticas ou outras queixas do cliente.

9 REFERÊNCIAS

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO RIBEIRA. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: UNISEPE, 2017. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem**: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSERH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90. Acesso em: 22 jul. 2020.

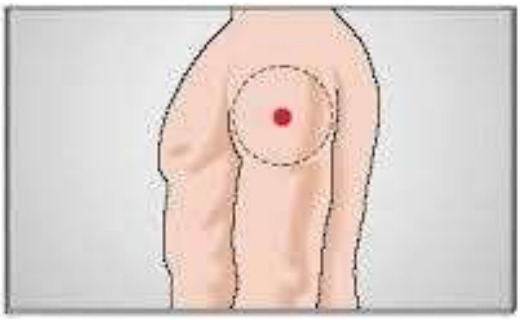
4.3 POP 16: Via intramuscular

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 16
VIA INTRAMUSCULAR</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a aplicação de medicamento profundamente no tecido muscular. Esta via de administração fornece uma ação sistêmica rápida e absorção de doses relativamente grandes (até 5 ml em locais adequados).</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS:
● Administrar medicamentos irritantes ao trato digestivo ou ao tecido subcutâneo.
● Promover uma absorção mais rápida do que pelas vias enteral e subcutânea.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição
● Bandeja
● Medicamento prescrito e diluente do medicamento
● Luvas de procedimento
● Agulha 40x12 ou 30x8 mm para preparo da medicação
● Agulha para administrar a medicação 25x7 mm, 25x8 mm ou 30x7/8 mm
● Seringa descartável de 1 a 5 ml e agulha
● Algodão, gaze estéril e álcool a 70%</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.</td></tr>
</table>

6. Posicionar o cliente adequadamente expondo a área a ser puncionada
7. Higienizar as mãos (POP).
8. Escolher o local de aplicação.

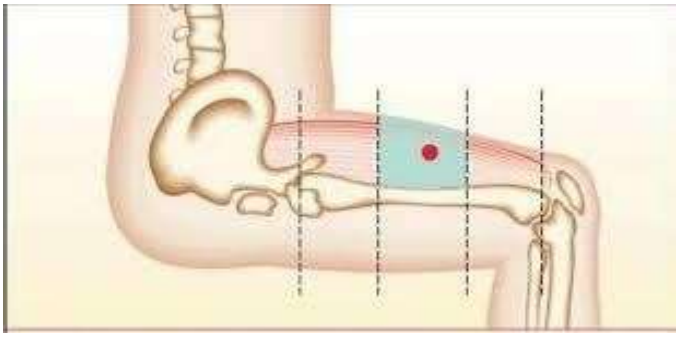
MUSCÚLO DELTOIDE

- Posicionar o cliente de forma adequada expondo a área a ser puncionada, preferencialmente sentado, com antebraço flexionado, expondo completamente o braço e o ombro.
- Face lateral do braço aproximadamente 4 dedos abaixo do ombro, no centro do musculo deltoide.
- Volume máximo 2 ml.



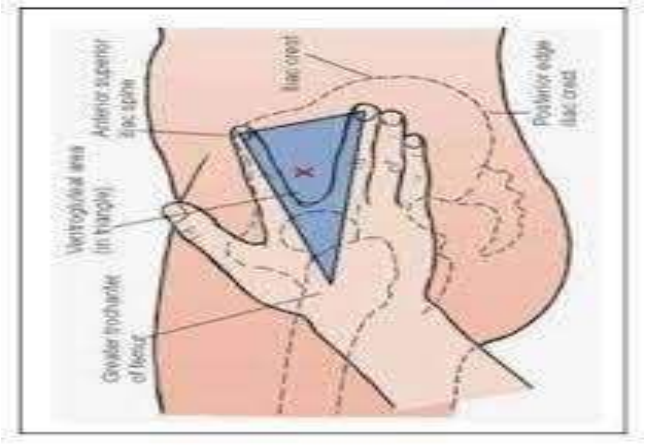
VASTO LATERAL DA COXA

- Dividir a coxa lateralmente em três partes, tomando como referência o trocânter maior e a articulação do joelho. Aplicar no centro do terço médio.
- Posicionar o cliente sentado com a perna fletida, ou deitado em decúbito dorsal, com as pernas distendidas.
- Volume máximo 4 ml.



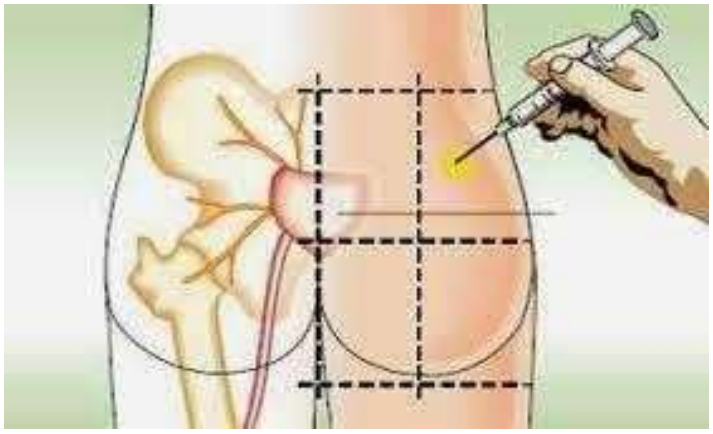
REGIÃO VENTRO GLÚTEO OU HOCHSTETTER

- Posicionar o cliente em decúbito lateral ventral, lateral ou de pé.
- Colocar a mão não dominante no quadril do cliente, espalmando a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur, localizando a espinha ilíaca ântero-superior, formando um triangulo invertido em “V”. Aplicar no triângulo formado, ou seja, entre os dedos.
- Volume máximo 5 ml.



REGIÃO GLÚTEA DORSAL

- Posicionar o cliente adequadamente, em decúbito lateral ventral, lateral ou de pé, expondo a área que será puncionada, preferencialmente na posição ventral, braços ao longo do corpo e os pés virados para dentro.
- Dividir o glúteo em quatro partes e aplicar no quadrante superior externo.
- Volume máximo 5 ml.



TÉCNICA INTRAMUSCULAR DE INJEÇÃO EM Z

- O método em Z é usado para aplicar drogas irritantes para a pele e para os tecidos como o subcutâneo.
- Deve-se deslocar a pele lateralmente puxando-a para fora do local da injeção; a seguir, mantendo a pele esticada, inserir a agulha na musculatura em ângulo de 90ºc até a profundidade desejada.
- Puxar lentamente o êmbolo para verificar se a agulha penetrou em algum vaso sanguíneo. Caso não apareça sangue, a solução é lentamente injetada.
- Após injetar o medicamento, aguardar 10 segundos para permitir que a medicação se disperse.
- A seguir, retirar a agulha e permitir que a pele esticada volte a sua posição normal, evitando assim, que o medicamento escape do tecido muscular para o subcutâneo.
- Nunca massageie o local após a realização desta técnica, pois pode aparecer irritação ou o medicamento migrar para o tecido subcutâneo.

9 Calçar as luvas de procedimento.
10 Realizar a antissepsia na região delimitada da pele com o algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos únicos, com a mão dominante e esperar secar espontaneamente.
11 Segurar o algodão com os dedos mínimo e anular da mão não dominante.
12 Segurar a seringa, horizontalmente, com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante.
13 Distender a pele com o dedo polegar e o indicador da mão dominante e pinçar o músculo.
14 Introduzir a agulha com o bisel lateralizado no músculo com movimento firme e suave, em ângulo de 90º ou menos em relação a pele, com a mão dominante.
15 Soltar o músculo.
16 Tracionar o êmbolo com a mão dominante e observar se há retorno sanguíneo.
17 Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo com a mão dominante.
18 Aguardar de 3 a 5 segundos e retirar a seringa com movimento rápido e firme.
19 Acionar o dispositivo de segurança da agulha.
20 Comprimir levemente o local da aplicação com o algodão que estava na mão não dominante, sem massagear, até a completa hemostasia.
21 Reposicionar o cliente confortavelmente.
22 Desprezar os resíduos em local próprio. Se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar.
23 Recolher o material mantendo o local limpo e organizado.
24 Retirar as luvas.
25 Higienizar as mãos (POP 02).
26 Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Injeções de mais de 2 ml não deve ser aplicado no deltoide.
- Volume máximo para injeção IM é de 5 ml. Volume acima de 5 ml, fracionar e aplicar em locais diferentes.
- Estabelecer rodízio nos locais de aplicação de injeções.
- Na seleção do local deve-se considerar a distância em relação a vasos e nervos importantes, musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento, espessura do tecido adiposo, idade do cliente, irritabilidade da droga e atividade laboral do cliente.
- O músculo deltoide é contraindicado em clientes com complicações vasculares dos membros superiores, com parestesia ou paralisia dos braços, e mulheres que sofreram mastectomia.
- Ao aspirar e visualizar sangue na agulha é recomendado o descarte de todo o conjunto (seringa, agulha, medicamento).

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem**: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

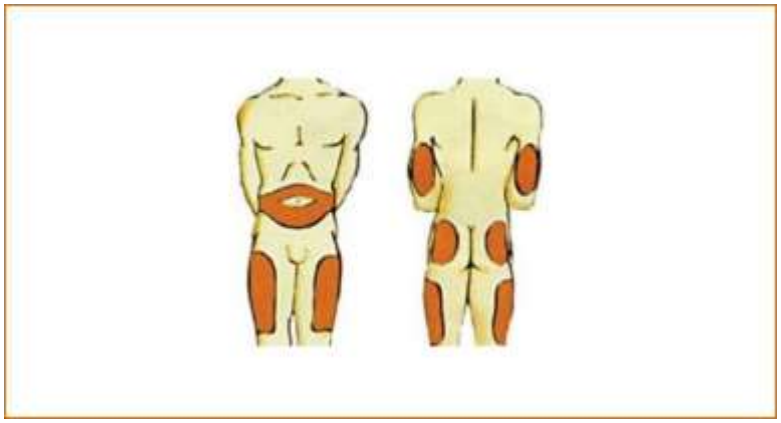
TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/. Acesso em: 23 jul. 2020.

4.4 POP 17: Via subcutânea

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL
PADRÃO
POP 17
VIA SUBCUTÂNEA</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de
Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento no tecido subcutâneo ou hipoderme e possui uma absorção lenta, através dos capilares, de forma contínua e segura. É utilizada para administração de vacinas, anticoagulantes como heparina e também para insulina. Essa via é apropriada para a administração de soluções não irritantes, e que necessitam ser absorvidas lentamente, assegurando uma ação contínua.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS: Promover lenta absorção da medicação, através dos capilares, de forma contínua e segura.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição
● Bandeja
● Medicamento prescrito e diluente do medicamento
● Luvas de procedimento
● Agulha descartável 25x7, 25x8 ou 38x7/8 para preparo
● Agulha fixa 13x4,5mm para aplicação
● Seringa descartável de 1ml
● Algodão, gaze estéril e álcool a 70%</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1 Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2 Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3 Preparar o material necessário.
4 Verificar os nove certos (POP 14).</td></tr>
</table>

5 Reunir o material na bandeja.
6 Posicionar o cliente adequadamente expondo a área a ser puncionada.
7 Higienizar as mãos (POP 02).
8 Escolher o local de aplicação.

LOCAIS RECOMENDADO PARA APLICAÇÃO



9 Calçar as luvas de procedimento.
10 Fazer a antissepsia do local da aplicação com álcool a 70% ou água e sabão em caso de imunização.
11 Pinçar com os dedos a pele do local de administração.
12 Introduzir a agulha com o bisel lateralizado no tecido subcutâneo com movimento único em um ângulo de 90º graus.
13 Aspirar suavemente o êmbolo com a mão livre e observar a presença de sangue. Caso houver, retirar a seringa com agulha e reiniciar o procedimento.
14 Injetar lentamente o medicamento.
15 Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido.
16 Aplicar leve compressão ao local com gaze.
17 Reposicionar o cliente confortavelmente.
18 Desprezar os resíduos em local próprio. Se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar.
19 Retirar a luva de procedimento.
20 Higienizar as mãos (POP 02).
21 Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na aplicação da heparina subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar (puxar êmbolo) antes de injetar a medicação.
- Realizar rodízio dos locais de aplicação.
- Sempre usar seringas e agulhas próprias para injeções subcutâneas.
- Aplicar injeção seguindo as instruções do laboratório e as orientações específicas.
- Administrar um volume máximo entre 0,5 ml e 1,5 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de

medicamento).

- A medicação subcutânea não deve ser administrada em áreas do corpo com cicatrizes, inflamações, hérnias, feridas cirúrgicas ou feridas de pele (escoriações).

9 REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Câmara Técnica. **Parecer COREN-SP 010/2018**: ementa técnica de administração de injeção/vacina por via subcutânea. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/10-18.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/. Acesso em: 23 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSERH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90. Acesso em: 22 jul. 2020.

4.5 POP 18: Via intradérmica

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 18
POR VIA INTRADERMICA</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento por punção na derme. Sendo utilizada para administração de vacinas, e como auxiliares em testes diagnósticos e de sensibilidade.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS: Diagnosticar reações de hipersensibilidade (provas de PPD para TB), sensibilidade de algumas alergias, dessensibilização e vacina.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição
● Bandeja
● Medicamento prescrito e diluente do medicamento
● Luvas de procedimento
● Agulha descartável 25 x7 ou 25x8 para preparo
● Agulha descartável de ponta fixa 13x 4,5 mm
● Seringa descartável de 1ml
● Água e sabão e gaze estéril</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Posicionar o cliente adequadamente expondo a área a ser puncionada.
7. Higienizar as mãos (POP 02).</td></tr>
</table>

8. Escolher o local para aplicação do medicamento adequado (teste de sensibilidade, face interna do antebraço e região escapular) sempre observando as condições da pele do cliente.
9. Calçar as luvas de procedimento.
10. Higienizar o local de aplicação com água e sabão.
11. Esticar a pele com a mão não dominante, usando o indicador e o polegar
12. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima (com angulação de 10º a 15º graus) com a mão dominante, não realizar aspiração.
13. Injetar o líquido, que não deve ultrapassar 0,5ml, empurrando lentamente e suavemente o êmbolo verificando a formação de pápula (elevação na pele).
14. Retirar a agulha na mesma angulação de entrada na pele.
15. Aplicar leve compressão ao local com gaze, não massagear.
16. Reposicionar o cliente confortavelmente.
17. Desprezar os resíduos em local próprio. Se a agulha não tiver dispositivo de segurança, não reencapar.
18. Retirar a luva de procedimento e higienizar as mãos (POP 02).
19. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Administrar um volume máximo entre 0,1 a 0,5 ml (a Derme é uma via de absorção muito lenta, restrita para pequenos volumes de medicamentos).
- Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isto pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos.
- Realizar a aplicação longe de áreas hiperemiadas, com cicatrizes, inflamações, herniações, feridas operatórias ou escoriações.
- Usar sempre seringas e agulhas apropriadas e descartáveis.

9 REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem**: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/. Acesso em: 01 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSERH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90. Acesso em: 22 jul. 2020.

4.6 POP 19: Via oral

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL
PADRÃO
POP 19
VIA ORAL</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de
Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento pela cavidade bucal/oral para ser digerido no trato gastrintestinal. É considerado um método seguro, de baixo custo e os medicamentos possuem diversas apresentações, como: comprimidos, pílulas, drágeas, pós, capsulas, pastilhas, soluções e geleias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS: Promover terapêutica medicamentosa pela via mais fisiológica, por meio da mucosa gástrica ou intestinal e consequente absorção pela corrente sanguínea.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição
● Bandeja
● Copo descartável pequeno para medicação
● Copo descartável médio com água
● Medicamento prescrito
● Luvas de procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Posicionar o cliente adequadamente na posição sentada.
7. Higienizar as mãos (POP 02).
8. Calçar as luvas de procedimento.
9. Abrir o envoltório do medicamento e colocar no copo de acordo com a</td></tr>
</table>

apresentação.

10. Oriente o cliente a colocar o medicamento na boca, ofereça água para ajudar na deglutição do comprimido.
11. Se o comprimido for mastigável, oriente o cliente a mastigá-lo completamente antes de deglutir.
12. Desprezar os resíduos em local próprio.
13. Retirar a luva de procedimento.
14. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
15. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na administração de medicamentos ácidos ou que contenham ferro para evitar lesão ou tingimento dos dentes, forneça-os por meio de um canudo.
- Medicamentos de sabor desagradável quando fornecidos por canudos diminui o contato com as papilas gustativas, melhorando o sabor.
- Os comprimidos sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos. Sem a divisão não tem como garantir uma medida exata.
- Na administração de soluções pode ser usado a equivalência de medidas como as que seguem: 1 colher de sopa = 15 ml, 1 colher de sobremesa = 10ml, 1 colher de chá = 5ml, 1 colher de café = 3ml, 1 ml = 20 gotas, 1 gota = 3 microgotas.
- Ingerir mais de um medicamento ao mesmo tempo para sintomatologia diferente pode ocorrer interação medicamentosa.
- Alguns medicamentos não podem ser triturados, pois perdem a eficácia, caso haja necessidade de macerar, consulte o profissional prescritor ou leia as instruções contidas na bula.

9 REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/. Acesso em: 02 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSERH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90. Acesso em: 02 ago. 2020.

4.7 POP 20: Via sublingual

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 20 **VIA SUBLINGUAL**	Versão	1.0
		Data de Aprovação	
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS			

1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento colocando-o sob a língua para ser absorvido pela corrente sanguínea. É considerado um método seguro e de baixo custo.

2 OBJETIVOS:

- Promover terapêutica medicamentosa pela via mais fisiológica, por meio da mucosa oral e consequente absorção pela corrente sanguínea.
- Obter maior rapidez na absorção do medicamento em comparação com a via oral.

3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.

4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.

5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem

6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Prescrição
- Bandeja
- Espátula de madeira
- Copo descartável pequeno para medicação
- Copo descartável médio com água
- Medicamento prescrito
- Luvas de procedimento

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Posicionar o cliente adequadamente na posição sentada.

7. Higienizar as mãos (POP 02).
8. Calçar a luva de procedimento.
9. Abrir o envoltório do medicamento e colocar no copo.
10. Oferecer a medicação posicionando em baixo da língua com a espátula.
11. Orientar o cliente a fechar a boca, não mastigar a medicação e aguardar a total absorção.
12. Reposicionar o cliente confortavelmente.
13. Desprezar os resíduos em local próprio.
14. Retirar a luva de procedimento.
15. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
16. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Não ingerir mais de um medicamento ao mesmo tempo para sintomatologia diferente, pois pode ocorrer interação medicamentosa.
- Evitar ingesta de líquidos e/ou alimentos durante absorção da medicação.
- Nem todo medicamento via oral pode ser administrado via sublingual.

9 REFERÊNCIAS

AME: Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem**: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Procedimento Operacionais Padrão – POPs.** 2020. Disponível em**:** http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/procedimentos-operacionais-padrao-pops/-/asset_publisher/8HalyM5oWh3m/content/id/4049710/2019-04-enfermagem>. Acesso em: 03 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSERH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90. Acesso em: 22 jul. 2020.

4.8 POP 21: Via nasal

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 21
POR VIA NASAL</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>2 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento diretamente na cavidade nasal para obtenção de efeito local (descongestionante nasal ou medicamento para asma) ou sistêmico (anestesia inalatória). Podem ser instilados em forma de gotas, spray ou aerossol.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS: Administrar medicamentos por via nasal para auxilio no tratamento de doença inflamatória e/ou infecciosa das vias aéreas ou para absorção sistêmica.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição
● Bandeja
● Gazes
● Medicamento prescrito
● Conta gotas
● Gaze ou lenço de papel
● Luvas de procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Posicionar o cliente adequadamente.
7. Higienizar as mãos (POP 02).
8. Calçar as luvas de procedimento.</td></tr>
</table>

9. Abrir o frasco de medicação ou aspirar o conteúdo necessário no conta gotas.
10. Segurar o frasco ou conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste.
11. Colocar o cliente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás.
12. Levantar suavemente a ponta do nariz com a mão não dominante, para abrir bem a narina.
13. Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal.
14. Limpar o excesso de medicamento com gaze.
15. Solicitar ao cliente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal.
16. Reposicionar o cliente confortavelmente.
17. Desprezar os resíduos em local próprio.
18. Retirar as luvas de procedimento.
19. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
20. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Realizar higiene nasal antes da instilação da medicação, se necessário.
- A instilação de medicamentos por via nasal está contraindicada em clientes com: obstruções nasais, traumatismos, epistaxe, rinorragia ou rinorreia, cirurgias de vias respiratórias superiores e no pós-operatório imediato.

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/. Acesso em: 04 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Procedimento Operacionais Padrão (POPs).** 2020. Disponível em**:** http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/procedimentos-operacionais-padrao-pops/-/asset_publisher/8HalyM5oWh3m/content/id/4049710/2019-04-enfermagem>. Acesso em: 03 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSERH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90. Acesso em: 04 ago. 2020.

4.9 POP 22: Via ocular

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL
PADRÃO
POP 22
VIA OCULAR</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de
Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento por via ocular sob a forma de colírio/pomada para fins diagnóstico ou terapêutico.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS: Aplicar antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios ou lubrificante na região dos olhos.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

● Prescrição
● Bandeja
● Gazes
● Medicamento prescrito
● Luvas de procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Posicionar o cliente adequadamente em decúbito dorsal ou sentado.
7. Higienizar as mãos (POP 02).
8. Calçar a luva de procedimento.
9. Orientar o cliente a inclinar a cabeça para trás e para o lado do olho afetado, se for o caso.
10. Aplicar o medicamento.
COLÍRIO
● Abrir o frasco, sem contaminar a sua parte superior.
● Orientar o cliente a olhar para cima e para o lado externo.
● Puxar a pálpebra com a mão não dominante, instilar as gotas prescritas numa distância de 1 a 2 cm.</td></tr>
</table>

- Liberar a pálpebra e solicitar ao cliente que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras.
- Repetir os passos no outro olho (se prescrito).
- Remover o excesso da medicação no canto externo do olho, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.
- Solicitar ao cliente que permaneça com os olhos fechados por 3 minutos.

POMADA OFTÁLMICA

- Abrir a bisnaga do medicamento, sem contaminar a ponta.
- Orientar o cliente a olhar para cima.
- Puxar a pálpebra inferior com a mão não dominante.
- Aplicar uma pequena quantidade de pomada ao longo da borda do saco conjuntival, a partir da comissura palpebral interna.
- Liberar a pálpebra e solicitar ao cliente que feche os olhos delicadamente, sem apertar as pálpebras.
- Solicitar que o cliente movimente os olhos em círculos com as pálpebras fechadas.
- Repetir os passos no outro olho (se prescrito).
- Remover o excesso da medicação no canto externo do olho, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.

11 Reposicionar o cliente confortavelmente.
12 Desprezar os resíduos em local próprio.
13 Retirar as luvas de procedimento.
14 Realizar a higienização das mãos (POP 02).
15 Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Não encostar a ponta do frasco no olho do cliente.
- No caso de o cliente ter que utilizar colírio e pomada no mesmo tratamento, administrar primeiro o colírio e, após 5 minutos, a pomada. Nunca inverter a ordem, uma vez que a pomada adere à superfície ocular, promovendo uma barreira que impedirá o contato do colírio com a área que dever ser tratada.

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

TOCANTIS. **Manual de normas, rotinas e protocolo de enfermagem do Estado do Tocantins**. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/486386/. Acesso em: 04 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. **Procedimento operacional padrão:** divisão de enfermagem/2019: versão 1.0. Florianópolis: EBSERH, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4874247/Vers%C3%A3o+Final+E-BOOK+%2811-02%29+%282%29.pdf/dcca1581-864b-4278-bf00-dc28d50d6c90. Acesso em: 05 ago. 2020.

4.10 POP 23: Via auricular

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL
PADRÃO
POP 23
VIA AURICULAR</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a administração de medicamento por via auricular ou otológica, (canal do ouvido), para tratamento de infecções, inflamações, remover cerume e/ou aliviar dor.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS: Tratar inflamações e infecções, amolecer cerume para posterior remoção e produzir anestesia local.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição
● Bandeja
● Gazes
● Medicamento prescrito
● Luvas de procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Higienizar as mãos (POP 02).
7. Calçar as luvas de procedimento.
8. Colocar o cliente sentado ou deitado com cabeça lateralizada de acordo com o ouvido onde será instilada a medicação, se for ambos, aplicar em um ouvido e depois no outro.</td></tr>
</table>

9. Abrir o frasco, sem contaminar a sua parte superior.
10. Fazer higiene se necessário.
11. Segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxar suavemente o lobo para cima e para fora (em clientes adultos).
12. Administrar a medicação conforme prescrição médica, segurando o conta-gotas a 1cm acima do canal auditivo sem tocar o frasco no cliente.
13. Pedir ao cliente que permaneça em decúbito lateral por 3 a 5 minutos.
14. Repetir o procedimento no lado contrário, se prescrito.
15. Remover o excesso da medicação, se houver, utilizando gazes ou lenços descartáveis.
16. Reposicionar o cliente confortavelmente.
17. Desprezar os resíduos em local próprio.
18. Retirar as luvas de procedimento.
19. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
20. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Não encostar a ponta do frasco no canal auditivo do cliente.

9 REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**. Curitiba, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Procedimento Operacionais Padrão (POPs).** 2020. Disponível em**:** http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/procedimentos-operacionais-padrao-pops/-/asset_publisher/8HalyM5oWh3m/content/id/4049710/2019-04-enfermagem>. Acesso em: 06 ago. 2020.

4.11 POP 24: Administração e mistura de insulinas

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 24 ADMINISTRAÇÃOE MISTURA DE INSULINAS</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É o ato de misturar duas medicações (insulinas) na mesma seringa para administração por via subcutânea visando melhora do tratamento com ações complementares, numa mesma aplicação.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVOS:
● Diminuir o número de aplicações injetáveis.
● Proporcionar um nível glicêmico melhor do que se usado apenas um tipo de insulina.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição
● Bandeja
● Gazes ou algodão
● Álcool a 70%
● Seringa de 1 ml com ponta fixa
● Medicamento prescrito
● Luvas de procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Preparar o material necessário.
4. Verificar os nove certos (POP 14).
5. Reunir o material na bandeja.
6. Higienizar as mãos (POP 02).
7. Calçar as luvas de procedimento.</td></tr>
</table>

8. Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%.
9. 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.
10. Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH.
11. Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina REGULAR no frasco de insulina REGULAR ou ultrarrápida e retirar a dose.
12. 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;
13. Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo as recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo (POP 17).
14. Reposicionar o cliente confortavelmente.
15. Desprezar os resíduos em local próprio.
16. Retirar as luvas de procedimento.
17. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
18. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na administração da insulina regular concomitante à NPH, deve-se aspirar primeiro a regular.
- Observar a coloração, consistência e aspecto das medicações.
- As preparações misturadas de insulinas em seringas devem ser administradas imediatamente após o preparo não sendo possível o armazenamento em seringas para posterior aplicação.
- Não há exigência para que a mistura da insulina seja realizada por um profissional de saúde.
- A mistura de insulinas pode ser feita pelo próprio cliente ou cuidador. Contudo a orientação e certificação da compreensão do procedimento pelo usuário e/ou cuidador é responsabilidade da equipe de saúde.

9 REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA
Parecer COREN/SC Nº 003/CT/2016. 2016. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Parecer-T%C3%A9cnico-003-2016-CT-ABS-Mistura-de-Insulina.pdf. Acesso: em 06 ago. 2020.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem**: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

4.12 POP 25: Terapia de Reidratação Oral (TRO)

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 25 TERAPIA DE REIDRATAÇÃOORAL (TRO)</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É um tipo de reposição fluida usado para prevenir e tratar desidratação, especialmente devido à diarreia. Inclui beber água com quantidades modestas de açúcar e sais, especificamente sódio e potássio. Pode ser realizado em serviços de saúde e no ambiente domiciliar.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Repor água e eletrólitos por via oral, para corrigir desequilíbrio hidroeletrolítico em situações de perdas de grandes volumes de líquidos em curto espaço de tempo.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Prescrição
● Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO
● Água filtrada ou fervida (fria)
● Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa)
● Copo descartável
● Sal e açúcar
● Colheres de medidas (chá e sopa)</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente e/ou familiar sobre o procedimento realizado.
2. Lavar as mãos com água e sabão (POP 01).
3. Verificar os nove certos (POP 14).
4. Preparar o material necessário.
5. Diluir em 1 um litro de água filtrada ou fervida o conteúdo do envelope de SRO ou adicionar uma colher pequena tipo chá de sal e uma colher</td></tr>
</table>

grande de sopa de açúcar e misturar bem.

6. Ofertar ao cliente 1 copo no mínimo - 300 ml após perdas, ou conforme aceitação.
7. Desprezar os resíduos em local próprio.
8. Retirar as luvas de procedimento.
9. Realizar a higienização das mãos (POP 02).
10. Checar e registrar o procedimento realizado no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Para preparo de soro caseiro 1000 ml de agua (1 litro), acrescentar uma colher pequena (tipo chá 3,5 g) de sal e uma colher grande (tipo sopa 20g) de açúcar.

9 REFERÊNCIAS

PINHEIRO, P. **Soro caseiro**: como fazer e para que serve. 2020. Disponível em:< https://www.mdsaude.com/pediatria/soro-caseiro/. Acesso em: 25 jul. 2020.

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem**: atenção básica. 2. ed. São Paulo: SMS, 2015.

4.13 POP 26: Conservação de pomada, gel, creme e soro fisiológico após abertura

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 26 CONSERVAÇÃO DE POMADA, GEL,CREME E SORO FISIOLÓGICO
APÓS ABERTURA</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: O prazo de validade é considerado quando o produto está em sua embalagem primária e lacrado. Após a abertura, o medicamento passa a ter uma data limite para uso, ou prazo de uso, que poderá variar de horas, dias a meses, dependendo do fármaco, processo de manipulação, da embalagem, das condições ambientais e de armazenamento.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Orientar o procedimento de armazenamento e estabilidade dos medicamentos em embalagens multidoses.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Implementar técnica padronizada, afim de evitar ou minimizar erros, obtendo uma resposta farmacológica adequada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
● Caneta
● Etiqueta
● Espátula
● Álcool a 70%
● Gaze</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÂO DO PROCEDIMENTO:
1. Identificar frascos e bisnagas, depois de abertos, com etiqueta contendo datas de abertura e de validade do medicamento e nome do profissional responsável.
2. Manter o frasco bem fechado.
3. Conservar na embalagem original.
4. Caso o produto venha em tubo, espremer pequena quantidade na gaze para aplicar.</td></tr>
</table>

5. Se o produto estiver armazenado em pote, utilizar uma espátula para retirar a quantidade necessária.
6. Após aplicar o medicamento na lesão, não voltar a encostar a gaze ou espátula na boca do tubo ou do pote para não o contaminar.
7. A embalagem deve ser mantida higienizada, com a retirada dos resíduos do produto na tampa e na rosca.
8. Nunca usar os dedos para retirar produtos do tubo ou pote.
9. Manter o frasco multidose em áreas restritas de modo a centralizar o manuseio.
10. Observar o prazo de validade estipulado pelo fabricante.

8 OBSERVAÇÃO:

- Álcool gel: validade indicada pelo fabricante.
- Demais antissépticos e desinfetantes em frasco original: 30 dias.
- Os tubos e frascos devem ser abertos e manipulados com técnica asséptica.
- Friccionar álcool a 70% por 30 segundos no local de abertura.
- Não expor ao sol ou calor.

9 REFERÊNCIAS

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. Hospital Regional Norte. Recomendações de conservação e validade de medicamentos multidoses após abertura. **Boletim ISGH**, n. 02, dez. 2016. Disponível em: https://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/ISGH/BOLETINS/ISGH_FARMACIA_BOLETIM_02_030519.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas **Prazo de validade de medicamentos, anti-sépticos, desinfetantes e leite "após abertura".** Paraná: EBSERH, 2017. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1948338/2326889/6-_tabela_de_prazo_de_validade_de_medicamentos_anti-septicos_desinfetantes_e_leite_apos_abertura_-_2017%5B1%5D.pdf/3f49b0bc-9c02-4764-861e-1725d0e7952c. Acesso em: 27 jul. 2020.

5 CATEGORIA 05: INTEGRIDADE FÍSICA, CUTÂNEA E DA MUCOSA

5.1 POP 27: Realização de curativo em lesão na pele

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 27 CURATIVO EM LESÃO NA PELE</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma lesão na pele.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Realizar a técnica adequada de limpeza da lesão de maneira que favoreça o processo de cicatrização da pele e prevenção de contaminação ou infecção.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Rápida cicatrização da lesão e conforto para o cliente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Equipamento de proteção individual (gorro, luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril)
• Pacote com gaze estéril
• Bandeja
• Soro fisiológico a 0,9%
• Pacote de curativo
• Agulha 40x12
• Álcool 70%
• Recipiente para descarte de lixo infectante
• Cobertura adequada (quando necessário)</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Informar o procedimento ao cliente.
2. Posicionar adequadamente o cliente.
3. Higienizar as mãos (POP 01).
4. Reunir todo o material em uma bandeja.
5. Colocar a bandeja com os materiais em uma mesa de apoio.</td></tr>
</table>

6. Colocar o descarte de lixo infectante próximo ao cliente.
7. Expor apenas a região na qual será realizado o curativo.
8. Paramentar-se com os EPIs.
9. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica.
10. Abrir o pacote com gazes estéril em quantidade suficiente.
11. Fazer desinfecção do frasco de soro fisiológico 0,9%, com álcool a 70%.
12. Abrir o lacre de soro fisiológico a 0,9% com agulha 40x12.
13. Com o uso do soro fisiológico 0,9% irrigar o curativo aderido à pele.
14. Remover o curativo e desprezá-lo no lixo infectante.
15. Descartar as luvas contaminadas ao término desse procedimento.
16. Calçar novas luvas de procedimento ou luvas estéreis (quando necessário).
17. Montar uma "trouxinha de gazes", utilizando a pinça cirúrgica e umedecê-las com soro fisiológico 0,9%.
18. Limpar a ferida em sentido único, do meio menos contaminado para o mais contaminado, trocando a "trouxinha de gazes" quantas vezes for necessário.
19. Secar a borda da ferida.
20. Descartar as "trouxinhas com sujidades" em lixo infectante.
21. Aplicar cobertura (quando necessário) de acordo com o tecido da ferida.
22. Ocluir a lesão com gazes estéreis e fixar o curativo com fita adesiva hipoalergênica ou ataduras.
23. Recolher o material.
24. Retirar os EPIs.
25. Recompor a unidade e o cliente.
26. Colocar o cliente em posição confortável e segura.
27. Destinar adequadamente os materiais.
28. Higienizar as mãos (POP 01).
29. Realizar as anotações de enfermagem (técnica do curativo, localização, características da ferida).

Curativo de incisão cirúrgica limpa e fechada

O curativo deve ser realizado com soro fisiológico e mantido fechado nas primeiras 24 horas após a cirurgia, passado este período a incisão cirúrgica deve ser exposta e lavada com água e sabão e seca com toalhas limpas e secas. Se houver secreção (sangue ou seroma) manter curativo semi-oclusivo na seguinte técnica:

a) Limpar a incisão principal, utilizando as duas faces das gazes, sem voltar ao início da incisão;

b) Trocar as gazes e limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica após ter feito a limpeza da incisão principal;

c) Trocar as gazes e secar a incisão cirúrgica;

d) Ocluir com cobertura indicada.

Curativo de feridas com tecido de granulação

Característica: apresenta a formação de um tecido novo, com coloração vermelha, brilhante e de aspecto granuloso.

Na presença do tecido de granulação, utilizar equipo adaptado diretamente no frasco do soro fisiológico ou jato obtido por pressão manual do frasco com agulha de grosso calibre (40x12 ou 25x8).

O soro fisiológico 0,9% para limpeza deve ser preferencialmente aquecido à temperatura corpórea em torno de 37°C, para evitar o resfriamento da ferida, tendo em vista que esse grau constante de temperatura estimula a mitose celular durante a granulação e a reepitelização.

Curativo de feridas com tecido desvitalizado

Característica: apresenta exsudato fibroso geralmente de cor amarelada, tecido amolecido e/ou desvitalizado, podendo estar colonizada, o que favorece a desenvolvimento de infecções.

Na limpeza utilizar frasco de 500 ml de soro fisiológico 0,9% morno em jato com ponteira para irrigação, devendo ser suficiente até a retirada dos tecidos desvitalizados.

Se necessário, remover os tecidos desvitalizados, utilizando desbridamento com instrumento de corte (apenas enfermeiros/médicos podem realizar o desbridamento mecânico) ou remoção mecânica com gaze embebida em soro fisiológico 0,9%.

Curativo de feridas abertas contaminadas e/ou infectadas

Característica: apresenta secreção purulenta, tecido necrosado ou desvitalizado. O curativo deve ser mantido limpo e oclusivo, o número de trocas está diretamente relacionado à quantidade de drenagem, devendo ser trocada a cobertura secundária sempre que houver excesso de exsudato para evitar colonização e maceração das bordas ou conforme prescrição.

a) Iniciar a limpeza da ferida da área menos contaminada para a área mais contaminada;

b) Se necessário, remover os tecidos desvitalizados, utilizando desbridamento com instrumento de corte (apenas enfermeiros/médicos podem realizar o desbridamento mecânico) ou remoção mecânica com gaze embebida em Soro fisiológico 0,9%.

Aplicação de solução e/ou oclusão com a cobertura

a) Aplicar a solução prescrita e/ou cobertura adequada a cada tipo de lesão;

b) Fixar o curativo com esparadrapo/fita adesiva microporosa de acordo com a necessidade e disponibilidade;

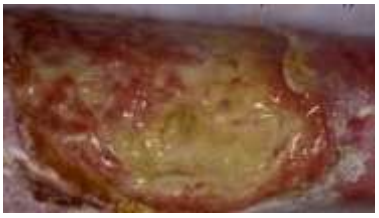
c) Nos casos de utilização de ataduras, enrolar a lesão no sentido da circulação

venosa (distal para proximal), tendo o cuidado de não comprimir em demasia;

d) Identificar o curativo com o tipo de cobertura utilizada, data e nome de quem realizou o procedimento;

e) Orientar o cliente quanto aos cuidados com o curativo, sinais/sintomas de complicações e retorno para avaliação.

Tipos de Tecidos

TIPO DE TECIDO	CARACTERÍSTICAS	FIGURA ILUSTRATIVA
Granulação	Tecido viável de coloração avermelhada ou rósea, composto por vasos e fibroblastos, comumente brilhante.	
Necrose de Liquefação (esfacelo)	Tecido de coloração amarela ou branca, consistência macia e delgada. Pode estar solto ou aderido ao leito da lesão.	
Necrose de Coagulação	Tecido de cor cinza, preta ou marrom, com consistência dura e seca. Pode estar solto ou aderido ao leito da lesão.	

Coberturas

COBERTURAS	AÇÃO	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO
Placa de hidrocolóide: - Tem duas camadas: uma externa de filme	- Estimula a angiogênese por hipóxia no leito da ferida, absorve exsudato, mantém a umidade e a	- Indicado em feridas com baixa a moderada exsudação, com ou sem	- É incompatível com produtos à base de óleo, petrolato.

ou espuma de poliuretano, flexível, impermeável, outra interna, composta de partículas hidroativas à base de carboximetilcelulose, gelatina e pectina ou ambas.	temperatura em torno de 37º, favorece o desbridamento autolítico e alivia a dor por manter as terminações nervosas protegidas, úmidas e aquecidas as terminações nervosas.	tecido necrótico, queimaduras de 2º grau, áreas doadoras de enxertos de pele.	
Alginato de Cálcio	- Promove hemostasia, absorve exsudato, mantém a umidade, auxilia a angiogênese e o debridamento autolítico.	- Promove hemostasia, absorve exsudato, mantém a umidade, auxilia a angiogênese e o debridamento autolítico.	- Feridas exsudativas, com ou sem tecido necrótico.
Carvão ativado com prata	- Bactericida, favorece desbridamento autolítico, mantém umidade e temperatura adequada, elimina odores desagradáveis.	- Feridas com moderada a intensa exsudação, com ou sem infecção, com ou sem tecido necrótico, feridas cavitárias.	- Reações de hipersensibilidade aos componentes do produto, feridas pouco exsudativas, sangramentos, exposição óssea, tendinosa e de feixes vásculo-nervosos, queimaduras.
Filme transparente	- É impermeável à água, permeável à gás e vapor. Permite a vaporização do exsudato, mantém o meio úmido, protege contra agressões externas. Permite monitorar a evolução da ferida sem	- Proteção de áreas de risco em clientes potencialmente candidatos a desenvolver úlceras por pressão,	- Feridas exsudativas, infectadas, presença de fístulas, pele perilesional friável.

	necessidade de expô-la.	úlceras por pressão grau I ou epitelizadas, feridas com pouco exsudato, queimaduras de 2º grau superficial, áreas doadoras de enxerto de pele, incisões cirúrgicas, fixação de cateteres.	
Hidrogel amorfo	- Mantém a umidade e auxilia o desbridamento autolítico.	- Manter a umidade do leito da ferida.	- Feridas excessivamente exsudativas.
Papaína	- Estimula a proliferação celular, desbridamento químico, bacteriostático,bactericida, antiinflamatório.	- 2% em granulação. - Acima de 2% tecido necrótico.	- Sensibilidade aos componentes do produto; - Clientes alérgicos a látex não devem utilizar papaína.
AGE - ácidos graxos essenciais	- Provoca quimiotaxia e angiogênese, mantém o meio úmido e acelera a granulação.	- Em granulação, bordas e periferias.	- Hipersensibilidade
Colagenase	Desbridamento enzimático	Desbridamento em tecidos necróticos.	- Clientes sensíveis às enzimas da fórmula.

8 OBSERVAÇÃO:

- Na limpeza utilizar soro fisiológico 0,9% morno em jato, frasco de 500ml com ponteiras para irrigação deve ser suficiente até a retirada dos debris, crostas e do exsudato presente no leito da ferida.
- Se não for possível usar o soro fisiológico, por causa de reação alérgica aos seus componentes, pode-se substituí-lo por solução de ringer simples, que tem composição eletrolítica isotônica semelhante a do

plasma sanguíneo.

- Remover o curativo anterior com luvas de procedimento.
- Umedecer curativo a ser removido se estiver aderido com soro fisiológico 0,9 % morno (exceto feridas hemorrágicas ou queimaduras).
- Não é recomendável abrir e trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em que troca de ferida contaminada.
- Se houver mais de uma ferida, iniciar pela ferida de aspecto menos contaminada.
- Caso apresente alterações, solicitar avaliação do enfermeiro ou médico.
- Usar curativo/cobertura que mantenha o leito da ferida úmido.
- Usar o julgamento clínico para selecionar o tipo de curativo que irá manter a ferida úmida.
- Escolha um curativo que controle exsudato. O exsudato excessivo pode atrasar a cicatrização da ferida.
- Evite empacotar demais a ferida, pois o empacotamento exagerado pode aumentar a pressão e causar danos adicionais à ferida.
- A irrigação auxilia na remoção de tecidos desvitalizados, reduzindo a carga bacteriana, promovendo a limpeza e melhorando a visualização do leito da ferida. Não é recomendável secar o leito da lesão após a irrigação. Secar apenas a área perilesional. A irrigação deve ser realizada em todas as trocas de curativos.
- A irrigação é realizada com a inserção de agulha 40x12 em frasco de soro fisiológico 0,9%. A pressão exercida pelo jato da solução salina apoia na limpeza sem lesionar o leito da ferida. Indica-se o uso de solução fisiológica, preferencialmente aquecida, para não resfriar o leito da ferida (vasoconstrição).
- O soro fisiológico 0,9 % do frasco utilizado para a limpeza da lesão não deverá ser reutilizado, visando reduzir a contaminação cruzada.
- A área perilesional deve manter-se intacta e hidratada. A preservação das bordas da ferida, evitando a maceração, é importante dentro do processo cicatricial.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.** Brasília, 2017.

BRASÍLIA (DF). Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde**: guia de enfermagem da atenção primária à saúde. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/ENFERMAGEM-1-Protocolo_Final_Parte_1.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

CALIRI, M. H. L. **Feridas crônicas**: diretrizes para tratamento. Ribeirão Preto, SP, 2020. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridascronicas/diretriz_tratamento.html. Acesso em: 12 ago. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. **Feridas complexas e estomias aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa, PB, 2016. Disponível em: http://www.corenpb.gov.br/wp-

content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Caso complexo Ilha das Flores**: fundamentação teórica: feridas. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_casos_complexos/unidade08/unidade08_FT_feridas.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Telessaúde. **Telecondutas**: lesão por pressão. Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_lesaopressao.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

5.2 POP 28: Retirada de pontos

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL
PADRÃO
POP 28 RETIRADA DEPONTO</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É o procedimento que consiste na remoção dos fios cirúrgicos de maneira asséptica.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Remover fios cirúrgicos de uma sutura cicatrizada sem lesionar o tecido recém-formado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Remoção de fios cirúrgicos e cicatrização de lesão de pele.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Equipamento de proteção individual (gorro, luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril)
• Gaze estéril
• Frasco de soro fisiológico a 0,9%
• Agulha 40x12
• Álcool a 70%
• Tesoura de Íris ou lâmina de bisturi
• Luvas de procedimento
• Descarte de lixo infectante</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Orientar o cliente sobre o procedimento.
2. Higienizar as mãos (POP 01).
3. Calçar luvas de procedimento.
4. Expor a região da retirada dos pontos.
5. Solicitar avaliação do enfermeiro ou médico caso a incisão apresente sinais de complicações.
6. Umedecer a gaze com soro fisiológico 0,9% ou solução antisséptica disponível promovendo a antissepsia da área menos contaminada para a mais contaminada.
7. Verificar a cicatrização tecidual, presença de secreção e deiscência.
8. Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura ou lâmina de bisturi,</td></tr>
</table>

em um dos lados junto ao nó.
9. Realizar retirada dos pontos alternadamente.
10. Proceder à retirada total no caso de não haver alterações.
11. Observar se todos os pontos saíram por inteiro.
12. Colocar os pontos, já retirados, sobre uma gaze e desprezá-los em recipiente para descarte.
13. Fazer leve compressão no local com gaze seca.
14. Desprezar o material utilizado em local apropriado.
15. Retirar luvas de procedimento.
16. Higienizar as mãos (POP 01).
17. Checar o procedimento e registrar as anotações de enfermagem no prontuário do cliente.

8 OBSERVAÇÃO: Não há observação.

9 REFERÊNCIA

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE ALAGOAS. **Parecer técnico nº 009/2019 COREN-AL**. Alagoas, 2019. Disponível em: http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/PARECER-T%C3%89CNICO-N%C2%BA-009_2019-PAD-N.pdf**.** Acesso em: 14 ago. 2020.

5.3 POP 29: Aplicação de compressas frias

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 29 APLICAÇÃO DE COMPRESSAS FRIAS</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: Aplicação local de frio em camadas superficiais da pele por meio do uso de bolsa térmica fria ou compressas úmidas.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO:
• Reduzir a temperatura corporal
• Promover anestesia local superficial
• Evitar/reduzir a formação de hematomas e de edemas, imediatamente após contusões
• Reduzir sangramentos superficiais pela vasoconstrição
• Aliviar a dor
• Desacelerar o processo inflamatório.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Redução da dor, do sangramento, da temperatura corporal e proporcionar conforto e bem-estar para cliente após aplicação de compressa fria.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Bolsa de térmica fria ou água gelada ou gelo.
• Toalha limpa
• Compressas
• Luvas de procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Posicionar adequadamente o cliente para o procedimento.
4. Calçar as luvas de procedimentos.
5. Avaliar as condições da pele no local de aplicação da bolsa térmica.
6. Colocar gelo ou água gelada na bolsa sem ultrapassar 2/3 da sua capacidade.
7. Retirar todo o ar da bolsa.
8. Fechar firmemente.
9. Verificar se não há vazamento.
10. Proteger a bolsa com tecido (toalha, etc.).
11. Aplicar na região desejada.</td></tr>
</table>

12. Verificar após alguns minutos se a região não apresenta intercorrências.
13. Retirar a bolsa após o aquecimento ou após o tempo da terapêutica de 20 minutos.
14. Retirar as luvas de procedimentos.
15. Manter a organização da unidade.
16. Esvaziar a bolsa térmica.
17. Realizar a desinfecção da bolsa térmica com álcool à 70% e pendurá-la com o gargalo para baixo até secar.
18. Higienizar as mãos (POP 01), checar e anotar o procedimento no prontuário.

8 OBSERVAÇÃO:

- Quando necessário a redução da temperatura corporal, aplicar compressas frias preferencialmente nas regiões fronto-temporal, axilar e inguinal bilateral procedendo a troca do local de aplicação a cada 20 minutos.
- Bolsa térmica com gel pode ser usada (nesses casos não há necessidade de preencher bolsa com água gelada ou gelo, apenas colocar bolsa térmica com gel no congelador para resfriá-la; a higienização da bolsa com gel é feita com álcool a 70%).
- Compressas úmidas frias podem ser utilizadas para substituir a bolsa térmica fria.
- Devido ao risco de necrose tecidual, não realizar aplicações frias demoradas;
- Vigiar frequentemente as condições da pele no local das aplicações;
- Em clientes hipertensos o uso da crioterapia deve ser cauteloso, devendo a pressão arterial ser aferida antes e após a aplicação, pois o frio pode causar um aumento transitório da pressão sistólica e diastólica.
- Evitar a aplicação de frio diretamente sobre uma ferida durante as 2 ou 3 semanas iniciais (reduzem a circulação do sangue e a cicatrização).
- Evitar o uso da crioterapia em áreas anestesiadas ou com hipoestesia como áreas denervadas ou com neuropatias.
- Evitar o contato direto do frio sobre os olhos e sobre o trajeto de alguns nervos periféricos como o ulnar, no cotovelo e o fibular próximo ao joelho.
- O uso da crioterapia é contraindicado em clientes com insuficiência cardíaca aguda ou crônica, clientes com alterações vasomotoras periféricas, como alcoólatras e diabéticos.

9 REFERÊNCIAS

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO RIBEIRA. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: UNISEPE, 2017. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

VIANA, D. F. M. **Crioterapia:** história, efeitos fisiológicos e a eficácia das suas técnicas: uma revisão de literatura. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Universidade Federal do Paraná. Setor Litoral. Matinhos, PR, 2015. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/42147/Daiane%20Fabiula%20de%20Melo%20Viana.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 ago. 2020.

5.4 POP 30: Aplicação de compressas quentes

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
POP 30
APLICAÇÃO DE COMPRESSA QUENTE</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É um tratamento feito pela aplicação de calor.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Favorecer vasodilatação, proporcionar aquecimento e aliviar a dor e espasmo local além de dar conforto ao cliente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Alívio da dor e inflamação, além de conforto e bem-estar para o cliente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Bandeja
• Bolsa térmica
• Água quente
• Tecido para cobrir a bolsa (Toalha ou compressa)
• Luvas de procedimento</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento.
3. Posicionar adequadamente o cliente para o procedimento.
4. Calçar as luvas de procedimentos.
5. Avaliar as condições da pele no local de aplicação da bolsa térmica.
6. Colocar a água quente na bolsa sem enchê-la totalmente (1/3 a 2/3).
7. Retirar todo o ar da bolsa.
8. Fechar firmemente.
9. Verificar se não há vazamento.
10. Testar o calor da bolsa em seu próprio braço.
11. Envolver a bolsa com toalha ou compressa.
12. Aplicar na região a ser aquecida.
13. Retirar a bolsa após o esfriamento ou após o tempo da terapêutica.
14. Retirar as luvas de procedimento.
15. Manter a organização da unidade.</td></tr>
</table>

16. Esvaziar a bolsa térmica.
17. Realizar a desinfecção da bolsa térmica com álcool à 70% e pendurá-la com o gargalo para baixo até secar.
18. Higienizar as mãos (POP 01).
19. Checar e anotar o procedimento no prontuário.

8 OBSERVAÇÃO:

- Não é recomendável aplicação de calor em clientes com patologias vasculares (exemplo: isquemia).
- Bolsa térmica com gel pode ser usada (nesses casos não há necessidade de preencher a bolsa com água quente, apenas seguir as recomendações de aquecimento de acordo com o fabricante; a higienização da bolsa com gel é feita com álcool a 70%).
- Não aplicar a bolsa diretamente sobre a pele para não causar queimaduras.
- O calor direto deve ser aplicado com cautela em clientes que apresentem comprometimento de sensibilidade, diabéticos e inconscientes; Deve-se ter cautela com as áreas que apresentam maior sensibilidade como tecido cicatricial e estomas.
- Retirar a bolsa em caso de vermelhidão excessiva, maceração, palidez ou se o cliente relatar desconforto ou forem observados sinais de queimadura.

9 REFERÊNCIA

FACULDADES INTEGRADAS DO VALE DO RIBEIRA. **Manual de procedimentos básicos de enfermagem**. São Paulo: UNISEPE, 2017. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

6 CATEGORIA 06: ELIMINAÇÃO

6.1 POP 31: Cateterização vesical de alívio

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL PADRÃO
POP 31 CATETERIZAÇÃO VESICAL DE ALÍVIO</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda na uretra a fim de drenar a urina da bexiga sendo removida após atingir sua finalidade.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Remover a urina acumulada.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Esvaziamento da bexiga.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Enfermeiro</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos campi.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Equipamento de proteção individual (gorro, luvas de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril)
• Luva estéril
• Luva de procedimento
• Antisséptico adequado para sondagem vesical
• Xilocaína gel estéril
• Sonda vesical de alívio em calibre adequado para idade
• Pacote de cateterismo estéril (campo fenestrado, gaze estéril, cuba redonda)
• Cuba rim</td></tr>
<tr><td colspan="4">7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
1. Higienizar as mãos (POP 01).
2. Reunir o material e levar até o cliente.
3. Explicar o procedimento ao cliente.
4. Calçar luvas de procedimento.
5. Posicionar o cliente do sexo masculino em decúbito dorsal, (se mulher com as pernas flexionadas e afastadas, em posição ginecológica).</td></tr>
</table>

6. Visualizar o meato uretral.
7. Retirar as luvas de procedimento.
8. Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível.
9. Abrir pacote de cateterismo, calçar luva estéril, dispor solução antisséptica em cuba redonda, montar trouxinhas de gazes.
10. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral.
11. Realizar a antissepsia do órgão genital e de toda região perineal conforme a técnica com o antisséptico adequado.
12. Lubrificar com xilocaína gel a sonda vesical de alívio.
13. Introduzir sonda em meato uretral.
14. Desprezar urina em cuba rim, quando a cuba estiver cheia, desprezar a urina no frasco graduado, clampeando a sonda com os dedos, repetindo quantas vezes for necessário.
15. Retirar a sonda quando parar de drenar urina, clampeando-a com a ponta de um dos dedos e puxando-a, liberando a urina restante no interior da sonda para dentro da cuba rim.
16. Remover o antisséptico da pele do cliente com auxílio de uma compressa úmida, secando em seguida.
17. Higienizar as mãos (POP 01).
18. Auxiliar o cliente a vestir-se, deixando-a confortável.
19. Verificar o volume drenado.
20. Recolher o material, providenciando o descarte adequado.
21. Higienizar as mãos (POP 01).
22. Registrar o procedimento atentando para as características e volume urinário.

8 OBSERVAÇÃO: Não há observação

9 REFERÊNCIAS

FONSECA, L. M. M; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. (Orgs.). **Aprender para cuidar em enfermagem**: situações específicas de aprendizagem. Ribeirão Preto, SP: USP/EERP, 2015. Disponível em: http://www.eerp.usp.br/ebooks/aprenderparacuidar/pdf/6Cateterismo.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Serviço de Enfermagem em Saúde Pública. **Manual de orientações**: cateterismo vesical intermitente. Porto Alegre, 2020. (Educação em Saúde, v. 35). Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-sua-saude/educacao-em-saude/send/2-educacao-em-saude/59-pes035-cateterismo-vesica.l. Acesso em: 12 ago. 2020.

7 CATEGORIA 07: OXIGENAÇÃO/ RESPIRAÇÃO

7.1 POP 32: Administração de oxigênio por cateter nasal / máscara facial

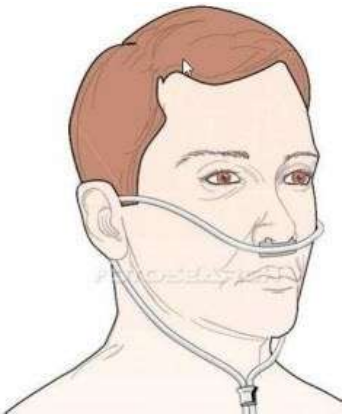
<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">PROCEDIMENTOOPERACIONAL
PADRÃO
POP 32
ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER NASAL / MÁSCARA FACIAL</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: Consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia, aplicada tanto em situações clínicas agudas quanto crônicas.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Fornecer concentração adicional de oxigênio para facilitar adequada oxigenação tecidual.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Melhora do padrão de respiração e saturação de oxigênio no sangue.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de enfermagem</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:
• Bandeja
• Cateter nasal simples ou tipo óculos ou máscara facial
• Fluxômetro de O2
• Umidificador
• Frasco de água destilada 250 ml
• Conexão de látex
• Conector da macro nebulização
• Fonte de oxigênio
• Almotolia com álcool a 70%
• Oxímetro
• Luvas de procedimento
• Esparadrapo
• Lubrificante hidrossolúvel</td></tr>
</table>

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Ler a prescrição do cliente e orientá-lo.
2. Posicionar adequadamente o cliente para o procedimento em posição de Fowler ou sentado.
3. Realizar higienização das mãos com água e sabão.
4. Separar uma bandeja para o procedimento.
5. Separar os materiais para o procedimento, colocando-os na bandeja.
6. Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo e conectar ao fluxômetro na fonte de O2.

Cateter tipo óculos

7. Conectar o fluxômetro ao látex e este ao cateter.
8. Calçar as luvas.
9. Introduzir as pontas da cânula nas narinas do cliente e ajustar acima e atrás de cada orelha e abaixo da região mentoniana.



10. Abrir a saída de O_2 e regular o fluxômetro conforme prescrição médica.
11. Higienizar as mãos.

Máscara Facial

12. Conectar o circuito de macro nebulização a máscara.
13. Calçar as luvas.
14. Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na face do cliente.

15. Abrir a saída de O_2 e regular o fluxômetro de acordo com o volume de O2 prescrito.
16. Higienizar as mãos.

Pós - Execução

17. Avaliar as condições gerais do cliente e verificar saturação de O_2 com oxímetro e perfusão periférica, periodicamente.
18. Atentar aos sinais e/ou sintomas de hipóxia (cianose de extremidades, retração de fúrcula esternal intercostal, alteração do nível de consciência) e sensação de melhora da dispneia.
19. Desprezar e realizar desinfecção dos materiais utilizados em locais apropriados após o término do procedimento.
20. Higienizar as mãos.
21. Realizar higienização da bandeja com álcool a 70%.
22. Checar prescrição médica e realizar anotação de enfermagem.

8 OBSERVAÇÃO:

- Observar se o dispositivo de liberação de oxigênio está permeável, sem dobras.

09 REFERÊNCIAS

CORTEZ, R. **Oxigenoterapia no paciente, como fazer?**. Disponível em: https://enfermagempiaui.com.br/category/procedimentos/. Acesso em: 11 ago. 2020.

LUZ, S. **Oxigenoterapia por cateter nasal ou máscara**. 2009. Disponível em: https://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?id=214. Acesso em: 24 jul. 2020.

PRAZERES, L. **Entendendo sobre oxigenoterapia!**: definições e tipos! Disponível em: https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/04/26/oxigenoterapia/. Acesso em: 11 ago. 2020.

RODRIGUES, F. C.; SIMÕES, M. **Padronização da aplicação da oxigenoterapia no HC-UFMT**. Minas Gerais: UFMT, 2015. Disponível em:

http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Padroniza%C3%A7%C3%A3o+do+uso+da+oxigenoterapia/6e21880e-cb12-4ee6-acda-f751c894e913. Acesso em: 24 jul. 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Pedro Ernesto. **Procedimento Operacional Padrão:** POP CDC nº 013: administração de oxigênio: cateter nasal e máscara de oxigênio. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. Unidade de Reabilitação. **Procedimento operacional padrão:** POP/Unidade de reabilitação/019/2015: oxigenoterapia hospitalar em adultos e idosos. Minas Gerais: EBSERH, 2020. Disponível em: Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+19+Oxigenoterapia+hospitalar+aprovado.pdf/ccd04e6e-2aa9-4f59-a8a3-ac7b3eb14f30. Acesso em: 30 jul. 2020.

ANEXO II – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N°50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estabelecimentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050, acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobilidade e equipamento urbano.

Boa parte dos fluxos de pronto atendimento são determinados pelos acessos à unidade, assim a adequação dos fluxos deverá ser realizado em razão do planejamento do número e da localização dos diferentes acessos necessários ao funcionamento de um pronto atendimento.

O acesso ao Atendimento Imediato (Urgência e Emergência) é feito de forma a separar os pacientes que dão entrada na unidade, daqueles que chegam em ambulância.

A setorização da UPA será norteado pelas seguintes atribuições:

1. Atendimento Imediato
2. Apoio Diagnóstico e Terapia
3. Apoio Técnico
4. Apoio Administrativo
5. Apoio Logístico

Sabemos que cada uma dessas atribuições desenvolvem-se em uma ou mais unidades funcionais do pronto atendimento e, mais especificamente, nos diferentes ambientes que as constituem.

A distribuição espacial das unidades funcionais e de seus respectivos ambientes, isto é, as posições relativas que ocupam na edificação de pronto atendimentos devem ser estudadas levando-se em consideração, principalmente, a adequação dos fluxos que delas se originam ou que para elas se dirigem.

Deste modo, haverá o acolhimento (Sala de Classificação de Risco) onde o enfermeiro presta o primeiro atendimento, realizando anamnese, sinais vitais e classificando conforme nível de prioridade, por cor, após a classificação, se não for emergência, aguardam na sala de espera da recepção.

A classificação de risco é uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência, que visa avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

No âmbito da equipe de enfermagem, o **Enfermeiro** é o único profissional da equipe que pode atuar no processo de classificação de risco e priorização da assistência à saúde, desde que tenha a devida qualificação, conforme citado anteriormente. Ou seja, a classificação de risco é uma atividade PRIVATIVA do Enfermeiro.

O protocolo MANCHESTER prevê que o tempo de chegada do paciente ao serviço até a classificação de risco seja menor que dez minutos, e que os tempos alvos para a primeira avaliação médica sejam cumpridos de acordo com a gravidade clínica do doente. Será baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente.

O método não propõe estabelecer diagnóstico médico e por si só não garante o bom funcionamento do serviço de urgência. Este sistema pretende assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do doente, além de ser uma ferramenta importante para o manejo seguro dos fluxos dos pacientes quando a demanda excede a capacidade de resposta.

O paciente faz uma queixa, descreve o sintoma apresentado, por exemplo, “dor abdominal”, o enfermeiro segue o fluxograma DOR ABDOMINAL, disponível no protocolo de Manchester. Cada fluxograma contém discriminadores que orientarão a coleta e análise de informações para a definição de prioridade clínica do paciente.

De acordo com as respostas apresentadas na aplicação do protocolo, o fluxograma leva a um resultado e o paciente é classificado em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome e cor alvo para a observação médica inicial.

Haverá a caracterização do espaço por cores, para maior clareza e facilidade na compreensão das áreas e seus usos quando as cores escolhidas fazem alguma referência ao sistema adotado na classificação de risco.

As cores estarão como detalhes em faixas, piso, parede do ambiente, contribuindo também para a sinalização;

Para estabelecer-se os fluxos operacionais de circulação dos usuários, preliminarmente, faz-se necessário a realização do acolhimento com Classificação de Risco como guia orientador para a atenção e gestão na urgência, outros modos de estar, ocupar e trabalhar se expressarão nesse lugar e solicitarão arranjos espaciais singulares, com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho.

Ao dar entrada na urgência o paciente deverá se dirigir à unidade de acolhimento, onde será realizada a primeira avaliação de classificação e risco e preenchido a ficha de atendimento, com quatro possíveis encaminhamentos:

(i) **Área Vermelha** – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após estabilização estes pacientes serão encaminhados para área amarela.

(ii) **Área Amarela** – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada, tempo de espera de até 1 hora.

(iii) **Área Verde** – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou

internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda, tempo de espera de até 2 horas.

(iv) **Área Azul** – atendimento médico em até 4 horas.

Destino do paciente:

1. Liberação com prescrição e orientação.
2. Observação – necessidade de permanência na unidade até 24 horas - leitos disponíveis na unidade de emergência/urgência.
3. Transferência, por indicação médica, para serviço de contrarreferência.

O fluxo operacional de circulação proposto norteará além do atendimento preliminar, inerente ao acolhimento com a classificação de risco, as seguintes características:

a) Paciente Externo: São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia e que não se encontram em regime de internação.

A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações brancas, reservadas aos funcionários e pacientes internados.

b) Paciente Interno: São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

c) Acompanhantes: São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade de pronto atendimento, inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos (alojamento conjunto).

d) Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, auxiliares, etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade.

A circulação de funcionários pode, por vezes, ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, ser permitida em toda a unidade. Na maioria dos casos a circulação dos funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

ANEXO III – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As emergências serão admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência), mediante acionamento da campainha de emergência.

Esta campainha é acionada pelo segurança do portão de entrada quando identifica a chegada de ambulância ou carro cujo ocupante (motorista) diz tratar-se de emergência.

Ao soar a campainha de emergência no corredor interno da UPA (dois toques consecutivos), médicos e enfermagem se direcionam à porta para receberem o paciente a critério de emergência.

Se for descartada a emergência, paciente será direcionado, conforme níveis da triagem, exceto se a família apresentar alto nível de ansiedade.

Quando a campainha soar somente uma vez (um toque) a enfermagem se direciona para a porta para receber o paciente e certificar-se que realmente não se trata de emergência.

Nesta situação, o paciente é encaminhado para a triagem e a classificação da triagem e mantida.

Consideram-se os pacientes na situação de emergência aqueles em risco iminente de morte, perda de órgão ou função que serão atendidos imediatamente pela equipe médica e de enfermagem, na sala de emergência onde é realizado procedimentos invasivos ou não para o bem-estar do paciente (passagem de cateteres centrais, marcapasso transcutâneo, etc.), bem como:

• Afogamentos.
• Amputações traumáticas.
• Arritmia cardíaca de alta ou baixa frequência com instabilidade hemodinâmica. • Choque.
• Crise convulsiva.
• Ferimento aberto no tórax, abdome ou crânio.
• Infarto agudo do miocárdio.
• Insuficiência respiratória aguda.
• Intoxicações exógenas.

• Parada cardiorrespiratória.
• Politraumatismo.
• Queimaduras de segundo (dependendo da extensão e localização) e terceiro grau.
• Sepse.
• Trabalho de parto de emergência (atendimento à mãe e ao recém-nascido).
• Traumatismo toracoabdominal fechado com repercussão hemodinâmica.
• e outras causas com alteração hemodinâmica.

Já os pacientes considerados como urgência são aqueles que estão em situação clínica que não oferece os riscos da emergência, mas que necessitam de procedimento médico precoce que serão atendidos nos consultórios, salas de procedimentos e sala de emergência:

• Cardioversão.
• Confusão mental súbita associada ou não a TCE.
• Corpo estranho em VAS.
• Crise de pânico ou ansiedade.
• Crise hipertensiva.
• Dor severa aguda de qualquer origem.
• Emergências psiquiátricas.
• Gestantes (com dor, hiperemeses, sangramentos).
• Pós-convulsivo.
• Queimaduras de primeiro e segundo grau (dependendo da extensão e localização.
• Temperatura entre 39 e 40º C.
• Trauma moderado e leve (fraturas com desvio, deformidade óssea, perda de substância, TCE).
• Urgência do paciente/família.
• Vômito e/ou diarréia persistente.

Para o atendimento de moléstias infectocontagiosas com transmissão aérea, a UPA deverá dispor de um leito para isolamento físico, em que o paciente permanece até o término de seu atendimento.

Pacientes admitidos na triagem com suspeita de moléstia transmissível, mesmo que

estáveis, são conduzidos como urgência para viabilizar o isolamento até que se afaste o risco ou confirme diagnóstico.

CLASSIFICAÇÃO DE TRIAGEM:

EMERGÊNCIA - situação em que há risco de morte eminente.

A condição requer atendimento médico imediato, nas seguintes situações:

- PCR.
- Choque.
- Falência Respiratória.
- Trabalho de parto expulsivo.
- Ferimento aberto no tórax, abdômen ou crânio.
- Traumatismo toracoabdominal fechado com repercussão hemodinâmica.
- Queimaduras extensas (> 50% da área corpórea).
- Crise convulsiva.
- Trauma de pescoço (coluna).
- Qualquer situação com alteração hemodinâmica.
- Arritmias cardíacas com instabilidade hemodinâmica.
- Sepse.
- Amputações traumáticas.
- Afogamento.
- Eletrocussão

URGÊNCIA - situação em que não há risco de morte imediato. A condição requer atendimento médico em até 15 minutos, podendo evoluir para emergência, se não avaliado em tempo hábil.

A condição requer atendimento médico imediato, nas seguintes situações:

- Pós-convulsivo
- Fratura exposta sem alteração hemodinâmica.

- Trauma moderado ou leve (com desvio ou deformidade óssea, com perda de substância).
- Intoxicação exógena.
- Dor de qualquer origem score > ou = 7.
- Gestante com perdas vaginais (sangramento ou líquido amniótico).
- Temperatura > ou = 39,5º (axilar) ou 40ºC (timpânico) com antecedentes de convulsão.
- Deficit neurológico Agudo (alteração motora ou fala ou desvio de rima).
- TCE com amnésia lacunar + vômito + perda de consciência.
- Pânico e ansiedade (em crise).
- Corpo estranho em VAS sem alteração do padrão respiratório.
- Vômitos incoercíveis.
- FC < 40 ou > 150.
- Potencial falência respiratória - Saturação entre 85% e 90%.
- PA diastólica > ou = 12.
- Glicemia capilar < 60 ou > 250 mg/dl.
- Prurido intenso + erupção + edema de início súbito e progressivo.
- Emergências Psiquiátricas.
- Urgência do paciente ou familiar.

ANEXO V – POP SEGURANÇA DO PACIENTE E CONTROLE DE INFECÇÃO

CATEGORIA 01: SEGURANÇA DO CLIENTE E CONTROLE DE INFECÇÃO

1.1 POP 01: Higienização simples das mãos

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
(POP) 01
HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS</td><td>Versão</td><td>1.0</td></tr>
<tr><td>Data de Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>VALIDADE</td><td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprovado por:</td></tr>
<tr><td>03 ANOS</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">1 DEFINIÇÃO: É a medida individual mais simples, rápida, econômica, eficaz e importante para prevenir a propagação das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), visando à segurança do cliente e dos profissionais de saúde.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 OBJETIVO: Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia a permanência e a proliferação de microrganismos.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 RESULTADOS ESPERADOS: Prevenir a transmissão de microrganismos patogênicos e promover segurança ao cliente e aos profissionais.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos Campi.
● Quando as mãos estiverem visivelmente sujas
● Ao iniciar e terminar o turno de trabalho
● Antes e após qualquer tipo de contato com o cliente
● Antes e após a execução de procedimentos assistenciais
● Após risco de exposição a fluidos corporais
● Após contato com superfícies próximas ao cliente
● Antes do preparo e manipulação de medicações
● Antes e após ir ao banheiro
● Após assuar o nariz, espirrar ou tossir
● Antes e após o uso de luvas</td></tr>
</table>

6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Pia apropriada e destinada à higienização das mãos (com água instalada)
- Dispensador de sabonete líquido
- Sabonete líquido neutro e hipoalergênico
- Porta papel-toalha e papel-toalha descartável
- Lixeira para descarte de resíduos comuns com tampa acionada por pedal

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Conferir a presença de sabonete líquido e de papel-toalha.
2. Retirar os adornos (anéis, relógios e pulseiras) e dobrar os punhos da veste.

3. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia.

4. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).

5. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.

6. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa.

7. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.

8. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem, e vice-versa.

9. Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa.

10. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa.

11. Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa.

12. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos com a torneira.

13. Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo para os punhos

8 OBSERVAÇÃO:

- A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

- Recomenda-se manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais.
- Não utilizar sabonetes em barra, pois estes favorecem a contaminação cruzada.
- O uso de luvas não exclui a necessidade de higienização das mãos antes e depois.
- Utilizar, preferencialmente, torneiras de acionamento não manual. Caso a torneira seja de acionamento manual, esta deverá ser fechada ao término do procedimento utilizando papel-toalha.
- Instalar o porta-papel próximo a pia, porém em local que não receba respingos de água e sabonete. O porta-papel deve ser de material que não favoreça a oxidação e que possibilite o uso individual, folha a folha.
- Não utilizar toalhas de pano, nem secador elétrico para a secagem das mãos em serviços de saúde.
- Evitar usar água muito quente ou fria e excesso de sabonete, pois provocam ressecamento das mãos.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA:** orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2018. 16 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde:** higienização das mãos. Brasília: 2009. 105 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. **Procedimento operacional padrão:** POP.CIH.001: Higienização das Mãos. Rio de Janeiro: EBSERH, 2020. Disponível em: http:// http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+HIGIENIZA%C3%87%C3%83O+DAS+M%C3%83OS. Acesso em: 27 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. **Procedimento operacional padrão:** POP.DE.008: Higienização das mãos. Minas Gerais: EBSERH, 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Higieniza%C3%A7%C3%A3o+das+m%C3%A3os+final...pdf/45d79725-de5f-4248-bcb2-228ed7b9a258. Acesso em: 27 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual de referência técnica para a higiene das mãos:** para ser utilizado por profissionais de saúde, formadores e observadores de práticas de higiene das mãos. 2009. Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual_de_Refer%C3%AAncia_T%C3%A9cnica.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

1.2 POP 02: Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 02 **FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA**	Versão	1.0
		Data de Aprovação	
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS			

1 DEFINIÇÃO: Consiste na higiene das mãos utilizando uma preparação antisséptica a base de álcool sob as formas líquida, gel, espuma ou outras, que tem como finalidade reduzir ou inibir o crescimento de microrganismos nas mãos.

2 OBJETIVO: Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades), prevenindo a transmissão cruzada de microrganismos e a ocorrência das IRAS.

3 RESULTADOS ESPERADOS: Garantir maior segurança aos clientes e aos profissionais de saúde.

4 EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.

5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos *Campi*.
A higienização das mãos deve ser feita com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:

- Antes e após ter contato com o cliente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao cliente;
- Após ter contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao cliente;
- Antes e após a remoção das luvas.

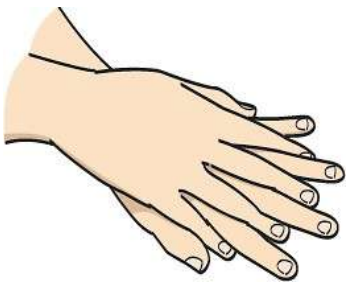
6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Dispensadores de formulação alcoólica, regularmente avaliados, higienizados e funcionando corretamente;
- Formulação alcoólica para fricção antisséptica das mãos (devidamente registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).

2. Friccionar as palmas das mãos entre si.



3. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa.

4. Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados.

5. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, e vice-versa.

6. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa.

7. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular, e vice-versa.

8. Friccionar os punhos com movimentos circulares.

9. Friccionar até secar.
Não utilizar papel toalha.

8 OBSERVAÇÃO:

- A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica deve ter duração de 20 a 30 segundos.
- A concentração final da preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos a ser utilizada em serviços de saúde deve cumprir com o estabelecido na RDC n° 42/2010, ou seja, entre 60% a 80% no caso de preparações sob a forma líquida e concentração final mínima de 70%, no caso de preparações sob as formas gel, espuma e outras.
- A preparação alcoólica deve apresentar boa tolerância cutânea, ou seja, deve conter emolientes, umectantes ou outros agentes condicionadores em sua formulação; deve apresentar boa textura e viscosidade, sendo isenta de material em suspensão para evitar que deixe resíduos aderentes nas mãos e precavendo a sensação de mãos pegajosas após aplicação; deve ser hipoalergênica, atóxica e isenta de cheiro muito forte.
- Não aplicar a preparação alcoólica com as mãos molhadas, pois a água poderá reduzir a eficácia do produto alcoólico.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA:** orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2018. 16 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n°. 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde:** higienização das mãos. Brasília, 2009. 105 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. **Procedimento Operacional Padrão:** POP.CIH.001: Higienização das mãos. Rio de Janeiro: EBSERH, 2020. Disponível em: http:// http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+HIGIENIZA%C3%87%C3%83O+DAS+M%C3%83OS. Acesso em: 27 jul. 2020.

1.3 POP 03: Paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 03 **PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs)**	Versão	1.0
		Data de Aprovação	30/10/2020
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS			

1 DEFINIÇÃO: É um processo que visa proporcionar segurança aos profissionais no desenvolvimento de suas atividades, bem como aos clientes, evitando e reduzindo os riscos à saúde.

2 OBJETIVO: Padronizar o processo de paramentação e desparamentação dos EPIs utilizados durante o atendimento.

3 RESULTADOS ESPERADOS: Consolidar as orientações de proteção dos profissionais, minimizando os riscos à saúde ocupacional.

4 EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.

5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem.

6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Avental
- Gorro/Touca descartável
- Luvas de procedimento ou estéreis (conforme procedimento a ser realizado)
- Máscara cirúrgica
- Máscara N95 ou PFF2
- Óculos de proteção e/ou protetor facial

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Sequência de Paramentação:

1. Reunir o material necessário.

2. Higienizar as mãos.

3. Vestir o avental primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura. Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os

braços e os punhos. Lembre-se: Nunca amarre o avental pela frente.

4. Colocar a máscara (cirúrgica ou N95 conforme atividade ou procedimento a ser realizado).

5. Higienizar as mãos.

6. Se óculos de proteção → Colocar óculos de proteção → 7. Colocar gorro/touca
Se protetor facial → Colocar gorro/touca → 7. Colocar protetor facial

8. Higienizar as mãos.

9. Calçar as luvas conforme procedimento a ser realizado e ajustá-las até cobrir o punho do avental.

Sequência de Desparamentação:

1. Retirar as luvas de procedimento ou estéreis; (Retire a primeira luva puxando-a pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta → Segure a luva removida com a outra mão enluvada → Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva, deixando a primeira luva dentro da segunda → Descarte as luvas na lixeira de resíduo infectante).

2. Higienizar as mãos.

3. Retirar o avental descartável com cuidado para não contaminar a roupa; (Abra as tiras e solte as amarras → Empurre pelo pescoço e pelos ombros de forma segura sem movimentos bruscos para não levantar gotículas, toque apenas na parte interna do avental → Retire o avental pelo avesso → Despreze no lixo infectante).

4. Higienizar as mãos.

5. Remover o gorro/touca puxando pela parte posterior da cabeça e descartar em lixo infectante. Obs.: Se estiver utilizando protetor facial removê-lo antes do gorro.

6. Higienizar as mãos.

7. Calçar luvas de procedimento.

8. Remover os óculos de proteção tocando delicadamente na extremidade lateral, próximo a região auricular.

9. Realizar a limpeza e desinfecção dos óculos e/ou protetor facial conforme descrito:
I. Utilizar água e sabão/detergente;
II. Secar manualmente com material absorvente limpo e macio;
III. Desinfetar por três vezes com álcool a 70% → borrifar e realizar a fricção por 30 segundos iniciando pela parte interna e depois externa, atentando-se para realizar

o movimento em sentido unidirecional, do menos contaminado para o mais contaminado;
IV. Embalar ou armazenar em recipiente limpo destinado para sua guarda.

10. Retirar as luvas e descartar em lixo infectante.

11. Higienizar as mãos.

12. Retirar a máscara pelas tiras/elástico evitando tocar na parte da frente e higienizar as mãos novamente.

8 OBSERVAÇÃO:

- Caso algum EPI esteja com sujidade aparente ou altamente contaminado inicie a remoção por esse dispositivo.
- A higienização das mãos durante o processo de paramentação e desparamentação pode ser feita com água e sabonete líquido (POP 01) ou formulação alcoólica a 70% (POP 02).
- Cuidados na colocação da máscara N95/PFF2: a) Higienizar as mãos; b) Segurar o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes; c) Encaixar o respirador sob o queixo; d) Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça; e) Ajustar o clip nasal no nariz; f) Verificar a vedação pelo teste de pressão positiva e negativa.

Verificação positiva da vedação:
- Expire profundamente. Uma pressão positiva dentro da máscara significa que não tem vazamento.
- Se houver vazamento, ajuste a posição e/ou as alças de tensão. Teste novamente a vedação.
- Repita os passos até que a máscara esteja vedada corretamente.

Verificação negativa da vedação:
- Inspire profundamente. Se não houver vazamento, a pressão negativa fará o respirador agarrar-se ao rosto.
- O vazamento resultará em perda de pressão negativa na máscara devido à entrada de ar através de lacunas na vedação.

- Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara na face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara na face), a máscara deverá ser descartada imediatamente.
- Etapas para a retirada da máscara N95/PFF2: a) Higienizar as mãos; b) Segurar o elástico inferior passando-o por cima da cabeça para removê-lo; c) Segurar o elástico superior passando-o por cima da cabeça para removê-lo; d) Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para nunca tocar na superfície interna; e) Higienizar as mãos.

Obs.: - Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para que não haja contaminação das tiras elásticas e para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização. O envelope com a máscara não pode ser hermeticamente fechado e deve ser identificado com o nome do usuário, data da primeira utilização da máscara e guardado em locais adequados, secos e ventilados.

- Se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente. O descarte deverá ser feito em lixo infectante.

- Deverão ser consideradas as orientações do fabricante no que se refere ao tempo de uso/número de reutilizações da máscara N95/PFF2 ou equivalente.
- Inspecionar visualmente a máscara N95/PFF2 ou equivalente, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.** Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). 2020. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **POP Equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (Covid-19).** Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/20200330-POP-EPI-ver002-Final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **COVID-19:** orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE. Hospital Universitário Júlio Bandeira de Mello. **Procedimento/Rotina:** POP.SOST.001: Paramentação e desparamentação no atendimento à pacientes com suspeita/confirmação de Covid-19. Campina Grande, PB: EBSERH, 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132097/4926566/POP.SOST.001+-+PARAMENTA%C3%87%C3%83O+E+DESPARAMENTAC%C3%83O+%28COVID-19%29.pdf/fbfaad3f-1913-4970-b668-f00f4f42cd4f. Acesso em: 03 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Hospital Universitário. **Procedimento operacional padrão**: POP.UVS.001: Paramentação e desparamentação no atendimento à pacientes com suspeita/confirmação de Covid-19. Teresina: EBSERH, 2020. p. 18-21. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/16824/1864622/BS_402_HU-UFPI-wold-.pdf/c85c8445-5ab2-4200-bef0-4dac1d8575b4. Acesso em: 03 ago. 2020.

1.4 POP 04: Precauções padrão durante a assistência ao cliente

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP 04 **PRECAUÇÕES PADRÃO DURANTE A ASSISTÊNCIA AO CLIENTE**	Versão	1.0
		Data de Aprovação	
VALIDADE	Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
03 ANOS			

1 DEFINIÇÃO: As Precauções Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os clientes, independente da suspeita ou não de infecções, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação.

2 OBJETIVO: Orientar o desenvolvimento de práticas assistenciais seguras, evitando e reduzindo a transmissão de infecções e a ocorrência de acidentes de trabalho.

3 RESULTADOS ESPERADOS: Fortalecer as orientações referentes às PP, minimizando os riscos à saúde ocupacional.

4 EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem.

5 CAMPO DE APLICAÇÃO: Todos os setores de enfermagem dos *Campi*.

6 MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Insumos para higienização das mãos
- Luvas
- Avental
- Óculos de proteção
- Máscara
- Caixa de perfurocortantes

7 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Realizar a higienização das mãos: higienizar com água e sabonete líquido (POP 01) ou com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas - POP 02), antes e após o contato com qualquer cliente, antes e após o uso das luvas, após contato com sangue e/ou secreções e após o contato com as áreas próximas ao cliente.

2. Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa. Colocar as luvas imediatamente

antes do contato com o cliente e retirá-las logo após o uso, descartando-as em lixo infectante.

3. Usar avental sempre que houver possibilidade de ocorrer contaminação por sangue, fluido corporal, secreção e excreções, para proteger roupas e superfícies corporais, bem como evitar vinculação de micro-organismos patogênicos fora do ambiente de trabalho.

4. Colocar óculos de proteção quando o procedimento oferecer risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreções e excreções à mucosa ocular.

5. Utilizar máscara para proteger a face do profissional (nariz e boca) durante a realização de procedimentos com possibilidade de respingos de material biológico e sempre que houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas/aerossóis pelas vias áreas superiores.

6. Ter cuidado com a manipulação e descarte de agulhas, bisturis e outros materiais perfurocortantes. Não retirar agulhas usadas das seringas descartáveis, não dobrá-las e nunca reencapá-las. O descarte desses materiais deve ser feito em recipientes apropriados, rígidos e resistentes à perfuração. Seguir as orientações para montagem desses recipientes e nunca ultrapassar o limite indicado pela linha tracejada, a saber, 2/3 de sua capacidade.

Precauções Padrão durante a Assistência

8 OBSERVAÇÃO:

- As PP são recomendadas para aplicação em todas as situações e clientes, independente da presença de doença transmissível comprovada.
- As PP deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue; todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível; pele com solução de continuidade (pele não íntegra) e mucosas.
- Realizar a troca das luvas entre os clientes e entre um procedimento e outro no mesmo cliente.
- Não utilizar jaleco ou avental comum como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.

- Se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais, usar avental impermeável.
- Os óculos de proteção devem ser de uso individual. Após o uso realizar procedimento de limpeza e desinfecção, bem como armazenamento em local adequado.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Precaução padrão devem ser seguidas para todos os pacientes, independente da suspeita ou não de infecções**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/precaucoes_padrao.pdf. Acesso em: 04 ago. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospitais Universitários Federais. **Procedimento Operacional Padrão**: medidas de precaução e isolamento: POP/CCIH/005/2018. 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/4375831/POP+MEDIDAS+DE+PRECAU%C3%87%C3%83O+EBSERH+2018-+ATUALIZADO.pdf/781dd1b3-faff-4b43-9e80-ffd9973378fb. Acesso em: 05 ago. 2020.

PREFEITURA DE ASSIS (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Normas e rotinas: NR 08; Precaução padrão e uso de EPI. In: PREFEITURA DE ASSIS (SP). Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimento Operacional Padrão (POP) e manual de normas e rotinas da atenção básica**. Assis, SP, 2019. p. 111. Disponível em: https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/9642218022020114206.pdf. Acesso em: 04 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Urgência e Emergência. **Manual de procedimentos operacionais padrão**: POP precaução padrão. Curitiba, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. **Procedimentos operacionais padrão (POP)**: POP. SVSSP.003: Precauções e isolamento. 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+precau%2B%C2%BA%2B%C3%81es+e+isolamento+4.pdf/8ef38f83-4910-45a5-99b7-358299746751. Acesso em: 05 ago. 2020.

ANEXO VII – POP REFERENCIA E CONTRARREFEFRENCIA

O elevado número de pessoas atendidas, a imprevisibilidade dos atendimentos, a área física reduzida, entre outros fatores, fazem com que os serviços de urgência e emergência se tornem locais com extrema dificuldade para a organização do trabalho.

Sabe-se que esses serviços são caracterizados pelo atendimento a pacientes que se encontram em risco de morte ou sofrimento intenso.

E, de acordo com o artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos, cabendo ao estado o dever de garantir as melhores respostas aos cidadãos em matéria de saúde.

Nesse sentido, percebe-se que para que a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) se torne possível, é necessário que ocorra o referenciamento dos usuários nos seus diversos níveis de atenção à saúde.

O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde.

De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita.

Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita.

A referência e contrarreferencia devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável.

Esse sistema vem, então, para otimizar o funcionamento do sistema de saúde,

proporcionando ao usuário adequado atendimento a partir do conhecimento pregresso do seu estado de saúde e tratamentos passados.[5] Assim, um serviço de saúde informará ao outro a respeito dos procedimentos realizados e as possíveis condutas a serem seguidas.

Percebe-se que, apesar da existência de um sistema de referenciamento, os serviços de emergência estão cada vez mais funcionando como porta de entrada do sistema de saúde, recebendo todos os tipos de pacientes desde os realmente graves até os casos mais simples, que poderiam e deveriam ser resolvidos na atenção primária à saúde (APS).

Partindo desse pressuposto, vê-se que o sistema de referência e contrarreferência deve funcionar de maneira hierarquizada, a fim de adequar o fluxo dos usuários aos níveis de complexidade de atendimento, tendo o setor primário como a porta de entrada no sistema e sucessivamente o secundário e terciário, quando necessário ao usuário.

E, desta maneira, o paciente grave deve procurar como porta de entrada o setor terciário, adequado ao seu estado de saúde.

Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) estão estruturados para atender as pessoas que necessitam de ações preventivas e programadas.

Entretanto, tais serviços não têm conseguido resolver os problemas apresentados pelas pessoas que, muitas vezes, demandam cuidados de baixa complexidade.

Os usuários acabam superlotando as unidades de Pronto-Socorro (PS), na tentativa de receberem atendimento mais resolutivo.

Nestas, em geral, as pessoas recebem tratamento para resolver apenas os problemas ou sintomas de forma imediata. Isso gera grandes prejuízos a todo o sistema de saúde, pois reproduz o modelo assistencial centrado na doença e resulta, por vezes, em prejuízos no acompanhamento clínico de pessoas com

doenças crônicas.

Dessa maneira, a rede de referência e contrarreferência é um sistema que se desenvolve em quatro componentes que funcionam de maneira integrada, (1) sendo a APS que coordena a rede, que vincula a população; (2) atenção secundária, os ambulatórios especializados e os hospitais de média e alta complexidade; (3) os sistemas logísticos, regulação, transporte sanitário, registro eletrônico em saúde; (4) e os de apoio, assistência farmacêutica, apoio diagnóstico terapêutico.

Na tentativa de organizar o serviço de urgência e emergência, o governo do estado implantou o Sistema de Triagem de Manchester (STM) como instrumento norteador para a triagem de pacientes.

O Protocolo de Manchester é método que auxilia na identificação rápida das pessoas que procuram o serviço de urgência e tem por objetivo ser um dos instrumentos para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram atendimento de saúde, possibilitando atendimento prioritário aos casos de mais gravidade, excluindo o atendimento por ordem de chegada.

Pelo STM existem cinco níveis de prioridade clínica. A cada nível é atribuído uma cor, nome e tempo máximo aceitável até o atendimento médio (vermelho - emergente-atendimento imediato; laranja - muito urgente-atendimento em até 10 minutos; amarelo - urgente-atendimento em até 60 minutos; verde - pouco urgente-atendimento em até 120 minutos, azul - não urgente-atendimento em até 240 minutos; e branco - para classificar pacientes com eventos ou situações/queixas não compatíveis com o serviço de urgência, como, por exemplo, pacientes admitidos para procedimentos eletivos, retornos, atestados, entre outros).

Considera-se importante conhecer a demanda de atendimentos classificados por cor em diferentes níveis de prioridade clínica dos municípios brasileiros e, neste caso, mineiro, para avaliar o quanto está estruturada a rede de referência e contrarreferência dos mesmos, o quanto precisa ser estruturada para diminuir a

superlotação no PS e facilitar a articulação dos três níveis de atenção à saúde.

Para a realização do sistema de contra referência à atenção primária, o médico que acolheu preliminarmente o paciente, deverá preencher a guia do encaminhamento do usuário para o nível de complexidade adequado, conforme modelo abaixo:

CARTA DE CONTRA REFERÊNCIA

Nome:_____
_ Prontuário:_____
O(a) paciente acima citado(a) está sendo CONTRA REFERENCIADO para voltar à Atenção Primária à Saúde (APS) por motivo de:

(x) Caso clínico com possibilidade de acompanhar em APS

Os seguintes DIAGNÓSTICOS estão sendo (foram) acompanhados no ambulatório de xxxxxxxxxxxxxxxx, tendo o seguinte diagnóticos: _____
_____
__

Os seguintes TRATAMENTOS foram iniciados no PSVD: .
_____
_ Para MONITORAMENTO destes diagnósticos, o paciente não necessita retornar ao PSVD continuamente: pode acompanhar em APS) .

Na APS, sugerimos que sejam programadas as seguintes ações para este paciente:
_____

DATA : _____/_____/_____ CARIMBO e ASSINATURA MÉDICO

POP SAMU

TRIAGEM DAS CHAMADAS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

REGULAÇÃO - TRIAGEM DAS CHAMADAS

Triagem dos chamados atendidos pelos técnicos auxiliares em regulação médica. Orientações Gerais:

- Atender ao telefone e identificar-se ao solicitante;
- Anotar o nome do solicitante; chamá-lo sempre pelo nome;
- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;
- Procurar manter o controle da conversação desde o início. Na maioria das vezes o solicitante está ansioso para ter seu problema resolvido. Fale calmamente, ajude-o a se expressar;
- Orientar o solicitante de maneira clara e precisa, procurando obter a sua colaboração;
- Lembrar que, usualmente, as primeiras informações ou palavras proferidas pelo solicitante traduzem provavelmente os fatos mais fidedignos relacionados à ocorrência;

1. Regulação Médica de Urgência:

Cabe ao médico regulador, no processo de triagem dos chamados, além das orientações gerais acima:

a) receber chamados oriundos da população leiga, em geral, e/ou de profissionais de saúde;
b) interpretar e analisar as demandas apresentadas, identificando todas as demandas potenciais de urgência;
c) confirmar ou excluir a existência de situação de urgência;
d) viabilizar o acesso imediato do paciente ao serviço médico para assistência inicial,

visando conferir: estabilidade clínica, afastamento do risco de morte, diminuição do potencial gerador de sequelas, diminuição da morbidade;

e) Identificar o "status operacional" do todos os serviços de acolhimento de urgência existente, utilizando-os conforme sua necessidade;

f) realizar a gestão operacional de meios móveis de atenção médica, utilizando-os conforme sua necessidade;

g) Em geral, acolher pacientes que estão fora da rede assistencial, e, portanto, em risco potencial agravado, devendo, portanto, ter disponibilidade integral e dedicação exclusiva à estas ações;

h) Utilizar conceito de "vaga zero" em hospitais e serviços de saúde, pois sua busca é pelo serviço médico e não pela internação imediata, devendo, no entanto, possuir informações atualizadas do mapa de leitos existentes de momento, a fim de melhor orientar a decisão.

i) Informar-se acerca da natureza da ocorrência, perguntando ao solicitante: O QUE ACONTECEU???... A fim de identificar a necessidade de deflagração de atendimento;

j) procurar obter do solicitante as informações pertinentes a cada tipo de situação e anotá-las em campo específico do Relatório informatizado do E-SUS;

k) identificar, em cada tipo de ocorrência, as situações que possam demandar intervenções médicas in loco e a necessidade de apoio de outros serviços/ instituições;

REGULAMENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

A Resolução CFM No 1.529/98 e Portaria 2048/2002 disciplinam o atendimento pré-hospitalar eregulamentam vários aspectos do Transporte Inter- Hospitalar, conforme:

a) O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento para casos que se enquadrem dentro de sua capacidade de resolução.

b) Não podem ser removidos pacientes em risco de vida iminente sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico e realização de outras medidas urgentes e específicas para o caso.

c) Pacientes graves ou de risco só podem ser removidos acompanhados de equipe completa, incluindo médico, em ambulância de Suporte Avançado. Para aqueles casos de transferências de pacientes, de municípios, que não disponibilizam Viatura de Suporte Avançado própria, ainda cabe definição e pactuação através do comitê gestor do SAMU Regional, de como será realizada a cobertura e rateio da cobertura por esta.

Antes de decidir a remoção, é necessário realizar contato com o hospital de destino, de acordo com fluxo pré-estabelecido.

Todo paciente deve ser acompanhado de relatório completo, legível, sem rasuras e assinado com CRM do médico solicitante (formulário próprio do serviço, referenciar ao anexo nº 05), independente de contatos prévios telefônicos ou verbais, que passará a integrar o prontuário do mesmo, no destino. Este relatório deve também ser assinado pelo médico que recebeu o paciente, no destino.

Para o transporte, é necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou responsável (formulário próprio do serviço, referenciar ao

anexo nº 06). Isto pode ser dispensado quando houver risco de vida e não for possível a localização de responsáveis. Neste caso, pode o médico solicitante poderá autorizar o transporte, documentando e registrando, devidamente, essa situação no prontuário, conforme RESOLUÇÃO CFM Nº 2.110/2014.

A responsabilidade inicial é do médico transferente, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor; as providências para o transporte são de mútua responsabilidade entre os médicos.

CONCEITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

Antes de falarmos nos conceitos de regulação médica das urgências, necessitamos inicialmente conceituar"urgência" e "emergência".

Conceito Formal:

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n° 1451, de 10/03/1995, temos: Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Conceito ampliado:

Segundo prof. Le Coutour, "o conceito de urgência difere em função de quem a percebe ou sente":

Para os usuários, seus familiares podem estar associados a uma ruptura de ordem do curso da vida. É do imprevisto que tende a vir à urgência: "eu não posso esperar".

Para o médico, a noção de urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo, com prognóstico vital em certo intervalo: "ele não pode esperar". –

Para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, é "o que não pode ser previsto".

• Regulação das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo de pacientes no Sistema e geram porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. (Portaria 2048/GM) "Regular constitui-se operacionalmente em Estabelecer um diagnóstico ele médico da real necessidade e do grau de urgência de um a situação, classificar e estabelecer prioridades entre as demandas urgentes, definir e enviar recursos mais adaptados às necessidades do solicitante, no menor intervalo de tempo possível, acompanhar a atuação da equipe no local e providenciar acesso aos serviços receptores de forma equânime dentro de um Sistema de Saúde.

• Conforme resolução do CFM 1529/98 e Portaria MS n° 2048/2002, o ato de Regular, fica reconhecido enquanto um "ato médico", que consistem em ajustar, sujeitando a regras, de forma

organizada, todas as respostas às situações Gestão do fluxo de oferta de cuidados médicos de Urgência/Emergência em um município ou região", possibilitando uma racionalização dos recursos disponíveis; composto por uma fase diagnóstica, obtida através dos dados coletados, concluído por uma decisão que corresponde a uma escolhaterapêutica.

Cabe então a este "médico regulador", ouvir, qualificar, classificar a demanda e designar o recurso mais adaptado as suas necessidades, e endereça-la, ao serviço mais adequado, no momento, para a continuidade do tratamento, de forma a respeitar as capacidades operacionais de cada serviço e garantir a distribuição racional dos casos nos serviços hospitalares disponíveis.

OBJETIVOS DA REGULAÇÃO MÉDICA DO SAMU 192 REGIONAL SOROCABA	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

Garantir uma escuta médica permanente a toda demanda de atendimento de urgência!

• classificar e priorizar as urgências

• determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, evitando intervenções inúteis, hospitalizações desnecessárias;

• assegurar a disponibilidade dos meios de assistência pública ou privada adequada ao estado do paciente, levando em conta o respeito de livre escolha, a grade de regionalização e hierarquização do Sistema;

• gerando o acesso aos serviços de urgência de uma maneira eficiente e equânime;

• primar pelo interesse público (do cidadão)

• qualificar e ordenar fluxos oferecendo respostas individualizadas, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização;

Se entendermos as necessidades imediatas da população, ou necessidades agudas ou de urgência, como pontos de pressão por respostas rápidas e tendo em vista seu potencial desorganizador sobre o funcionamento geral do sistema, dando visibilidade aos seus sucessos ou fracassos, poderemos equacionar uma oferta resolutiva para as urgências que determine a progressiva normalização da oferta programável. Então, as portas de urgência do sistema, sua real porta de entrada, passariam a acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e direcionando-a aos locais adequados à continuidade do tratamento, transformando estas portas que hoje funcionam como verdadeiros "para raios" do sistema em "placas distribuidoras" do mesmo (Manual de Regulação Médica).

PRINCÍPIOS ÉTICOS DA REGULAÇÃO MÉDICA	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

PRINCIPIOS ÉTICOS NA REGULAÇÃO MÉDICA

Adotamos como princípios éticos no exercício da Regulação médica, as recomendações propostas na II Jornada de Emergência Médica aprovada por unanimidade pelos participantes em 7 de Dezembro de 1990 em Lisboa, registradas como *"DECLARAÇÃO DE LISBOA SOBRE A ÉTICA DA URGÊNCIA MEDICA"* com vistas a que os Sistemas de Ajuda Médica Urgente, na Europa e no Mundo, obedeçam a alguns princípios fundamentais dos Direitos do Homem e o médico regulador e intervencionista tome suas decisões em plena liberdade para poder aplicar quatro princípios éticos que seriam:

"Declaração de Lisboa" (1989)

1.º AUTONOMIA E LIBERDADE: O cidadão tem o direito ao respeito de sua autonomia. Os profissionais dos Serviços Médicos de Urgência devem respeitar este direito do paciente, mesmo quando ele for contra o recebimento de cuidados que possa necessitar. O médico deve fazer o necessário para que as crenças, a confidência e o pudor sejam sempre respeitados.

2.º BENEFÍCIO DE TODOS: Os profissionais dos Serviços de Urgência, na medida dos meios existentes, devem realizar as melhores terapêuticas médicas e ajuda psicológica, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e daqueles que o cercam, e não apenas aumentar sua sobrevida.

3.º O MENOR PREJUÍZO POSSÍVEL: Diminuir e/ou evitar o risco de iatrogenias, que aumentam em todos os procedimentos realizados em caráter de urgência, através de capacitação adequada dos profissionais.

4.º JUSTIÇA, IGUALDADE E SOLIDARIEDADE: Para garantir a equidade na distribuição de recursos na área da saúde, os casos mais urgentes serão atendidos prioritariamente, independente da ordem de chegada. Os médicos reguladores devem estabelecer prioridades para o atendimento, segundo a classificação da gravidade, ocupando-se primeiramente e com mais recursos daqueles que tem necessidade maior e mais premente.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DA REGULAÇÃO MÉDICA	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

A Regulação Médica de Urgência tem como características básicas e funções:

1. Receber chamadas oriundas da população leiga, em geral, e /ou de profissionais de saúde;
2. Interpretar/analisar a demanda apresentada, identificando todas as demandas potenciais de urgência;
3. Confirmar ou excluir a existência de situação de urgência;
4. Viabilizar o acesso imediato do paciente ao serviço médico para assistência inicial, visando conferir estabilidade clínica: afastamento do risco de morte; diminuição do potencial gerador de sequelas; diminuição da morbidade;
5. Identificar o "status operacional de todos os serviços de acolhimento de urgência existente, utilizando-os conforme sua necessidade;
6. Realizar a gestão operacional de meios móveis de atenção médica, utilizando-os conforme sua necessidade;
7. Em geral, acolhe pacientes que estão fora da rede assistencial e, portanto, em risco potencial agravado, devem ter disponibilidade integral e dedicação exclusiva a estas ações;

Utiliza conceito de "vaga zero" em hospitais e serviços de saúde, pois sua busca é pelo serviço médico e não pela internação imediata, deve, no entanto, possuir informações atualizadas do mapa de leitos existentes de momento, a fim de melhor orientar sua decisão, além de SEMPRE comunicar os serviços de destino quando de todo e qualquer encaminhamento por ele orientado.

TÉCNICAS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

TÉCNICAS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Primeira etapa: "Recepção, Identificação e localização do chamado"

O auxiliar de regulação faz a RECEPÇÃO INICIAL, devendo seguir as seguintes recomendações:

- Atender o chamado ao primeiro toque do telefone;
- Perguntar e registrar o nome do solicitante e origem da chamada (domicílio/via pública/serviço desaúde/ outras);
- Chamá-lo sempre pelo nome;
- Registrar as informações relativas ao chamado de acordo com roteiro próprio;
- Identificar-se para o solicitante;
- Utilizar expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias;
- Falar compassada e calmamente, com entonação de voz agradável;
- Procurar manter o controle da conversação desde o início. Na maioria das vezes, o solicitante estará ansioso para ter seu problema resolvido. Ajude-o, calmamente, a se expressar, mas seja sempre claro, breve e preciso;
- Orientar o solicitante de maneira clara e precisa, procurando obter sua colaboração;
- Lembrar que, usualmente, as primeiras informações/palavras proferidas pelo solicitante, traduzemprovavelmente os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo.
- Lembrar que, dependendo do grau de instrução do solicitante, isto trará, maior ou menor dificuldadepara o gerenciamento do caso.
- Dependendo da situação do solicitante, temos características específicas:

a. Populares: Geralmente estão muito nervosos, exigem um atendimento urgente, sem oferecer informações básicas em relação ao tipo de acidente e vítimas. Nestes casos devemos observar, além do solicitante, outros sons de fundo (gritos, buzinas, outras pessoas falando, para perceber a gravidade do acidente)

b. Familiares: Também estão muito ansiosos e nervosos. Dependendo do grau de instrução e nível social podem trazer confusão quanto ao diagnóstico precoce. A ansiedade na resposta é umindicativo de gravidade.

- De forma a facilitar esta abordagem, com exemplificação dos questionamentos que devem ser realizados, frente a cada solicitação; e também, já norteando, o tipo de viatura mais adequada a cadaatendimento, poderão se referir ao Anexo 1 (Regulação Médica).

CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE URGÊNCIA	
PROFISSIONAIS: TODOS FUNCIONÁRIOS DO SAMU 192	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE URGÊNCIA

Nível 1: Emergência ou Urgência de prioridade absoluta (Código vermelho)
Casos onde haja risco imediato de vida e/ou existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário, devendo o médico agir imediatamente.

Nível 2: Urgência de prioridade moderada (Código amarelo)
Casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.

Nível 3: Urgência de prioridade baixa (Código verde)
Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.

Nível 4: Urgência de prioridade mínima (Código azul)
Situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientando o uso de medicamentos, cuidados gerais, encaminhamentos.

Observação:

"Conceito de Potencialidade": Qualquer caso inicialmente classificado em um determinado nível pode mudar sua colocação inicial, em função do tempo de evolução, tipo de transporte e outros fatores, sendo, portanto, necessário estimar a gravidade potencial para cada caso.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – INTRODUÇÃO	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

O Estabelecimento do Diagnóstico Sindrômico:

O chamado pode chegar ao médico regulador de diferentes formas, dependendo do relato do solicitante. Algumas vezes o solicitante apresenta um conjunto de sinais isolados que não constituem de imediato uma síndrome. Cabe ao regulador interrogar o solicitante a fim de obter os demais sinais que lhe possibilitem estabelecê-la ou mesmo chegar a uma hipótese diagnóstica.

Para que o médico regulador possa estabelecer um diagnóstico sindrômico à distância, é necessário que utilize o interrogatório do solicitante através do qual ele pesquisa os sinais que irão compor a Síndrome.

Neste novo tipo de semiologia, a percepção do médico tradicionalmente construída através de seus próprios sentidos, é substituída, pelos sentidos do informante, que serão interpretados pelo regulador a partir do interrogatório.

Assim, por exemplo, um solicitante aflito ao telefone diz ao médico regulador que seu familiar está "passando mal". Esta é uma expressão muito frequentemente utilizada pelo leigo que não permite ao médico o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico ou de uma hipótese diagnóstica. Pode tratar-se desde um distúrbio neurovegetativo ou uma hipoglicemia leve, até uma parada cardíaca, passando por uma enormidade de processos patológicos. Caberá ao médico fazer uma série de questionamentos, investigando outros sinais que possibilitem o estabelecimento do diagnóstico sindrômico e/ou de uma hipótese diagnóstica.

Lembramos alguns exemplos de sinais a serem pesquisados a fim de estabelecer o diagnóstico sindrômico: ausência de resposta aos estímulos, ausência de movimentos respiratórios detectáveis no epigástrio, ausência de pulso, etc.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – DIRETRIZES GERAIS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Diretrizes Gerais

O DIÁLOGO MÉDICO COM O SOLICITANTE DEVE COMPREENDER COMO LINHAS GERAIS:

a) A Caracterização do caso

- Idade, antecedentes (tratamentos e hospitalizações anteriores);
- Queixa principal, HPMA resumida: apreciar as funções: respiratórias, circulatórias, neurológicas;
- Sua evolução, tratamentos iniciados;

b) Análise de sintomas referidos:

- Modo do aparecimento (súbito ou gradual)
- Intensidade (forte, fraco, moderado)
- Localização e irradiação da dor
- Fatores desencadeantes e concomitantes

c) Análise de sinais referidos:

- Dados objetivos - tudo aquilo que é verificado no paciente, através dos sentidos do informante;
- Estado geral (bom, regular ou mal);
- Nível de consciência;
- Respiração (facilidade, dificuldade, ausência);
- Cor da vítima (cianose, palidez);
- Movimentos (espontâneos, restritos, involuntários);
- Sudorese fria.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – CASOS PRIORITÁRIOS PARASUPORTE AVANÇADO DE VIDA	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

Algumas patologias e situações demandam já pelas primeiras informações, o acionamento de equipe de maiores recursos, ou seja, de suporte Avançado de Vida, entre as quais:

A. Causas Externas:
- *Acidentes de trânsito / Politrauma
- *FPAF, FAB (em função da localização e gravidade da lesão)
- Asfixia, TCE
- Afogamento
- Eletrocussão
- Quedas de alturas

B. Emergências Cardiovasculares:
- E.A.P.
- I.A.M.
- Arritmias
- ICC descompensada
- PCR
- Crise hipertensiva com lesões em órgão alvo
- Angina
- Síncope
- Hipotensão

C. Emergências Neurológicas:
- *Crise convulsiva
- *A.V.C. em fase aguda
- Depressão do S.N.C.
- TCE

D. Distúrbios Metabólicos
- Cetoacidose diabética
- Hipoglicemia não reversível com medidas iniciais, sem melhora do rebaixamento de nível de consciencia
- Choque anafilático
- Choque séptico

E. Insuficiência Respiratória Aguda
F. Intoxicação Exógena

G. Emergências obstétricas:

- DHEG
- Parto multípara domiciliar
- Período expulsivo

H. Emergências cirúrgicas:

- *HDA
- Abdome agudo com descompensação hemodinâmica

OBSERVAÇÃOES:

- No caso dos municípios que não detém de ambulância de suporte avançado própria, deverá ser avaliado e pactuado, pelo comitê gestor do SAMU Regional a cobertura por unidade de suporte avançado de vida. Em casos onde o tempo resposta seja viável, poderá, uma vez acordado pelo comitê gestor, o apoio pela ambulância SAV. Quando não, o suporte Básico de vida deverá contatar a central de regulação para orientação.
- Lembrar ainda que, por tratar-se de serviço regional, em situação de não haver unidade móvel disponível (SAV ou SBV), em momento de extrema necessidade; poderá ser acionada a ambulância de outro município (base), para fins de atendimento a esta solicitação, devendo-se considerar o melhor tempo resposta possível.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Síndromes: "Desmaiado", "Eu acho que está

Morto"Abordagem:

- Sexo, idade
- A vítima está falando? .... Respira? .... Qual a cor da boca? ... A pessoa se mexe?
- Nos casos onde há uma resposta negativa, despache imediatamente USA.
- Após confirmar o despacho, continue o interrogatório: Circunstâncias (clínica, trauma, tóxicas), patologias de base, etc.

Decisão técnica: Uma só preocupação... ganhar tempo para uma assistência mais precoce possível.

- USA: Se identificado suspeita de PCR.
- USB: Nos demais casos, onde não há risco iminente de morte

OBS: No caso dos municípios que não detém de ambulância de suporte avançado própria, deverá ser avaliado e pactuado, pelo comitê gestor do SAMU Regional a cobertura por unidade de suporte avançado de vida. Em casos onde o tempo resposta seja viável, poderá, uma vez acordado pelo comitê gestor, o apoio pela ambulância SAV. Quando não, o suporte Básico de vida deverá contatar a central de regulação para orientação.

Orientações ao solicitante: Solicite calma, e oriente colocar a pessoa em posição horizontal, em local rígido, e oriente sobre a necessidade de início rápido das compressões.

Acompanhamento da decisão técnica:
Se USA: Orientações demandadas pela equipe. Caso seja constatado óbito, o transporte até uma unidade pré-hospitalar, somente será realizado, se houver um valor social muito alto, ou, se ocorrer em via pública (desde que não existam sinais de morte violenta). Observação: fica contraindicado o transporte ao CHS.
Se USB: Caso se verifique PCR, iniciar Ressuscitação Cardiopulmonar, com DEA e ventilação com bolsa-valva- mascara, acionamento imediato de apoio por USA. Manter manobras de reanimação até a chegada de apoio. Caso não seja possível o apoio, encaminhar ao serviço de urgência/emergência mais próximo, realizando contato informando do encaminhamento e justificando.

Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência; Comunicação ao

serviço de destino. Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DA ANGINA EINFARTO DO MIOCARDIO	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Síndrome "Dor No

Peito" Abordagem:

- Sexo, idade
- Características da dor: (Tipo, Tempo de início, Duração, Localização, Irradiação, evolução);
- Antecedentes de coronariopatia e tratamentos realizados.
- Fatores de risco: HAS, Diabetes, fumo, obesidade,
- Sinais de gravidade: perda de consciência, dispneia, sudorese, sensação de morte iminente, palidez
- Questionar tratamentos e procedimentos prévios, ex: Cateterismo, Revascularização

Decisão técnica:

- USA: se quadro típico; ou, quadro atípico associado a antecedentes, sinais de gravidade ou fatoresde risco.
- USB: se quadro atípico, sem antecedentes e sem sinais de gravidade.

Orientações ao solicitante: Repouso absoluto em posição confortável solicite afrouxar as vestes, nitratosublingual + AAS (se tiver em casa). Orientar abertura da porta, caso seja o paciente e esteja só.

Acompanhamento da decisão técnica:
Se USA: ECG, A.A.S, Morfina, Oxigênio sob máscara, Nitrato... Trombólise se disponível.
Se USB: repouso absoluto, oxigênio sob máscara, controle rigoroso de sinais vitais, demais orientações àcritério do MR (AAS, Nitrato, etc.)
Transporte para Hospital com disponibilidade de leito em UTI e/ou Trombólise, acompanhamentocardiológico.

Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DA CRISE HIPERTENSIVA	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome da "pressão alta"

Emergências Hipertensivas: todas as condições em que há evidência de lesão vascular em órgão alvo agudo ou em progressão (encefalopatia hipertensiva, AVC, insuficiência ventricular esquerda aguda, insuficiência coronariana).

Abordagem:

- Sexo, idade
- Características: Náuseas, vômitos, escotomas, cefaleia.
- Antecedentes HAS e tratamentos realizados.
- Fatores de risco: Diabetes, fumo, obesidade.
- Sinais de gravidade: perda de consciência, dispneia, sudorese, palidez.
- O que já foi feito pelo paciente

Decisão técnica:

- USA: Quando há evidência de lesão vascular em órgão alvo aguda ou em progressão (encefalopatia hipertensiva, AVC, etc.)
- USB: Situações que se apresentam com elevação da pressão diastólica sem evidências de lesão vascular aguda, ou, lesão de órgão alvo.
- Observação: Apesar da elevada pressão arterial este paciente não apresenta lesão em órgão alvo, e o controle da pressão arterial pode ser realizado em 24 horas.

Orientações ao solicitante: Repouso absoluto em posição confortável solicite para afrouxar as vestes. Orientar para que não seja realizada nenhuma ingestão oral.

Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar as equipes com dados técnicos e demais

necessidades. Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência.

Comunicação ao serviço de destino. Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da

viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DO EDEMA AGUDO DE PULMÃO	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome: "falta de ar", "problema de coração"

Abordagem:

- Sexo, idade,
- Características: Dispneia importante? ... Secreção rósea pela boca? ... Intolerância ao decúbito dorsal?
- Antecedentes cardiológicos e tratamentos realizados.
- Sinais de gravidade: distúrbios de consciência, dispneia, sudorese, palidez.

Decisão técnica:

- USA: Sempre que identificados sinais de gravidade, ou, sinais de evolução para falência respiratória
- USB: Casos de menor gravidade, com impossibilidade de deslocamento a serviço de saúde por meios próprios

Orientações ao solicitante: Repouso absoluto em posição sentado solicite para afrouxar as vestes. Orientar para que não seja realizada nenhuma ingestão oral.

Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar as equipes com dados técnicos e demais

necessidades. Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência.

Comunicação ao serviço de destino. Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da

viatura.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DO DPOC, ASMA E OUTRAS PNEUMOPATIAS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome da "Falta de Ar", "Cansado"

Abordagem:

- Características da dispneia;
- Presença de cianose; sudorese; taquicardia; confusão mental; utilização da musculatura acessória; exaustão; incapacidade de falar.
- Antecedentes: medicação em uso; frequência das crises; internações anteriores, já foi medicado nesta crise ?; Doença cardiopulmonar associada.
- Sinais de gravidade: Agitação, confusão, sonolência, coma; Cianose, sudorese; Dispneia intensa; Dificuldade para falar
- Crise de aspecto não habitual, inquietando o paciente ou seus familiares.

Decisão técnica:

- USA: sempre que fatores de mau prognóstico ou pelo menos uns critérios de gravidade estiverem associados.
- USB: ASMA LEVE/MODERADA sem sinais sugestivos de evolução para falência respiratória

Orientações ao solicitante:

- Repouso absoluto em posição confortável solicite para afrouxar as vestes.
- Orientar uso de bronco dilatadores, caso já faça uso.
- Colocar paciente em local arejado.
- Orientar para que não seja realizada nenhuma ingestão oral.

Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar as equipes com dados técnicos e demais

necessidades. Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência.

Comunicação ao serviço de destino. Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DAHEMORRAGIA DIGESTIVA	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome do "Vomitando Sangue"

Abordagem:

- Sexo, idade
- Quantificação do volume de perda, através dos dados: Pulso, Perfusão periférica. Se possível, pela observação do volume perdido
- Palidez, Alteração do nível de consciência, Sudorese, Alteração de temperatura, Oligúria.
- Antecedentes
- História pregressa de HD, Síndrome dispépticas, Hepatopatias, Patologias concomitantes.

Decisão técnica:

- USA: paciente pode evoluir para choque hipovolêmico rapidamente, portanto atentar para sinais de instabilidade hemodinâmica ou de deterioração do estado geral. Considerar antecedentes ou sinais de gravidade ou fatores de risco.
- USB: Demais situações

Orientações ao solicitante: Manter paciente em decúbito dorsal, com membros inferiores elevados 30°.

Acompanhamento da decisão técnica:
USB – Posição lateral de segurança.

Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DO ACIDENTEVASCULAR CEREBRAL	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome do "Ataque"/"Derrame"

Abordagem:

- Sexo, idade, Tempo de início, Cefaleia, Vômitos, Crise Convulsiva, Déficit neurológico (Paralisias, Paresias, Disartrias, Disfasias), Alteração do nível de consciência (Confusão Mental, Agitação, Sonolência e coma).
- Antecedentes AVC anterior, Cardiopatias tratamentos realizados
- Fatores de risco: HAS, Diabetes,
- Sinais de gravidade: perda de consciência, dispneia.

Decisão técnica:

- USA: inconsciência, Glasgow < 8, comprometimento do estado geral, dificuldade respiratória, anisocoria, rigidez de nuca. E ainda, se quadro típico, ou, quadro atípico + antecedentes ou sinais de gravidade ou fatores de risco.
- USB: demais situações sem comprometimento da consciência e ventilação

Orientações ao solicitante: Colocar o paciente em posição lateral de segurança.

Acompanhamento da decisão técnica:

- USB: Oxigeno terapia, controle rigoroso de sinais vitais, Posição lateral de segurança se vômitos

Decisão gestora:

- Busca do serviço mais adequado na grade de referência.
- Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DA CONVULSÃO	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome do "Ataque"

Abordagem:

- Idade e Sexo
- Associado a trauma?
- Crise finalizada, em curso ou reentrantes.
- Sintomatologia: Salivação, Movimentos involuntários, Cianose de lábios, Dificuldade respiratória, Tremores, Liberação de esfíncteres.
- Antecedentes: Epilepsia, etilista, uso de drogas, história de trauma recente (< 12 horas)
- Critérios de gravidade:
    1. Duração de mais de 10 minutos
    2. Estado pós-crise alterado (Coma, Insuficiência Respiratória)
    3. Convulsões redicivantes

Decisão técnica:

- USA: Evidencia de status epiléptico ou se associado a trauma. Quando houver um sinal de gravidade
- USB: Demais casos

Orientações ao solicitante:

- Orientar retirar de perto do paciente objetos que possam machucá-lo;
- Segurar a cabeça para que ele não se machuque;
- Não restringir o paciente;
- Não colocar os dedos na boca do paciente;
- Solicitar para afrouxar as vestes do paciente;
- Colocar o paciente em posição lateral de segurança, caso haja problemas de consciência, ou presença de secreções nas vias aéreas

Acompanhamento da decisão técnica:

- USB – Orientar Oxigenioterapia + Posição lateral de Segurança.
- Orientar sempre sobre a possibilidade de uma PCR, principalmente devido à hipóxia.

Decisão gestora:

- Busca do serviço mais adequado na grade de referência.
- Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DO DIABETES	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome do "Diabético"

Abordagem:

- Idade e sexo
- O paciente fala? (Consciente ou Inconsciente);
- Respira? (Bem ou Mal);
- Faz algum tipo de tratamento para Diabetes? ...se sim: Insulina ou Antidiabéticos orais?
- Tem feito tratamento normalmente?
- Houve algum tipo de alteração alimentar?
- História de febre, vômitos?
- Questionar sobre (Mal-estar geral, sudorese fria, agitação psiquiátrica, etilismo agudo, coma, convulsão, desidratação) e pensar sistematicamente em hipoglicemia quando os sinais acima estiverem presentes

Decisão técnica:

- USA: Em casos de confusão mental, desidratação grave, sinais de inconsciência e ou dificuldade respiratória, associado a traumatismos (ou suspeita).
- USB: Nos demais casos e de menor risco

Orientações ao solicitante:

- Repouso absoluto em posição confortável solicite para afrouxar as vestes.
- Orientar para que não seja realizada nenhuma ingestão oral. Orientar Posição Lateral de Segurança, se necessário

Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar as equipes com dados técnicos e demais necessidades

Decisão gestora:

- Busca do serviço mais adequado na grade de referência.
- Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DAINTOXICAÇÃO AGUDA POR MEDICAMENTOS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome do "tentou se matar tomando remédios"

Abordagem:

- Circunstancias da descoberta:
  1. Afirmação da intoxicação aguda por medicamentos: embalagens de medicamentos, cartas, testemunhas...
  2. Produtos suspeitos: receituários
  3. Quantidade máxima ingerida e hora provável de intoxicação.
- Estado da Vítima: Consciência, agitação, movimentos anormais, dificuldade respiratória, cianose, sudorese, coma, dor torácica, dor abdominal, problemas neurosensoriais.
- Identificar se houve outras tentativas de suicídio.

Decisão técnica:

- USA: sempre que intoxicações por cardiotônicos, cloroquinas, antidepressivos tricíclicos e hipoglicemiantes orais. E em casos de insuficiência respiratória, inconscientes, coma, convulsões, agitação extrema ou muita dor.
- USB: Em todo caso, aonde o recurso chegue mais rápido que a USA e em casos notoriamente sem gravidade.

Orientações ao solicitante:

- Repouso, em posição confortável, ou PLS (nos casos de inconsciência),
- Solicite para afrouxar as vestes.
- Orientar para que não seja realizada nenhuma ingestão oral.
- Coleta de todas as embalagens de medicamentos disponíveis no local.

Acompanhamento da decisão técnica:

- Solicitar confirmação se houve associação com trauma ou não.
- Subsidiar as equipes com dados técnicos e demais necessidades.

Decisão gestora:

- Busca do serviço mais adequado na grade de referência.
- Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DO ACIDENTECOM ANIMAIS PEÇONHENTOS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome da Picada por: Cobra, Aranha, Escorpião, etc.

Na maioria das vezes a população não sabe identificar se o animal é venenoso ou não. Por isso o Médico Regulador deverá associar a epidemiologia e quadro clínico da vítima para identificar o animal peçonhento.

Abordagem:

- Idade (geralmente quadros mais graves em crianças)
- Iniciar sempre a abordagem segundo o ABCDE (Conversa? .... Respira? Tem sangramento visível?
- Qual o agente agressor? (Cobra, aranha, escorpião, taturana, etc.)
- Local da picada.
- Quanto tempo se passou desde o acidente?
- Identificar os sinais e sintomas clássicos, como intensidade da dor, sangramentos no local da picada,edemas, hematomas, alterações neurológicas, alterações do quadro respiratório.

Sinais de gravidade:

- Múltiplas picadas
- Insuficiência Respiratória
- Alterações Neurológicas (Aparência de Intoxicação Aguda por Bebida Alcoólica, chegando à coma),
- Sinais de Choque hemorrágico
- Náuseas e vômitos
- Agitação, confusão, sonolência, coma

Decisão técnica:

- USA: Toda vez que for evidenciado algum sinal de gravidade.
- Apoio do 193, através do chefe de plantão do serviço, sempre que necessária captura do animal
- USB: Nos demais casos

Orientações ao solicitante:

- Repouso absoluto em posição confortável solicite para afrouxar as vestes.
- Orientar para que não seja realizada nenhuma ingestão oral (medicamentos, querosene, álcool etc.),
- Não colocar nada no local da picada (pó de café, urina, etc.),
- Não perfurar as proximidades da picada para tentar liberar o veneno, não fazer a sucção oral no localda picada, não fazer o garrote nos membros onde foi picado.

Acompanhamento da decisão técnica:

- Subsidiar as equipes com dados técnicos e demais necessidades.
- Orientar levar o agente agressor, caso possível.

Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência, de preferência os Centros de Controle de Intoxicações. Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM EM SAÚDEMENTAL	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome do "Doido", "Louco"

Abordagem:

- A pessoa está ansiosa? A pessoa está agitada?
- A pessoa tem ideias delirantes ou incoerentes?
- A pessoa tem ideias suicidas?
- A pessoa apresenta agressividade?
- Crises anteriores, antecedentes, ou trauma emocional recente, sofrimentos, desemprego e outrosfatores de stress.

Decisão técnica:

- Urgência Psiquiátrica = USB + Regulação + Grupo de Apoio (PM, GCM)
- USB/ USA + Policiamento = no caso de agressividade com risco de vida.
- Frente à necessidade de apoio da PM, pode ser solicitado que o acionamento se dê a partir do chefede plantão do 193, o que favoreceria uma agilização na resposta.
- No caso dos municípios com bases descentralizadas, o acionamento do apoio, pode ser feito pelaequipe da USB local.

Orientações ao solicitante:

- Pedir para o solicitante colocar o paciente em ambiente calmo.
- Não permitir que o paciente cometa autoagressão e para com os demais acompanhantes. Caso o paciente esteja hiperventilando, solicitar para que o mesmo respire dentro de um saco de papel. Nãodeixar o paciente só, até que chegue a equipe de socorro.

Acompanhamento da decisão técnica:

- Em caso de paciente violento, solicitar auxílio da polícia.
- Confirmar a ausência de utilização de substâncias tóxicas, drogas, etc.
- Diante da pessoa perigosa, avaliar o grau de perigo: para ela mesma, para seus familiares e para aequipe de atendimento

Decisão gestora:

- Busca do serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica);
- Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

NORMAS GERAIS PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS:

- Sempre solicitar um acompanhante da família
- Pesquisar antecedentes de tratamento
- Avaliar suporte sócio familiar
- Lembrar diagnósticos diferenciais com: Distúrbios metabólicos, Cardiopatias com baixo fluxo, Distúrbios respiratórios, Encefalopatia hepática, Intoxicação por drogas, Endocrinopatias, que podem mudar a conduta de USB para USA.
- Abordagem: Verificar o mecanismo da tentativa de suicídio (Por arma de fogo, arma branca, pular de viaduto, etc.). Existem riscos para terceiros? O solicitante é parente ou conhecido do suicida? Colhermaiores informações sobre a situação.
- Decisão técnica:
  1. Tentativa de Suicídio UR + USA + Polícia Militar + Regulação
  2. USA e UR: Sempre
  3. Para apoio: UBS e Apoio (PM ou GCM)

- Orientações ao solicitante: Pedir para o solicitante aguardar no local para passar informações casohaja alguma mudança na situação.
- Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar as equipes com dados técnicos e demaisnecessidades
- Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviçode destino
- Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM DO TRABALHO DE PARTO	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
Síndrome do "Parindo" e TRABALHO DE PARTO

Abordagem: Caso o parto não tenha ocorrido, deverão ser realizados os seguintes questionamentos:

- Interrogatório:
  1. Idade da paciente (os extremos de idades oferecem maior risco de complicações)
  2. Paridade
  3. DUM (gestações pré-termos oferecem maior risco ao Recém-Nascido)
  4. Fez pré-natal? (Pacientes que fazem pré-natal diminuem os riscos de complicações obstétricas)
  5. Antecedentes (HAS, Diabetes)

Dados complementares referentes à situação atual:

- Dor (início, intensidade, frequência - para prever a proximidade do período expulsivo, e descartar risco de ruptura uterina e deslocamento placentário).
- Perda de Sangue - Intensidade (risco de choque hipovolêmico), com ou sem dor (placenta prévia)
- Perda de líquido:
  1. Claro: com ou sem grumos (prever prematuridade),
  2. Amarelado ou esverdeado: situação fetal, apresentação pélvica,
  3. Odor: maior risco de infecção, principalmente se com história de perda de líquido durante a gestação.
- Outros sintomas associados: Tonturas, Síncopes, Convulsões, dispneia, Escotomas.

Decisão técnica: Segundo critérios do ESCORE DE MALINAS*

- Escore <5: boa margem de tempo: Meios Próprios ou Ambulância de simples remoção
- Escore entre 5 e 7: USB (Normalmente fica indicado na maioria das urgências obstétricas)
- Escore >7: USA
- Indicar USA nos seguintes casos:
  1. Risco de parto iminente
  2. TP prematuro avançado (possibilidade de haver necessidade de atendimento e procedimentos ao RN)
  3. Perdas sanguíneas acentuadas (necessidade de condutas médicas para evitar o choque)
  4. DHEG severa (risco de convulsões e eclampsia
  5. Risco de ruptura uterina (choque hipovolêmico)
  6. DPP

Orientações ao solicitante: No parto domiciliar:

- Orientar a colocar a gestante em DLE, se possível em lugar limpo;
- Reservar cobertor limpo para aquecer o RN.
- A gestante deverá ficar no leito e o RN amparado assim que desprender a cabeça.
- Imediatamente após o parto deverá ficar em um ângulo de 45 graus com a cabeça em nível inferior e de lado para evitar aspiração.
- Evitar cortar o cordão ou desprender a placenta.

Acompanhamento da decisão técnica: Depende da demanda do USB ou

USA Decisão gestora:

- Busca do serviço mais adequado na grade de referência (Ginecologia e Obstetrícia e/ou UTI neonatal).
- Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

Observação:

- Estado de saúde de outros filhos (cardiopatias congênitas, óbitos perinatais, requerem maior cuidados em novas gestações).
- Patologias pré-existentes (cardiopatias, diabetes, HAS aumentam o risco do parto, cesárea com menos de 3 anos oferecem maior risco de ruptura uterina).
- Patologias nesta gestação (DHEG, placenta prévia, rubéola, bolsa rota).
- Evolução da gestação anterior (fórceps ou cesáreas anteriores diminuem a possibilidade de risco ao RN).
- Escore de Malinas:

ESCORE DE MALINAS					
Escore (Valor)	Nº de gestações até o momento	Duração do Trabalho de Parto	Duração das Contrações	Intervalo entre 2 (duas) contrações	Tempo de Amniorrexe
0	1	<3h	< 1 min	>5 min	Nega
1	2	Entre 3 e 5h	1 min	Entre 3 e 5 min	Recente (<1h)
2	3 ou mais	>6h	> 1 min	< 3 min	>1h

- Observação: com um mesmo escore, as multíparas evoluem para o parto, mais rapidamente, levar em conta o prazo de chegada até a maternidade.

- Se um toque vaginal é realizado no local, esta tabela permite avaliar o tempo para parto com maisconfiança:

Dilatação	1 Parto	2 Partos	Multípara
5cm	4h	1h	30 a 60min
7cm	2h	1h	30min
9cm	1h	30 min	A qualquer hora
Completa	Parto	Parto	Parto

Tempo < 1hora: parto no local
Tempo > 1 hora: transporte em decúbito lateral esquerdo, Oxigenioterapia, Soro Glicosado a 10%.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM NO POLITRAUMATIZADO – TRÂNSITO	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

ACIDENTES DE TRÂNSITO

Abordagem:

- Idade, sexo
- Circunstâncias do acidente (o que aconteceu?);
- Mecanismo do acidente (colisão, capotamento, atropelamento);
- A situação oferece riscos mecânicos, químicos, incêndios, etc.?;
- Existem vítimas presas em ferragens (encarceradas) ?;
- Número de vítimas (5 ou mais considerar múltiplas vítimas);
- Existem vítimas mortas?;
- Existem vítimas lançadas para fora do veículo?
- Vítimas conscientes e inconscientes;
- Vítimas respirando?;
- Vítima com sangramento?;
- Se alguma vítima está andando (quantificar se possível) ou deitada?
- Produtos perigosos envolvidos? ... Risco para o ambiente?

Decisão técnica:

TIPO DE OCORRÊNCIA	VIATURA PREFERENCIAL	APOIO
Acidente automobilístico sem vítima encarcerada (vítima fora do veículo consciente	UR/USB	Regulação (USB/USA)
Capotamento (com ou sem vítima fora do veículo, vítima encarcerada)	UR + USA	Regulação (USB)
Atropelamento (vítima consciente)	UR/USB	Regulação
Atropelamento (vítima inconsciente ou sinais de lesão exposta)	USA	Regulação + UR/USB
Acidente em rodovia	USA + UR/Concessionária	Regulação + USB

Acidente de moto (vítima consciente)	UR/USB	Regulação
Acidente de moto (vítima inconsciente ou sinais de lesão exposta)	USA	Regulação + UR

Orientações ao solicitante:

- Orientar sempre a não mexer nas vítimas, sinalizar o local e aguardar a chegada do socorro;
- Solicitar ao informante se tem condições de verificar rapidamente algum tipo de combustível, algum produto tóxico vazando no local e/ou possibilidade de incêndio para acionamento de outros órgãos públicos. Perguntar se já tem algum policiamento no local?
- Frente à necessidade de apoio da PM, pode ser solicitado que o acionamento se dê à partir do chefe de plantão do 193, o que favoreceria uma agilização na resposta.

Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM NOTRAUMATIZADO - QUEDAS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

ABORDAGEM NO TRAUMATIZADO – QUEDAS

Abordagem:

- Idade e sexo
- Queda da própria altura? Queda de que altura? Superfície sobre a qual caiu. Vítima consciente? Vítima respirando? Lesões aparentes? Em que regiões? Vítima está movendo espontaneamente os membros? Localização das hemorragias aparentes? Há quanto tempo???... Até 24hs do trauma, regulação pelo SAMU Após 24hs, via CROSS!
- Com relação às quedas de outro nível, é importante relembrar a diferença conceitual que se segue:
    1. PHTLS (NAEMT): considera como evento potencialmente grave, quando a altura da queda, for superior a 3 vezes a estatura da vítima (independente de idade), o que representaria dizer que de acordo com a estatura média do brasileiro, corresponderia a 4,7 metros.
    2. Manual dos Bombeiros: considera como evento grave, as quedas de mais de 7,0 metros.

Decisão técnica:

TIPO DE OCORRÊNCIA	VIATURA	APOIO
Queda da própria altura (vítima consciente)	USB	Regulaçã o
Queda da própria altura (vítima inconsciente)	USA	Regulação + USB/UR
Queda de outras alturas (vítima consciente)	USB/UR	Regulação (USB/USA)
Queda de outras alturas (vítima inconsciente)	USA	Regulação + UR
Queda com objetos transfixantes	UR + USA	Regulação USB)

USA:

- Quando identificado que há risco iminente de vida, associado ou não à quadro com indicativos de TRM
- Quedas acima de 3 metros, ou proporcionais em casos

pediátricosUSB: Demais situações

Observação: Frente à necessidade de apoio da PM, pode ser solicitado que o acionamento se dê à partir do chefe de plantão do 193, o que favoreceria uma agilização na resposta.

Orientações ao solicitante: Não mexer na vítima antes da chegada do socorro.

Acompanhamento da decisão técnica: USB –Reforçar imobilização adequada de coluna. Orientação ao motorista da Viatura quanto à aceleração e desaceleração.

Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM NOTRAUMATIZADO – FAB/FAF/AGRESSÕES	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

ABORDAGEM DO TRAUMATIZADO – FAB/FPAF/AGRESSÕES

Abordagem:

- Região do tiro ou facada.
- Motivo aparente da lesão - tipo de arma.
- Número de vítimas agredidas.
- Agressor no local da ocorrência?
- Orifício de entrada e saída.
- Vítima consciente, falando?
- Presença de mais de um ferimento?

Decisão técnica:

TIPO DE OCORRÊNCIA	VIATURA	APOIO
Agressões interpessoais/espancamentos	US B	USA + Polícia Militar
Vítima de Arma de Fogo	UR ou USA	Regulação + Polícia Militar
Vítima de Arma Branca	UR ou USA	Regulação + Polícia Militar

USA: prioritariamente, obrigatoriamente em suspeita de penetração em crânio, região cervical, tórax eabdome
USB: em situações de comprovada segurança para a vítima, sem repercussão hemodinâmica
Observação: Frente à necessidade de apoio da PM, pode ser solicitado que o acionamento se dê a partir dochefe de plantão do 193, o que favoreceria uma agilização na resposta.
Orientações ao solicitante: Não mexer na vítima antes da chegada do socorro.
Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades(Recursos Humanos e Materiais)
Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino.Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM NOTRAUMATIZADO - QUEIMADURAS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

ABORDAGEM DO TRAUMATIZADO - QUEIMADURAS

Abordagem:

- Idade e sexo
- Tipo de agente causador (Incêndios, líquidos ferventes, substâncias químicas, explosões,Eletrocussões...).
- Localização e aspecto da queimadura.
- A vítima está falando? Respirando? Houve queimaduras de vias aéreas? ... no nariz e boca?
- Sinais de Gravidade Imediata:
    1. Distúrbios de consciência.
    2. Dificuldade respiratória. Voz rouca.
    3. Acima de15% em adultos e idosos.
    4. Acima de 5 % em crianças.
    5. Localização: Face, pescoço, orifícios naturais.

Decisão técnica:

TIPO DE EVENTO	VIATURA	APOIO
Queimados	UR + USA	Regulação
Incêndio com vítimas	UR + USA	Regulação
Catástrofes, explosões	UR + USA	Regulação

- USA: quando houver pelo menos 1 dos sinais de gravidade
- USB: Avaliar a possibilidade nos demais casos.
- Avaliar necessidade de analgesia.
- Acionamento de bombeiros nos casos de incêndio, explosões, produtos perigosos, riscos físicos, etc.

Orientações ao solicitante:

- Retirar vítima da área de risco.
- Resfriar a parte queimada o mais cedo possível com água fria durante 15 minutos, sem pressão, semretirar vestimentas aderidas.
- Quando por substâncias químicas, retirar mecanicamente antes de lavar.
- Não passar nas queimaduras: pasta de dente e outros produtos.

Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades (Recursos
Humanos e Materiais)

Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino

Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM NOTRAUMATIZADO – DESABAMENTOS E SOTERRAMENTOS	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

ABORDAGEM DO TRAUMATIZADO – DESABAMENTOS E SOTERRAMENTOS

Abordagem:

- Sexo e idade
- Motivo do desabamento;
- Tipo de material precipitado sobre a vítima;
- Vítima total ou parcialmente encoberta;
- Número de vítimas;
- Nível de consciência, respiração
- Lesões aparentes? Em que regiões do corpo?
- Hemorragias aparentes?

Decisão técnica:

TIPO DE EVENTO	VIATURA	APOIO
Desabamento	UR + USA	Regulação

USA:

- Prioritária, com apoio dos Bombeiros
- Em sinais de comprometimento hemodinâmico ou da ventilação
- Em casos de Múltiplas Vítimas (IMV = 5 ou mais vítimas) USB: Nos demais casos

Observação:

- Acionar o Corpo de Bombeiros, Companhia Elétrica, e demais apoio necessários em caso de riscopersistente no local
- Frente à necessidade de apoio da PM, pode ser solicitado que o acionamento se dê a partir do chefede plantão do 193, o que favoreceria uma agilização na resposta.

Orientações ao solicitante: Não mexer na vítima antes da chegada do socorro.

Acompanhamento da decisão técnica: Em local de risco aguardar a chegada da equipe de resgate. Subsidiara equipe com dados técnicos e demais necessidades (Recursos Humanos e Materiais)

Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM NOTRAUMATIZADO - ELETROCUSSÃO	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

ABORDAGEM DO TRAUMATIZADO – ELETROCUSSÃO

Abordagem:

- Idade e sexo
- Avaliar eventual risco persistente local.
- Levantar Sinais de gravidade imediata: consciência e ventilação
- Localização de pontos de entrada e saída.
- Há trauma associado (queda, ejetado?).
- Questionar choque por alta ou baixa tensão.
- Extensão das queimaduras.
- Sinais de Gravidade Imediata:
    1. Problemas neurológicos (alterações de consciência, perda de consciência breve ou estadode morte aparente);
    2. Dificuldade respiratória (tetanização dos músculos respiratórios);
    3. Queimaduras de grandes extensões;
    4. Evento associado com trauma (queda, ejeção etc.);
    5. Choque elétrico de alta tensão.
    6. PCR
    7. Arritmias

cardíacasDecisão técnica:

TIPO DE EVENTO	VIATURA	APOIO
Choque elétrico	UR + USA	Regulação

- USA: Quando houver pelo menos 1 dos sinais de gravidade:
    1. Instabilidade ventilatória
    2. Alteração do sensório
    3. Queimaduras extensas
    4. Evento associado a trauma
    5. Choque elétrico de alta tensão
    6. PCR ou Arritmias
- USB: Avaliar possibilidade nos demais casos.
- Avaliar necessidade de analgesia.
- Acionar Corpo de Bombeiros e Companhia Elétrica em caso de risco persistente local.

- Frente à necessidade de apoio da PM, pode ser solicitado que o acionamento se dê à partir do chefe de plantão do 193, o que favoreceria uma agilização na resposta.

Orientações ao solicitante:

- Retirar vítima da área de risco, TOMANDO CUIDADO COM A PROTEÇÃO PESSOAL, para não se tornar outra vítima.
- Desligar chave sistema de energia

Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades (Recursos Humanos e Materiais)
Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destino
Finalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS – ABORDAGEM NOTRAUMATIZADO - AFOGAMENTO	
PROFISSIONAIS: TARM's e MR's	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

ABORDAGEM DO TRAUMATIZADO – AFOGAMENTO

Abordagem:

- Tempo de imersão,
- Idade,
- Agua doce? Outro líquido?
- Antecedente de trauma, Dispneia,
- Alterações neurológicas
- Sinais de Gravidade Imediata – Sequência de avaliação da vítima:
    1. Aquastress - paciente respirando às vezes, discretamente hipotérmico, com arrepios.
    2. Pequena Hipóxia - pequena inalação, sintomas de tosse.
    3. Grande hipóxia - Insuficiência respiratória severa.
    4. PC

RDecisão técnica:

TIPO DE EVENTO	VIATURA	APOIO
Afogamento	UR + USA	Regulação

- USA: Prioritariamente
- USB: Nos casos de aquastress
- Orientações ao solicitante:
    1. Retirar vítima da área de risco, TOMANDO CUIDADO COM A PROTEÇÃO PESSOAL, para nãose tornar outra vítima.

Acompanhamento da decisão técnica: Subsidiar a equipe com dados técnicos e demais necessidades(Recursos Humanos e Materiais)
Decisão gestora: Busca do serviço mais adequado na grade de referência. Comunicação ao serviço de destinoFinalização: Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO	
PROFISSIONAIS: EQUIPE DE ENFERMAGEM	

-

- Chegar ao plantão no mínimo dez minutos antes do horário
- Verificar a escala de enfermagem e administrativos do dia e colocando no quadro (Lei No. 7498/86 e Decreto 94406/87) PRIVATIVO DO ENFERMEIRO;
- Checar a escala do dia e anotar presença/ ausência ou atraso;
- Supervisionar as atividades da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar;
- Obedecer à Lei do Exercício Profissional (Lei No. 7498/86 e Decreto 94406/87);
- Obedecer ao Código de Ética de Enfermagem;
- Realizar a Sistematização de Assistência de Enfermagem;
- Realizar a conferência de materiais e medicamentos da ambulância juntamente com check-list proposto pela instituição. Manter todos os materiais e medicamentos de forma organizada dentro da viatura.
- Supervisionar os profissionais de enfermagem das viaturas do suporte básico na conferência de materiais, medicamentos, limpeza. Verificar se o impresso de check-list está presente dentro da viatura e se está sendo devidamente preenchido e assinado
- Prestar assistência a gestante, a parturiente e realizar o parto normal;
- Prestar assistência ao recém-nato;
- Realizar parto sem distócia;
- Executar prescrições médicas por telemedicina, bem como protocolo da instituição;
- Ser responsável pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização dopaciente no local do evento e durante o transporte;
- Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco demorte, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Participar de programas de treinamento e aprimoramento da equipe de saúde em urgências eemergências, particularmente nos programas do Núcleo de Educação Permanente;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes a sua profissão;
- Zelar pela Segurança do Paciente;
- Conhecer os equipamentos da unidade móvel, verificar o funcionamento e zelar pelos mesmos;
- Realizar a checagem do funcionamento da incubadora, respiradores e monitores reservas a cada plantão e mantê-los limpos e prontos para o uso, caso apresente uma situação emergencial;
- Verificar o funcionamento e detectando defeito, comunicar enfermeiro RT ou Coordenação descrevendo o problema para ser providenciado a manutenção
- Prover a unidade móvel de materiais e medicamentos se necessário providenciar reposição;
- Realizar limpeza terminal ou concorrente, conforme escala e a conforme a necessidade;
- Supervisionar os relatórios/anotações de enfermagem das Unidades de Suporte Básico, verificar necessidade de orientação dos profissionais de nível médio quanto a Decisão COREN SP 001/2000 eas anotações;

COMPETÊNCIAS DA ENFERMAGEM	
PROFISSIONAIS: EQUIPE DE ENFERMAGEM	

- Chegar ao plantão no mínimo dez minutos antes do horário (turno de trabalho). Informar a Central de Regulação Médica o nome dos membros da equipe (não podendo ser apelido) e qual unidade móvel está assumindo.
- Cumprir a escala mensal de serviço;
- Assinar folha ponto todos os dias no início e ao término de cada plantão (preencher o formulário de falta abonada e a folha de ponto mensal, atestados médicos deverão ser entregues a coordenação, conforme decreto vigente da Prefeitura de Sorocaba);
- No início de cada plantão realizar a conferência de materiais e medicamentos da unidade móvel juntamente com check-list proposto pela instituição, repor todo material ou medicamento que está faltando. Manter todos os materiais e medicamentos de forma organizada dentro da unidade móvel
- Realizar assistência ao paciente de acordo com suas atribuições e competência profissional;
- Preencher ficha de atendimento do paciente em toda ocorrência, inclusive todos horários saída da base, chegada ao local, saída para o destino, chegada ao destino, saída do destino e chegada a base, nome dos integrantes da equipe (não podendo ser apelidos dos integrantes). Assinar e carimbar toda ficha de ocorrência, conforme Decisão COREN –SP-DIR/001/2000, que orienta o registro legível sem rasuras e devendo constar após o registro o carimbo do profissional;
- Realizar limpeza terminal conforme escala;
- Anotar na folha de gasto todo o material e medicamento utilizado em cada ocorrência, solicitando ao almoxarifado UPHZN ou UPHZO os materiais e medicamentos para reposição, ao término de cada ocorrência.
- Realizar todo primeiro dia de cada mês o controle da validade de todos os materiais e medicamentos estéreis e não estéreis das unidades móveis;
- A reposição de materiais e medicamentos deverá ser feita junto a enfermagem da UPH Zona Norte e UPH Zona Oeste no período que não há responsável pelo almoxarifado;
- Realizar limpeza e desinfecção interna das Unidades Móveis no início do plantão e após cada atendimento e quando necessário, também realizar limpeza terminal;
- Após término da ocorrência encaminhar para higienização, limpeza e desinfecção os materiais das unidades móveis que não forem descartáveis, em local próprio para este fim (Expurgo ou lavanderia);
- Retirar materiais limpos e esterilizados na Central de Material;
- Cada colaborador deverá trazer sua roupa de cama e 114eva-la no término de seu plantão.
- Para as bases descentralizadas dos demais municípios, devem ser seguidas as rotinas locais !!!

CUIDADOS PESSOAIS	
PROFISSIONAIS: EQUIPE DE ENFERMAGEM	

- Portar o uniforme padronizado do SAMU/192/Sorocaba (macacão de manga longa, camiseta com logotipo do SAMU ou branca lisa e botas de cano longo fornecidas pelo serviço);
- Portar o uniforme fechado até o pescoço, não retirar as mangas;
- Utilizar somente camiseta ou blusa branca sob o uniforme;
- Calçar bota fechada, sem cadarço, sola antiderrapante e na cor preta.
- Estar com os cabelos presos;
- Estar de unhas curtas e sem esmalte escuro;
- Não portar joias (anéis, pulseiras, colares...), segundo NR32 – 32.2.4.5
- Estar de barba feita;

PASSAGEM DE PLANTÃO	
PROFISSIONAIS: EQUIPE DE ENFERMAGEM	

- Assumir o plantão no mínimo dez minutos de antecedência de seu turno, comunicar a central de regulação os nomes dos integrantes da equipe e a viatura que vai assumir.
- Portar o uniforme padronizado do SAMU: Todo fechado até o pescoço, vestir camiseta branca por baixo do macacão. O sapato na cor preta, todo fechado (preferência bota);
- Trocar o plantão com a equipe anterior, realizando check-list, conforme padrão preestabelecido pelo Serviço;
- Ao passar o plantão todos os materiais e medicamentos utilizados durante o plantão devem estar reposto e os equipamentos todos funcionando como deveria. Avisar a equipe que está assumindo se está faltando algum material ou medicamento para que possa ser providenciado;
- Não se ausentar da base sem que seu colega do próximo plantão chegue para substituí-lo, podendo caracterizar abandono de plantão (previsto no Parecer COREN-SP 041/2013-CT);
- O socorrista, ao ouvir o chamado da central via rádio, ficará responsável em chamar a equipe, os quais terão 30 segundos para se deslocarem até a unidade móvel e avisarem a central do início do deslocamento;
- Independentemente do tipo de ocorrência a segurança da equipe é prioridade, portanto o condutor deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva;
- Transportar sempre para o local da ocorrência as mochilas concernentes ao atendimento;
- Atendimento em questão: SBV (Suporte Básico de Vida) sempre as mochilas vermelha e verde, DEA (Desfibrilador Externo Automático), adicionando a mochila laranja quando se tratar de casos traumáticos. SAV (Suporte Avançado de Vida) mochila azul, Amarela, Verde, Monitor Cardíaco, Mochila laranja quando se tratar de casos traumáticos
- Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento.
- Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luvas, máscara, óculos de proteção;
- Quando for uma ocorrência em via pública, segurança de cena realizada pelo condutor, deve-se ter o cuidado com o equipamento de proteção coletivo (cones) para sinalizar o local da ocorrência e proteger a equipe de terceiros, assim como solicitar que a central de regulação comunique a polícia militar/Guarda Civil Municipal/Polícia Rodoviária, para fazer a proteção do local e da equipe;
- Em caso de atendimento em via pública, após imobilização e manobras de suporte básico de vida, colocar a vítima na unidade móvel, procedendo aos demais cuidados sem que a pessoa fique exposta a curiosos;
- Em caso de atendimento domiciliar, colocar a vítima, quando possível, em local isolado do restante da família para que sejam realizados os procedimentos necessários sem expor a vítima e os demais membros da família;

- Após o atendimento domiciliar, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, averiguar junto à Central de Regulação o destino do paciente, para transportá-lo, se estiver com risco iminente a equipe, sair do local para passar o caso;
- Após o atendimento em via pública e/ou domiciliar, caberá a equipe (quem estiver livre) averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento na rua e/ou no domicílio, colocando-os em recipientes adequados;
- Desprezar no lixo hospitalar da unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gazes, esparadrapos, ataduras, etc.).
- Desprezar os materiais perfuro cortantes utilizados no atendimento (agulha, scalps, lancetas, abocath, bisturis, intracath, etc.) no descarpack (caixa de papelão rígido para desprezar perfuro cortantes);
- Anotar tudo o que foi gasto de material na folha de gasto conforme já visto na troca de plantão para que enfermeiro/técnicos e auxiliares de enfermagem, tenha noção do que foi gasto e do que precisa repor na unidade.
- Transportar a vítima para o destino conforme orientação da central de regulação, anotando na ficha de atendimento o nome do Hospital e do médico receptor; e nome do médico regulador
- Entregar o paciente para o médico e equipe de enfermagem, relatando para a equipe os procedimentos realizados e o quadro do mesmo, conforme POP de entrega do paciente à equipe do Hospital (as Unidades de Suporte Básico passam o caso obrigatoriamente ao enfermeiro da unidade de destino, conforme orientação do COREN-SP)
- Anotar na ficha de atendimento todo material que, eventualmente, precisou ser deixado junto ao paciente, a qual será assinada pela equipe que receberá o paciente e anotar pertences do paciente com assinatura do socorrista e do receptor do material
- Comunicar à central de regulação o material que foi deixado para que a mesma providencie que outra unidade ao passar pelo hospital possa recolher o material.
- Realizar transferência inter-hospitalares de paciente grave (paciente com necessidades de cuidados intensivos) ou transportes para Exames;
- Para que a central tenha controle total dos deslocamentos e das unidades livres, comunicar sempre à central de regulação saída da base, chegada no local da ocorrência ou hospital, saída do local da ocorrência e unidade livre e chegada à base.
- Realizar limpeza da unidade após cada atendimento, seguindo orientações que constam na limpeza terminal.
- Empacotar os materiais que devem ser enviados para esterilização (pinças, reanimador manual, instrumentais, etc.).
- A esterilização pela autoclave é realizada em estabelecimentos de saúde Unidade Pré-hospitalar Zona Oeste e Zona Norte.
- A equipe deve estar sempre junta e nunca dispersa, deste modo estará sempre pronta a deslocar-se para o local da ocorrência.

PROTOCOLOS SADAT

Os procedimentos terapêuticos e serviços de apoio diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem - radiografias) demandados pelas Unidades de Pronto Atendimento são de responsabilidade da CONTRATADA, sendo os demais procedimentos encaminhados para o serviço de referência definido pela CONTRATANTE.

O laboratório atenderá à UPA VILA DAVI E UPA BOM JESUS, sendo que a UPA BOM JESUS realizará a coleta e encaminhará para a UPA VILA DAVI.

a) Laboratório

Este setor é responsável pela coleta, análise e liberação dos resultados dos exames laboratoriais dentro das unidades de saúde.

Assim, as ligações entre este setor e todas as Unidades são importantes para a investigação e monitoramento dos pacientes internados, e os deslocamentos entre estes setores ocorrem com bastante frequência dentro da UPA.

Além das ligações citadas acima, também são frequentes os deslocamentos entre o Laboratório e Pronto Socorro.

Estes deslocamentos, além de ocorrerem com frequência, são em geral urgentes o que torna ainda mais importante a proximidade entre o Laboratório e estes setores.

b) Dos exames de imagem

Os pacientes se deslocaram ou serão conduzidos até os setores de diagnostico, e apenas em algumas exceções - casos de impossibilidade de deslocamento de um paciente em estado grave – alguns equipamentos do setor de Raio X e Ultrassonografia podem ser levados até o paciente.

Ademais, não obstante ainda, haverá a caracterização do espaço por cores, para maior clareza e facilidade na compreensão das áreas e seus usos quando as cores escolhidas fazem alguma referência ao sistema adotado na classificação de risco.

As cores estarão como detalhes em faixas, piso, parede do ambiente, contribuindo também para a sinalização.

Haverá ainda, a sinalização e identificação clara dos espaços e usos de modo a incluir todos os usuários, sendo importante que esta orientação já se inicie no entorno do equipamento de saúde.

Bem como, será implantado áreas de apoio para os trabalhadores sempre próximas do espaço de trabalho (copa, conforto, wc, etc.)

Para estabelecerem-se os fluxos operacionais de circulação dos usuários, preliminarmente, faz-se necessário a realização do acolhimento com Classificação de Risco como guia orientador para a atenção e gestão na urgência, outros modos de estar, ocupar e trabalhar se expressarão nesse lugar e solicitarão arranjos espaciais singulares, com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho.

Ao dar entrada na urgência o paciente deverá se dirigir à unidade de acolhimento, onde será realizada a primeira avaliação de classificação e risco de acordo com o Protocolo de Manchester e preenchido a ficha de atendimento, com quatro possíveis encaminhamentos:

(i) **Cor Vermelha** – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após estabilização estes pacientes serão encaminhados para área amarela.

(ii) **Cor Amarela** – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada, tempo de espera de até 1 hora.

(iii) **Cor Verde** – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda, tempo de espera de até 2 horas.

(iv) **Cor Azul** – atendimento médico em até 4 horas.

Destino do paciente:

1. Liberação com prescrição e orientação.
2. Observação – necessidade de permanência na unidade até 24 horas - leitos disponíveis na unidade de emergência/urgência.
3. Internação
4. Transferência, por indicação médica, para serviço de contrarreferência.

O fluxo operacional de circulação proposto norteará além do atendimento preliminar, inerente ao acolhimento com a classificação de risco, as seguintes características:

a) Paciente Externo: São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia e que não se encontram em regime de internação.

A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações brancas, reservadas aos funcionários e pacientes internados.

b) Paciente Interno: São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados

por funcionários / acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

c) Acompanhantes: São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade de pronto atendimento, inclusive na fase de internação, quando se tratar de idosos, crianças, gestantes e toda situação que houver a indicação médica e social.

d) Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, auxiliares, etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade.

A circulação de funcionários pode, por vezes, ser restrita, de acordo com o protocolo do setor às unidades em que atuam ou, em alguns casos, como acontece em geral com a maior parte dos profissionais de saúde, ser permitida em toda a unidade. Na maioria dos casos a circulação dos funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DOS SALÁRIOS E ENCARGOS

CARGOS	Quant	PISO	Média insalubridade+ ad noturno	Valor Total	RETIDO ALIQUOTA	Valor	LIQUIDO	INSS	FGTS	PIS	Custo da Folha	FÉRIAS	1/3	INSS	FGTS	13º SALARIO	INSS	FGTS	Multa	VT VA	TOTAL GASTOS MENSAIS
		SALARIAL						28,64%	8,00%	1%		1/12		28,64%	8,00%	1/12º	28,64%	8,00%	40,00%		
Enfermeiro 12x36 diurno	3	R$ 3.886,36	360,00	4.246,36	14,00	509,56	12.739,09	3.648,48	1.019,13	127,39	18.043,65	**1.061,59**	353,86	405,39	113,24	1.061,59	304,04	84,93	R$ 509,56	R$ 900,00	R$ 22.837,85
Enfermeiro 12x36 noturno	2	R$ 3.886,36	360,00	4.246,36	14,00	509,56	8.492,72	2.432,32	679,42	84,93	12.198,94	**707,73**	235,91	270,26	75,49	707,73	202,69	56,62	R$ 339,71	R$ 600,00	R$ 15.395,07
Técnico de enfermagem 12x36	8	R$ 2.720,45	360,00	3.080,45	14,00	369,65	24.643,64	7.057,94	1.971,49	246,44	34.289,16	**2.053,64**	684,55	784,22	219,05	2.053,64	588,16	164,29	R$ 985,75	R$ 2.400,00	R$ 44.222,44
Gerente administrativo	1	R$ 5.000,00	360,00	5.360,00	14,00	643,20	5.360,00	1.535,10	428,80	53,60	8.020,70	**446,67**	148,89	170,57	47,64	446,67	127,93	35,73	R$ 214,40	R$ 300,00	R$ 9.959,20
Coord Administrativo	1	R$ 1.900,00	360,00	2.260,00	14,00	271,20	2.260,00	647,26	180,80	22,60	3.381,86	**188,33**	62,78	71,92	20,09	188,33	53,94	15,07	R$ 90,40	R$ 300,00	R$ 4.372,72
Analista Administrativo	1	R$ 2.500,00	360,00	2.860,00	14,00	343,20	2.860,00	819,10	228,80	28,60	4.279,70	**238,33**	79,44	91,01	25,42	238,33	68,26	19,07	R$ 114,40	R$ 300,00	R$ 5.453,97
Auxiliar administrativo	3	R$ 1.850,00	360,00	2.210,00	14,00	265,20	6.630,00	1.898,83	530,40	66,30	9.390,73	**552,50**	184,17	210,98	58,93	552,50	158,24	44,20	R$ 265,20	R$ 900,00	R$ 12.317,45
Recepção 12x36	7	R$ 1.650,00	360,00	2.010,00	14,00	241,20	14.070,00	4.029,65	1.125,60	140,70	19.607,15	**1.172,50**	390,83	447,74	125,07	1.172,50	335,80	93,80	R$ 562,80	R$ 2.100,00	R$ 26.008,19
Técnico de Imobilização	1	R$ 1.800,00	360,00	2.160,00	14,00	259,20	2.160,00	618,62	172,80	21,60	3.232,22	**180,00**	60,00	68,74	19,20	180,00	51,55	14,40	R$ 86,40	R$ 300,00	R$ 4.192,51
Nutricionista	1	R$ 3.000,00	360,00	3.360,00	14,00	470,40	3.360,00	962,30	268,80	33,60	5.095,10	**280,00**	93,33	106,92	29,87	280,00	80,19	22,40	R$ 134,40	R$ 300,00	R$ 6.422,22
Cozinheira	3	R$ 2.000,00	360,00	2.360,00	14,00	330,40	7.080,00	2.027,71	566,40	70,80	10.075,31	**590,00**	196,67	225,30	62,93	590,00	168,98	47,20	R$ 283,20	R$ 900,00	R$ 13.139,59
Auxiliar de cozinha	2	R$ 1.690,00	360,00	2.050,00	14,00	287,00	4.100,00	1.174,24	328,00	41,00	5.930,24	**341,67**	113,89	130,47	36,44	341,67	97,85	27,33	R$ 164,00	R$ 600,00	R$ 7.783,56
Motorista	5	R$ 1.900,00	360,00	2.260,00	14,00	316,40	11.300,00	3.236,32	904,00	113,00	15.869,72	**941,67**	313,89	359,59	100,44	941,67	269,69	75,33	R$ 452,00	R$ 1.500,00	R$ 20.824,00
Total Contratados CLT	**38,00**	**33.783,18**	**4.680,00**	**38.463,18**	**182,00**	**4.816,18**	**105.055,45**	**30.087,88**	**8.404,44**	**1.050,55**	**149.414,50**	**8.754,62**	**2.918,21**	**3.343,10**	**933,83**	**8.754,62**	**2.507,32**	**700,37**	**4.202,22**	**11.400,00**	**192.928,78**

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

PLANO DE TRABALHO E PROPOSTA FINANCEIRA

À
Comissão Especial de Seleção
Prefeitura Municipal de Jacupiranga

Chamamento Público nº 02/2025

Objeto: Celebração de contrato de gestão com instituição sem fins lucrativos objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de Pronto Atendimento, em consonância com as Políticas De Saúde do SUS e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde De Jacupiranga, pelo prazo de 12 meses e por se tratar de serviço continuado o mesmo poderá ser prorrogado por menor, igual ou maior período conforme necessidade do município.

O Conselho de Administração do **Instituto de Gestão Administração e Treinamento em Saúde - IGATS**, com sede à Avenida Benedito de Campos, 156, sala 5 – Ibiúna/SP, inscrita no CNPJ sob o nº 12.043.445/0001-38, neste ato representados respectivamente pelo Presidente, e seus conselheiros, no exercício das suas funções legais e estatutárias, em reunião realizada aos dias 16 do mês de janeiro de 2026, examinaram o plano de trabalho, o orçamento (proposta financeira) e o programa de investimento da organização social elaborada para apresentação na Prefeitura Municipal de Jacupiranga, no âmbito do Chamamento Público nº 02/2025, e **aprovam** por

Prova de Autenticidade válida até 21/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 21/01/2026 10:31:33 que o documento de hash (SHA-256) ff30b04bf499e7405f6709f20253a34720a37ca54ba4759f3a0f5d2f1d7f69f8 foi validado em 21/01/2026 10:29:58 através da transação blockchain 0x5b6a8f8941b156a7ced8d2c9eb030d699d6b68c1feadee05eaf23f2d8a31a582 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 304342)

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

unanimidade para participação no procedimento em epígrafe, bem como, do contrato de gestão a ser celebrado, caso seja sagrada vencedora do certame.

Ibiúna, 16 de janeiro de 2026.

Jackson David

Jackson David de Oliveira
Presidente do Conselho de Administração

Alayana Cassia Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ana C C Corrêa

Ana Carolyne Oliveira Correa
Conselho de Administração

Flavia Juceli Silva de Sá
Conselho de Administração

Anderson Vieira de Almeida

Anderson Vieira de Almeida
Conselho de Administração

Prova de Autenticidade válida até 21/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 21/01/2026 10:31:33 que o documento de hash (SHA-256) ff30b04bf499e7405f6709f20253a34720a37ca54ba4759f3a0f5d2f1d7f69f8 foi validado em 21/01/2026 10:29:58 através da transação blockchain 0x5b6a8f8941b156a7ced8d2c9eb030d699d6b68c1feadee05eaf23f2d8a31a582 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 304342)

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 21/04/2026

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 **ff30b04bf499e7405f6709f20253a34720a37ca54ba4759f3a0f5d2f1d7f69f8** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **304342** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Ata de Aprovação do Conselho. Plano e Proposta. Igats x Jacupiranga"**, cujo assunto é descrito como **"Ata de Aprovação do Conselho. Plano e Proposta. Igats x Jacupiranga"**, faz prova de que em **21/01/2026 10:29:53**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **21/01/2026 10:31:33** 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 **0x5b6a8f8941b156a7ced8d2c9eb030d699d6b68c1feadee05eaf23f2d8a31a582**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

HABILITAÇÃO JURÍDICA

DECRETO Nº 2023, DE 30 DE SETEMBRO DE 2021.

"DISPÕE SOBRE QUALIFICAÇÃO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE JACUPIRANGA, PARA A ÁREA DA SAÚDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

ROBERTO CARLOS GARCIA, Prefeito do Municipio de Jacupiranga, do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais; **e**

CONSIDERANDO os termos da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e que tal legislação determina que o Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos ali previstos (artigo 1º);

CONSIDERANDO que essa mesma legislação estende no âmbito da União os efeitos de seus artigos 11 e 12, § 3º, para as entidades qualificadas como organizações sociais pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie os preceitos daquela Lei e a legislação específica de âmbito federal;

CONSIDERANDO as disposições da Lei Municipal nº 957, de 23/05/2009, regulamentado pelo Decreto nº 1.779, de 10/06/2019, que determina os requisitos para a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais desde que desenvolvam atividades não exclusivas do Poder Público nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, planejamento urbano, proteção e preservação do meio ambiente, cultura, esporte e saúde;

CONSIDERANDO o parecer conclusivo da Comissão de Qualificação do Chamamento Público nº 001/2021, nomeada pela Portaria nº 13.492, de 16/06/2021;

D E C R E T A

Art. 1º - Ficam qualificadas no âmbito do Município de Jacupiranga, como Organização Social na área da Saúde, as Entidades abaixo relacionadas, a saber:

- **UNIÃO PELA BENEFICÊNCIA COMUNITÁRIA E SAÚDE – UNISAU, CNPJ 06.254.154/0001-96;**
- **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, CNPJ 14.512.229/0001-10;**
- **INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E GESTÃO EM SAÚDE INSAÚDE, CNPJ 44.563.716/0001-72;**
- **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, CNPJ 47.708.771/0001-00;**
- **PRÓ-SAÚDE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR, CNPJ 24.232.886/0001-67;**

Assinado por 3 pessoas: JULIANA DURAU PIRES DA COSTA, FABIO PAQUES DE OLIVEIRA GRAÇA e ROBERTO CARLOS GARCIA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://jacupiranga.1doc.com.br/verificacao/ e informe o código 48F7-FD76-3440-931C

- **ORGANIZAÇÃO SOCIAL BENEFICENTE CRISTÃ DE ASSISTÊNCIA SOCIAL À SAÚDE E EDUCAÇÃO - ORGANIZAÇÃO MÃOS AMIGAS, CNPJ 22.741.429/0001-72;**
- **INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE - IGAPS, CNPJ 06.879.414/0001-19;**
- **INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE IGATS, CNPJ 12.043.445/0001-38;**
- **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES, CNPJ 73.027.690/0001-46.**

Art. 2º - As despesas decorrentes da execução do presente Decreto, correrão por conta de verbas orçamentárias próprias.

Art. 3º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando mantido na íntegra o Decreto nº 1.795, de 04/09/2019.

Prefeitura Municipal de Jacupiranga, 30 de setembro de 2021.

ROBERTO CARLOS GARCIA
Prefeito Municipal

Registrado e Publicado na data supra

JULIANA DURAU PIRES DA COSTA
Diretora do Depto. de Administração

FABIO PAQUES DE OLIVEIRA GRAÇA
Diretor do Depto. Jurídico

Assinado por 3 pessoas: JULIANA DURAU PIRES DA COSTA, FABIO PAQUES DE OLIVEIRA GRAÇA e ROBERTO CARLOS GARCIA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://jacupiranga.1doc.com.br/verificacao/ e informe o código 48F7-FD76-3440-931C

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 48F7-FD76-3440-931C

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

JULIANA DURAU PIRES DA COSTA (CPF 303.477.808-22) em 01/10/2021 11:11:27 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

FABIO PAQUES DE OLIVEIRA GRAÇA (CPF 217.526.828-40) em 01/10/2021 11:36:41 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

ROBERTO CARLOS GARCIA (CPF 060.496.538-95) em 01/10/2021 15:20:09 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://jacupiranga.1doc.com.br/verificacao/48F7-FD76-3440-931C

IBIÚNA - RTDPJ

Oficial de Registro de Imóveis, Titulos Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da comarca de Ibiúna - SP

Oficial Titular: Helio Pecci

rua Zico Soares,, 444 - térreo - centro

Tel.: (15) 3241-1938 - Email: cartorioibiuna@yahoo.com.br

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA

REGISTRO PARA FINS DE PUBLICIDADE E EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

Nº 5513 de 27/11/2024

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo **28 (vinte e oito) páginas**, foi apresentado em 27/11/2024, o qual foi protocolado sob nº 6104, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **5513** e averbado no registro primitivo nº 3711 no Livro A deste Oficial de Registro de Imóveis, Titulos Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da comarca de Ibiúna - SP na presente data.

Apresentante
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD

Natureza
Estatuto Social - alteração > Averbação sem alterações

Denominação da PJ: INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS

Ibiuna - SP, 27 de novembro de 2024

Assinado eletronicamente

ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO
Escrevente

Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 110,50	R$ 31,41	R$ 21,49	R$ 5,82	R$ 7,58
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 5,30	R$ 5,52	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 187,62

Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site:
rtdbrasil.org.br/certidaoregistro
e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

5513

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:
selodigital.tjsp.jus.br

Selo Digital
1207334PJHJ000004146HJ249

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb3 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n° 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos n° 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social, convoca os associados para a Assembleia Geral Extraordinária a ser realizada na sede da entidade, endereço supramencionado, em 08.08.2024, em 1° chamada às 15h30 e às 16h30 em 2° chamada, com o término previsto para às 17h30, para deliberarem sobre o assunto constante da seguinte "ORDEM DO DIA":

I – Alteração do estatuto social.

II – Demais assuntos de interesse da entidade.

Ibiúna, 31 de julho de 2024.

Tab. COPPINI

Reginaldo de Oliveira Giraud

Reginaldo de Oliveira Giraud

Presidente

CPF n° 296.458.368-40

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TITULOS DE IBIUNA
RECONHECO por SEMELHANCA S/ VALOR DECLARADO 1 firma(s) de:
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Ibiuna, 08 de novembro de 2024 as 09:54:00.
Em test. _____ da verdade. P: 7
Caio Eduardo Marani Coppini - Escrevente Autorizado
Vlr:R$ 8,37. C:272528 Selo(s): 0388AA-121152
Valido somente com o selo de Autenticidade.

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo ARPEN SP
124701
FIRMA 1
S10388AA0121152

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
IBIUNA - SP
Caio Eduardo Marani Coppini
Escrevente Autorizado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

AO ILUSTRÍSSIMO SR. OFICIAL DO CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TITULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA DE IBIÚNA

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n° 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos n° 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social, requer o registro e arquivamento da presente ata de assembleia geral extraordinária anexa.

Ibiúna, 08 de agosto de 2024.

Reginaldo de Oliveira Giraud

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente
CPF n° 296.458.368-40

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
IBIÚNA, SP DESDE 1888
ANTONIETA CAETANO GONÇALVES
Oficial
Avenida Fortunatinho, Nº 135 - Centro - Fone / Fax: (15) 3248-3262
Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de, 01 firma de REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD, em documento sem valor econômico, , do que dou fé.
Ibiúna, 9 de agosto de 2024 222251/29-56
R$ 8,37
BRUNO YUJI FUKUOKA - Escrevente Autorizado
0387AA0096408 - FIRMA
Válido Somente com o Selo de Autenticação
CARTÓRIO IBIÚNA SP

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo
114900 FIRMA 1
0387AA0096408
BRUNO YUJI FUKUOKA
Escrevente Autorizado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

IGATS

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,
Ibiúna - SP

ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Aos oito dias de agosto de 2024, exatamente às dezesseis horas e cinco minutos, na sede da entidade, sito à Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP CEP 18150-000, deu-se início à Assembleia Geral Extraordinária da Entidade denominada "**INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**", nos moldes estabelecidos em Estatuto. A Assembleia foi presidida pelo Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, Presidente da entidade, auxiliado pelo Sr. Carlos Alberto Alves de Moraes, designado pelo Presidente para secretariar os trabalhos. A convocação em caráter extraordinário se fez pela Diretoria, segundo competência atribuída pelo art. 27 e ss. do estatuto, com a convocação prévia de 05 (cinco) dias de antecedência, por meio de circular eletrônica dirigida aos associados que assinam pelo recebimento da convocação. A Assembleia foi instalada em primeira convocação, pela presença de da maioria dos associados, cuja presença se atesta pela assinatura da lista de presença que segue anexa, ausente apenas o Conselheiro Marco Antonio da Luz. Iniciados os trabalhos, o Presidente da Entidade, obedecendo a ordem de pauta estabelecida no edital de convocação, informou que a entidade havia protocolado pedido de qualificação como Organização Social da Saúde junto ao Governo do Estado de São Paulo, havendo a necessidade de adequar o estatuto social, no sentido de suprimir o art. 36.3 que dispunha: "Compete ao Presidente do Conselho de Administração: ter o voto de qualidade nas deliberações coletivas, em caso de empate", bem como suprimir o art. 41.7 que dispunha: "Compete ao Presidente do IGATS: exercer o voto de qualidade", a fim de atender a todos os requisitos estabelecidos pela legislação estadual necessários à qualificação. Como consequência óbvia, a supressão do art. 41.7 do Estatuto foi responsável por alterar a numeração dos demais artigos subsequentes, ficando consignado em ata a nova redação, completa, do art. 41, a saber: " Artigo 41º - Compete ao Presidente do IGATS: 41.1 – Representar administrativamente o IGATS; 41.2 –administrar o IGATS; 41.3 – responder pelos seus atos na administração; 41.4 – responder ativa e passivamente, judicial e extrajudicamente a associação; 41.5 – convocar e presidir as assembléias; 41.6 - Constituir mandatários, procuradores e advogados; 41.7 – contratar e demitir funcionários, devendo prestar contas ao Conselho de Administração; 41.8 – montar o planejamento estratégico e os planos de trabalho com auxílio dos técnicos do instituto ou de profissionais ou empresas contratadas para essa tarefa; 41.9 – assinar documentos, recebimentos e pagamentos em conjunto com o Tesoureiro; 41.10 – abrir e movimentar em conjunto com o Tesoureiro contas bancárias; 41.11 – compromissar e assinar em conjunto com o Tesoureiro fianças bancárias". Após a explanação do Presidente demonstrando a supressão dos artigos supramencionados e a alteração lógica da numeração, a proposta de a qual foi aprovada por todos, sem qualquer objeção. Como nada mais havia para ser tratado, o Presidente agradeceu a presença de todos, determinando a mim, que servi como Secretário, que lavrasse a presente ata e a levasse a registro junto aos órgãos competentes para surtir os efeitos jurídicos necessários.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

A presente ata segue assinada por mim e pelo Presidente da Associação que encerrou os trabalhos da Assembleia, acompanhada pela lista de presença assinada por todos os presentes, como sinal de sua aprovação.

Ibiúna, 08 de agosto de 2024.

Tab COPPINI

Reginaldo de Oliveira Giraud

Presidente CPF. 296.458.368-40.

Tab COPPINI

Carlos Alberto Alves de Moraes

Secretário CPF. 235.118.638-80.

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TITULOS DE IBIUNA
RECONHECO por SEMELHANCA S/ VALOR DECLARADO 2 firma(s) de:
CARLOS ALBERTO ALVES DE MORAES E REGINALDO DE OLIVEIRA
GIRAUD
Ibiuna, 08 de novembro de 2024 as 07:52:08.
Em test. da verdade. P: 6
Caio Eduardo Marani Coppini - Escrevente Autorizado
Vlr:R$ 16,74. C:272514 Selo(s): 0388AA-15723
Valido somente com o selo de Autenticidade.

124701
FIRMA 2
S20388AA0015723

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
IBIÚNA - SP
Caio Eduardo Marani Coppini
Escrevente Autorizado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

IGATS

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

Lista de Presença

ATA DE ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA 08.08.2024
INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS

CNPJ 12.043.445/0001-38

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

Carlos Alberto Alves de Moraes
Tesoureiro

Jackson David Oliveira
Presidente do Conselho de Administração

Flávia Juceli Silva de Sá
Conselho de Administração

Alayana Cassia Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ana Carolyne Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ibiúna, 08 de agosto de 2024.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CREMESP 100204

7ª Alteração Reforma e Consolidação do Estatuto

Capitulo I
Da denominação, duração, fins, natureza, sede e foro

Art. 1º - O IGATS é uma Organização Social, sem fim econômico e/ou lucrativos, de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, constituída em 24/05/2010, registrada no CNPJ/MF sob o nº 12.043.445/0001-38, regendo-se pelo presente estatuto e pela legislação que lhe for aplicável.

Art. 2º - O IGATS, é também denominado simplesmente de IGATS.

Art. 3º - A sede MATRIZ do IGATS, CNPJ nº 12.043.445/0001-38, sito à Avenida Vereador Benedito de Campos, 156 2º Andar Sala 5 bairro Centro, cidade de Ibiúna-SP, CEP: 18150-000.

Artigo 4º - O prazo de duração do IGATS é indeterminado.

Artigo 5º - Os objetivos do IGATS consistem em:

5.1 – Promover assistência à saúde;

5.2 – Administrar e manter hospitais, clínicas, postos de saúde, centros de imagens e laboratórios;

5.3 – Desenvolver programa de parcerias público e privado;

5.4 – Promover convênios e contratos de gestão com setor público;

5.5 – Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimentos de urgências;

5.6 – Atividades de atendimento em pronto-socorro com assistência 24 horas e com leitos de observação;

5.7 – Gestão de posto de saúde pública;

5.8 – Gestão de posto de assistência médica sem internação;

5.9 – Gestão de saúde pública;

5.10 – Promover a Medicina Preventiva;

5.11 – Desenvolver programa de saúde do trabalhador;

5.12 – Promover integração de ações com setor governamental e iniciativa privada;

5.13 – Desenvolver programas, treinamentos, capacitação e atualização junto aos profissionais de saúde;

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

CREMESP 100204

5.14– Colaborar pelos meios adequados, no Brasil e no exterior, com as instituições públicas e privadas, no que tange a ensino, pesquisa, assistência médica, informática, técnica administrativa ou cientificas, por meio de convênios, visando à prever e detectar os agravos à saúde humana;

5.15 – Estimular trabalhos de pesquisa, ensino e assistência, por meio de apoio material, e de remuneração condigna àqueles que se propõem a tais fins;

5.16 – Promover a capacitação e treinamento de Recursos Humanos na área da saúde;

5.17 – Promover em unidades de saúde ou unidades móveis, programas de assistência médica, coletas de exames, com o apoio de voluntários e agentes comunitários de saúde em suas áreas de influência;

5.18 – Executar outros serviços correlatos na área da saúde, com ênfase no programa de voluntário, com o objetivo de propiciar a pessoa carente e sem recursos, o apoio psicossocial e material para superar ou reduzir as deficiências, o sofrimento e falta de informação do paciente e da sua família;

5.19 – Promover assistência às pessoas carentes de recursos ou portadoras de deficiência física, mental, auditivas, ou múltiplas, pela melhoria da acessibilidade, por meio do esporte, da informação, de doações, de bolsas de estudos, de apoio material, ou por outros meios e ações correlatas, especialmente a sua reabilitação física e mental;

5.20 – Desenvolvimento de diagnósticos e soluções para hospitais, ferramentas em gestão para saúde pública;

5.21 – Desenvolver atividades, trabalhos educativas voltados ao ensino fundamental;

5.22 – Administrar educação infantil e manter - creches, berçários, creches assistenciais;

5.23 – Elaborar, editar e distribuir materiais informativos, técnicos e científicos;

5.24 – Promover estágio com alunos de cursos técnicos, profissionalizantes e de graduação;

5.25 –Integrar as atividades de saúde com faculdades, universidades e escolas técnicas e cursos profissionalizantes;

5.26 – Colaborar com poderes públicos no exame e encaminhamentos de atos normativos, de qualquer espécie, relativos às finalidades estatutárias e serviços correlatos, bem como colaborar na concepção e implementação de políticas públicas;

5.27 – Promover e difundir tecnologias sociais aplicadas nas diversas áreas afins, obtida através de permanente intercâmbio com outros centros no Brasil e ainda no Exterior;

5.28 – Coordenar e integrar diferentes competências entre os seus associados para atendimento a projetos que tenham por exigência básica a introdução de inovação sejam tecnológicas, sejam metodológicas, assegurando prazos firmados e padrões de qualidade;

5.29 – Promover o repasse das tecnologias absorvidas e ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico desenvolvido;

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, centro, Ibiúna - SP
CNPJ n° 12.043.445/0001-38

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb3, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

CREMESP
10092024

5.30 – Promover o repasse das tecnologias absorvidas e ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico desenvolvido;

5.31 – Mão-de-obra complementar com portadores de necessidades especiais;

5.32 – Desenvolver ações de educação continuada e pesquisa voltadas ao desenvolvimento econômico e social, cursos tecnólogos, ensino fundamental, médio e ensino superior, cursos profissionalizantes;

5.33 – Gerir programas de bolsas de estudo e de pesquisa;

5.34– Desenvolver programas de capacitação de mão de obra para o desenvolvimento econômico e social com ênfase a geração de emprego e renda;

5.35 – Promover o voluntariado;

5.36 – Promover a assistência social;

§ 1°- O IGATS para as atividades assistenciais adotará critérios cumulativamente:

-Executar ações de caráter continuado, permanente e planejado;

-Assegurar que os serviços, programas, projeto e benefícios sócios assistenciais sejam ofertados na perspectiva da autonomia e garantia de direitos dos usuários;

-Garantir a gratuidade em todos os serviços, programas, projetos e benefícios sociais;

-Garantir a existência de processos participativos dos usuários na busca do cumprimento da missão da entidade ou organização, bem como da efetividade na execução de seus serviços, programas, projetos e benefícios assistenciais.

§ 2°: O IGATS poderá também criar unidades (Filiais) de prestação de serviços para a execução de atividades visando à sua sustentabilidade, utilizando todos os meios lícitos, aplicando seu resultado operacional integralmente no desenvolvimento dos objetivos institucionais.

Artigo 6º - A área de atuação do IGATS será em qualquer parte do território nacional com escritório de representação, filiais ou posto de serviço.

§ 1°– As FILIAIS legalmente constituídas poderão firmar contratos de prestação de serviços, contratos de gestão, contratos de convênios, termo de compromissos, termos de cooperações e outros instrumentos para o bom andamento e desempenho de seus objetivos.

§ 2° - A fim de cumprir suas finalidades as FILIAIS possuirão autonomia administrativa e financeira, regidos pelo regimento interno e normas operacionais específicas, sempre subordinadas à Diretoria Executiva da Matriz, a quem se reportarão.

Artigo 7º - Para consecução dos seus objetivos o IGATS poderá firmar convênios, contratos, inclusive de gestão, termo de compromisso, termo de cooperação e outros instrumentos para o bom andamento

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CREMESP 10092024

e desempenho de seus objetivos e articular-se pela forma conveniente, com órgãos ou entidades públicas e privadas, nacionais e estrangeiras.

Artigo 8º - O IGATS poderá firmar parcerias com organização da sociedade civil, poder público, comissões e conselhos municipais, estaduais e federais, assim como compor câmaras setoriais ou técnicas.

Artigo 9º - O IGATS poderá constituir ou participar de outras personalidades jurídicas, sem fins econômicos, para realização de serviços específicos, com autonomia administrativa e financeira, sendo regulamentada em normas específicas quando da sua constituição.

Capitulo II
Dos associados

Artigo 10 - Poderá admitir-se toda pessoa natural ou jurídica com interesse nos objetivos da instituição, que se submeta às disposições estatutárias e regimentais, através de preenchimento de formulário próprio, e mediante aprovação da Diretoria Executiva e ratificação pelo Conselho de Administração.

§ 1°: Após o preenchimento da ficha de admissão o candidato a associado tem seu nome levado à reunião da Diretoria Executiva que deliberará sobre a associação, que em caso de aprovação já passará a integrar o quadro associativo do instituto de forma provisória, nos termos do parágrafo seguinte.

§ 2°: Em caso de deliberação favorável da Diretoria Executiva a aprovação do candidato permanecerá sob censura, devendo a admissão ser ratificada por ato do Conselho de Administração da entidade em reunião ou ainda em assembleia geral.

§ 3°: Caso o Conselho de Administração não ratifique a admissão do candidato, caberá à Diretoria Executiva cientificar o candidato, que deixará o quadro associativo do instituto, consignando válidos todos os atos eventualmente praticados no período em que seu nome estava sob análise.

§ 4°: Aos associados são garantidos todos os direitos e obrigações previstos no presente Estatuto Sociais e no Regimento Interno.

§ 5°: Poderão associar-se ainda todos os profissionais e empresas que venham a participar do projeto ou Programa do IGATS. Contudo, não poderão ingressar nos quadros do IGATS pessoas que exerçam qualquer atividade considerada prejudicial ou que colida com seus objetivos.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb3, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CREMESP 10092024

§ 6°: Os associados poderão contribuir mensalmente com o IGATS, mediante simples requerimento feito à Diretoria Executiva, que fixará anualmente, se necessário, o valor da contribuição mínima ao Instituto.

§ 7°: Em caso de admissão de pessoa jurídica esta será ordinariamente representada por seus associados ou ainda extraordinariamente por pessoa indicada. Em qualquer caso, para efeito de quórum e voto, contar-se-á apenas um voto.

Artigo 11º - Quando um associado infringir o presente estatuto ou venha a exercer atividades que comprometa a ética, moral ou aspecto financeiro o IGATS, o mesmo será passível de sanções da seguinte forma:

11.1 – advertências por escrito;

11.2 – suspensões dos seus direitos por tempo determinado;

11.3 – exclusão do quadro de associado.

Artigo 12º – Quaisquer penalidades serão comunicadas por escrito, através de qualquer meio, inclusive eletrônico e serão elaboradas pela Diretoria Executiva com apoio do Departamento Jurídico, justificando o motivo, abrindo prazo de defesa de 10 (dez) dias, hipóteses em que o associado poderá ser represetado por advogado.

§ 1°: A Diretoria Executiva poderá suspender o associado durante o período de apuração da falta.

§ 2°: Apresentada a defesa a Diretoria Executiva nomeará um relator que emitirá parecer ao Conselho de Administração que proferirá julgamento.

§ 3°: as penalidades não seguem ordem de aplicação e poderão ser aplicadas ao associado de acordo com a decisão por maioria simples do Conselho de Administração, que fixará a sanção através de decisão motivada.

Artigo 13º - O associado excluído poderá retornar ao quadro de associados, após 01 (um) ano de afastamento.

Artigo 14º - Quando o associado excluído estiver lotado em projetos, programas e departamentos, os seus direitos de participação serão mantidos, a menos que a falta seja grave e enseje a suspensão de seus direitos associativos.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CREMESP 10092024

Artigo 15º - Para demissão espontânea do associado, basta encaminhar a solicitação à Diretoria Executiva do IGATS, que comunicará a baixa ao Conselho de Administração.

Artigo 16º – O associado que tenha solicitado sua demissão poderá solicitar o seu retorno ao quadro associativo.

Capitulo III
Dos direitos e deveres do associado

Artigo 17º - São direitos dos associados:
17.1 – frequentarem a sede do IGATS;
17.2 – usufruir os serviços oferecidos pelo IGATS;
17.3 – participar das assembleias e votar;
17.4 – manifestar sobre os atos e decisões e atividades do IGATS;
17.5 – votar e ser votado para os cargos da associação, mediante cumprimento dos requisitos estabelecidos nesse estatuto.
17.6 - Demitir-se do IGATS quando lhe convier.

Artigo 18º - São deveres dos associados:
18.1 – acatar as decisões da assembleia;
18.2 – atender os objetivos do IGATS;
18.3 – zelar pelo patrimônio moral e material do IGATS;
18.4 – participar das atividades do IGATS;
18.5 – contribuir na apresentação de propostas para o desenvolvimento do IGATS;
18.6 – Manter em dia com as suas contribuições, quando fixadas pela Diretoria Executiva.

Artigo 19º - Os associados poderão formar grupos de trabalho independente da estrutura administrativa, para desenvolver em nome do IGATS atividades como:
19.1 – serviços de voluntariado;
19.2 – realizações de eventos de confraternização;
19.3 – grupos de estudos e pesquisas;
19.4 – demais atividades de interesse dos associados.

Artigo 20º - Para a realização das atividades acima propostas, os interessados deverão comunicar e obter autorização da Diretoria Executiva do IGATS.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e83 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

Capitulo IV

Da administração

Artigo 21º - O IGATS é composto dos seguintes órgãos para a sua administração;

21.1 – assembleias gerais;

21.2 – conselho de administração;

21.4 – diretoria executiva;

Artigo 22º - As assembleias gerais poderão ser ordinárias ou extraordinárias, sendo órgão supremo de decisão.

Capitulo V

Das assembleias

Artigo 23º - A assembleia geral ordinária ocorrerá quatro vezes em cada ano.

Artigo 24º - Compete à assembleia geral ordinária:

24.1 – aprovar planos de trabalho;

24.2 – aprovar balanço e prestação de contas;

24.3 – eleger os membros dos conselhos de administração;

24.4 – Destituir administradores

Artigo 25º - A assembleia geral extraordinária, poderá se reunir quantas vezes necessárias, sempre que o assunto for de interesse do IGATS.

Artigo 26º - Compete à assembleia geral extraordinária:

26.1 – discutir assuntos referentes a bens e patrimônios;

26.2 – dissolução da entidade;

26.3 – alterar ou consolidar o presente estatuto;

26.4 – indicar interinamente em casos de vacância os membros do conselho de administração;

26.5 – aprovar a indicação e dispensa dos profissionais da Diretoria Executiva;

26.6 Resolver os casos omissos no presente Estatuto

26.7 – demais assuntos de relevância.

Artigo 27º - A convocação das assembleias gerais poderá ser realizada por publicação na imprensa local ou por meio de circular, inclusive eletrônica, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias ou

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

ainda por fixação do edital no quadro de aviso da secretaria da sede com antecedência mínima de dez (10) dias.

Artigo 28º - As deliberações das assembleias poderão ser da seguinte forma:

28.1 – na primeira convocação com mínimo da metade dos associados em pleno gozo dos seus direitos;

28.2 – a segunda convocação meia hora depois, com qualquer numero de associados.

Artigo 29º - A deliberação da pauta da assembleia será em forma de votação, sendo que a decisão será por maioria dos votos dos presentes em pleno gozo dos seus direitos.

Artigo 30º - No edital de convocação das assembleias deverão conter:

30.1 – data da assembleia;

30.2 – horário da assembleia;

30.3 – local com endereço completo;

30.4 – pauta da assembleia.

30.5 – o número de associados, para efeito de quórum.

Artigo 31º - As assembleias poderão ser convocadas pelos:

31.1 – conselho de administração;

31.2 – por um quinto (1/5) de associados de pleno gozo dos seus direitos;

31.3 – Diretoria Executiva

Artigo 32º - Quando da votação de uma pauta em assembleia, todos os associados de pleno gozo dos seus direitos, poderão participar.

Artigo 33º - As assembleias são abertas a participação do público em geral, sem restrições, inclusive com direito de manifesto, sem direito ao voto.

Capitulo VI

Do Conselho de Administração

Artigo 34º - O Conselho de Administração é o órgão superior de deliberação da Associação e será composto por membros eleitos ou indicados em Assembleia Geral, conforme as exigências da legislação incidente no âmbito de cada esfera de governo, especialmente nos casos de qualificação da Associação junto ao Poder Público, com uma das composições mencionadas nos parágrafos deste artigo, com mandato de 04 (quatro) anos, com direito a uma reeleição, sendo composto de;

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

CREMESP
10092024

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

§ 1. Primeira possibilidade de composição:

a) 40% (quarenta por cento) de membros representantes do Poder Público;

b) 50% (cinquenta por cento) membros eleitos, representantes de entidades da sociedade civil;

c) 10% (dez por cento) de membros indicados pela Associação.

§ 2. Segunda possibilidade de composição:

a) de 20% a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público;

b) de 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros representantes de entidades da sociedade civil;

c) até 10% (dez por cento) de membros eleitos dentre os associados;

d) de 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

e) até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos pela Assembleia Geral;

f) os representantes de entidades previstos nas alíneas "a" e "b" deste parágrafo devem corresponder a mais de 50% (cinquenta por cento) do Conselho.

§ 3. Terceira possibilidade de composição:

a) 55% (cinquenta e cinco por cento) de membros eleitos dentre os associados;

b) 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

c) 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da Associação.

§ 4. Quarta possibilidade de composição:

a) 40% (quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos;

b) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil;

c) até 10% (dez por cento) de membros eleitos dentre os associados;

d) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

e) até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos em Assembleia Geral.

§ 5. Quinta hipótese de composição:

a) de 20% a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros eleitos que pertençam ao Poder Público;

b) de 20% a 60% (vinte a sessenta por cento) de membros designados pelo Conselho de

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

Administração, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

c) de 10% a 20% (dez a vinte por cento) de membros eleitos pelos empregados da Associação;

d) os representantes de entidades previstos nas alíneas "a" e "b" deste parágrafo devem corresponder a mais de 60% (sessenta por cento) do Conselho.

§ 6. Sexta possibilidade de composição:

a) até 80% (oitenta por cento) de membros eleitos dentre os associados;

b) no mínimo 20% (vinte por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral.

§7° – Perderá o mandato o Conselheiro que faltar a três reuniões ordinárias ou extraordinárias, ainda que alternadas, no período de 01 (um) ano.

§8° – Em caso de vacância deverá o Presidente do Conselho de Administração promover a indicação de um novo membro, cuja aprovação será realizada em Assembleia Geral Extraordinária.

§9° – Os conselheiros eleitos quando contratados para cargos na Diretoria devem renunciar ao assumirem funções executivas, exceto nos casos de substituições temporárias e condicionado à não remuneração.

§ 10° – O Conselho de administração deve reunir-se, ordinariamente, no mínimo, quatro vezes a cada ano e extraordinariamente a qualquer tempo. A convocação da reunião ordinária deverá ser realizada com no mínimo 10 (dez) dias de antecedência e a extraordinária em razão da urgência, podendo ser convocada com no mínimo 24h (vinte e quatro horas) de antecedência, nos termos do Regimento Interno.

§ 11° – Os Conselheiros não receberão remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião ou assembleia da qual participem, cuja cédula de presença poderá ser fixada em Assembleia Geral.

§12° – Para contemplar o item 34. Parágrafo 1 do Artigo 34 do presente estatuto, o Poder Público poderá indicar membros.

§13° – Para contemplar o item 34. Parágrafo 2 do Artigo 34 do presente estatuto, os associados, representantes de entidades da sociedade civil, tais como sindicatos, conselhos profissionais ou outras associações do terceiro setor, poderão indicar seus membros;

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb3, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiuna - SP

§14° – Para contemplar o item 34. Parágrafo 5 do Artigo 34 do presente estatuto, os associados poderão indicar um funcionário do IGATS

§15° - O primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados será de 2 (dois) anos, segundo critérios estabelecidos no presente estatuto.

§16° - Os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o 3° grau do Governador, Vice-Governador e Secretários de Estado, terão mandato de quatro anos, admitidos uma recondução.

§17° - Os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o 3° grau do Prefeito, do Vice-Prefeito, dos Secretários Municipais, dos Vereadores, dos Coordenadores, dos Diretores da Administração Direta, Autarquias e Fundações Públicas dos municípios em que a entidade seja contratada.

§18° - Havendo necessidade, a entidade criará Conselhos de Administração específicos, conforme disposto no art. 40.9 , deste Estatuto, visando atender os requisitos e exigências da legislação municipal e/ou estadual, inclusive no que diz respeito à composição, duração de mandato e atribuições. Os Conselhos de Administração específicos, quando previsto em Lei, terão na sua composição a participação de membros representantes do Poder Público, no percentual/quantidade por ela indicados.

§19° - O Presidente é o dirigente máximo da entidade e deverá participar das reuniões, sem direito a voto.

Artigo 35º - Compete ao conselho de administração:

35.1 - fixar o âmbito de atuação da entidade para consecução do seu objeto;

35.2 - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade bem como outros instrumentos a serem firmados pelo IGATS.

35.3 - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

35.4 - indicar e dispensar os profissionais da Diretoria Executiva;

35.5 - fixar a remuneração dos profissionais da Diretoria Executiva;

35.6 - aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros;

35.7 - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e respectivas competências;

35.8 - aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio, contendo os procedimentos que devem ser adotados para a contratação de obras, serviços, compras

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e3 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;
35.9 - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução de contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria Executiva;
35.10 - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa;
35.11 – Indicar membros ou associados para contemplar o item 34.3 do Artigo 34 do Estatuto.

Artigo 36º - Compete ao Presidente do Conselho de Administração:
36.1 – presidir e dirigir os trabalhos do Conselho de Administração;
36.2– cumprir e fazer cumprir as leis pertinentes, as disposições estatutárias, outras normas internas e as deliberações do Conselho de Administração;

§1° – Aos demais Conselheiros compete substituir o Presidente do Conselho de Administração em sua falta e impedimentos.

§2° – Para a substituição do Presidente do Conselho de Administração em cumprimento ao parágrafo anterior, os Conselheiros deverão deliberar a indicação com a maioria dos votos.

Capitulo VII

Da Diretoria Executiva

Artigo 37º – A Diretoria Executiva é órgão executivo do IGATS e será composta por:

37.1- 01 (um) Presidente, indicado pelo presidente do conselho de administração do IGATS, referendada a contratação pelo conselho;
37.2- 01 (um) Tesoureiro;
37.3– Departamentos e setores a serem criados pelo Presidente, mediante referendo do Conselho de Administração, que deverá atender aos critérios de oportunidade e necessidade.
37.4 – O mandato da diretoria executiva será de 04 (quatro) anos, com direito a uma reeleição.

§1° – Os profissionais da Diretoria Executiva serão escolhidos com habilidades comprovadas, podendo ser contratada e remunerada.

§2° – Os profissionais da Diretoria Executiva terão suas atribuições, competências e deveres definidos em Regimento Interno de acordo com o tipo de atividades que desempenharem.

§3°– Os profissionais da Diretoria Executiva, nas suas ausências, faltas ou impedimentos, serão

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e3 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Official de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

substituídos temporariamente por profissional habilitado, indicado e contratado pelo Conselho de Administração.

§4° - Esta Diretoria Executiva não se equipara aos membros mandatários dos Conselhos do IGATS, podendo ser remunerada por suas atribuições executivas, desde que seus membros atuem efetivamente na gestão executiva da entidade, devendo seu valor ser fixado pelo órgão de deliberação superior da entidade, registrado em ata, conforme legislação e compatível com o valor de mercado.

§5° - Para a administração e operação das unidades ou estabelecimentos filiais de negócios do IGATS a Diretoria Executiva poderá, mediante referendo do Conselho de Administração, contratar profissionais responsáveis pela gestão das Filiais, subordinados à Diretoria Executiva.

§6° - Com exceção do Presidente, é permitida a contratação de pessoa jurídica para compor os quadros auxiliares da Diretoria Executiva, cabendo à empresa contratada indicar responsável técnico pelo contrato.

§7°- O prazo de duração do mandato dos membros da Diretoria Executiva será de 04 (quatro) anos, podendo ser reeleita por igual período.

Artigo 38º - Compete ao Tesoureiro:

38.1- organizar a contabilidade;

38.2- montar balanço anual e os balancetes;

38.3- proceder ao recebimento e pagamentos;

38.4- substituir a presidência nas suas faltas e impedimentos.

38.5 - compromissar e assinar junto com o Presidente as fianças bancárias;

38.6– assinar documentos, recebimentos e pagamentos em conjunto com o Presidente;

38.7– abrir e movimentar junto com o Presidente contas bancárias.

Artigo 39º - Compete a Diretoria Executiva do IGATS:

40.1 – constituir, consorciar, unificar e dissolver departamentos e setores;

40.2 – contratar e demitir funcionários devendo prestar contas ao Conselho de Administração;

40.3 – montar o planejamento estratégico e os planos de trabalho;

40.4 – administração o IGATS;

40.5 – dar representatividade técnica ao exercício legal de suas profissões.

40. 6 – cumprir e fazer cumprir este Estatuto;

40.7 – propor à Assembleia Geral a alteração deste Estatuto;

40. 8 – elaborar o orçamento-programa de cada exercício e apresentar ao Conselho de Administração para aprovação;

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e8a, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10/2024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

40. 9 – Criar, por meio de Ata de Reunião da própria Direitoria, Conselhos de Administração específicos para atender os requisitos e exigências de legislações específicas, não se confundindo com o Conselho de Administração da sede.

40.9.1. Criar, encerrar e alterar os endereços e classificação nacional de atividades econômicas (CNAE) das dependências (filiais) por meio de Ata de Reunião da própria Diretoria;

Artigo 41º - Compete ao Presidente do IGATS:

41.1 – Representar administrativamente o IGATS;

41.2 –administrar o IGATS;

41.3 – responder pelos seus atos na administração;

41.4 – responder ativa e passivamente, judicial e extrajudicamente a associação;

41.5 – convocar e presidir as aseembléias;

41.6 - Constituir mandatários, procuradores e advogados;

41.7 – contratar e demitir funcionários, devendo prestar contas ao Conselho de Administração;

41.8 – montar o planejamento estratégico e os planos de trabalho com auxílio dos técnicos do instituto ou de profissionais ou empresas contratadas para essa tarefa;

41.9 – assinar documentos, recebimentos e pagamentos em conjunto com o Tesoureiro;

41.10 – abrir e movimentar em conjunto com o Tesoureiro contas bancárias;

41.11 – compromissar e assinar em conjunto com o Tesoureiro fianças bancárias;

Capitulo VIII

Do processo eletivo

Artigo 42º - Os cargos eletivos para o conselho de administração, com exceção daqueles paritários determinados pela legislação, são exclusivos dos associados do IGATS, que estejam em pleno gozo dos seus direitos e que cumpram os seguintes requisitos:

1. Tenha ocupado cargo de Diretor Técnico, Conselheiro Fiscal ou membro do Conselho de Administração de outras associações ou cooperativas.
2. Que tenha formação em curso superior ou comprovada experiência profissional em gestão.

Parágrafo único - Fica impedido de votar e ser votado, na Assembleia Geral, o associado que tenha sido admitido depois de convocada à Assembleia;

Artigo 43º - A eleição ocorrerá em assembleia geral ordinária da seguinte forma:

43.1– serão indicados dois membros entre os presentes para condução da assembleia de eleição que não sejam candidatos;

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

43.2– um dos membros será o presidente da mesa e outro o secretário;

43.3– para cada chapa candidata, será destinado um período para apresentação da sua plataforma de trabalho;

43.4 - a votação será secreta, aberto para todos associados de pleno gozo dos seus direitos, admitido o voto por procuração, em no máximo 10 procurações por associado;

43.5 os votos serão depositados em uma urna lacrada, exposta na mesa do presidente;

43.6– encerrada a votação, será realizada o escrutino e a contagem dos votos;

43.7– após contagem será proclamado à chapa eleita.

43.8– Havendo única chapa, a eleição poderá ser por aclamação.

Artigo 44º - As chapas candidatas deverão inscrever sua chapa completa, com seus respectivos nomes e cargos, em duas vias, protocoladas juntas à secretaria do IGATS, com antecedência mínima de três (03) dias corridos da assembleia de eleição.

Parágrafo único: Não havendo chapa formalizada até a data da assembleia geral, os associados poderão indicar entre eles os candidatos à eleição e posse.

Artigo 45º - Para impugnação da chapa, o mesmo deverá ser realizado por escrito, até dois (02) dias corridos, antes da assembleia de eleição e deverá ser protocolado junto à secretaria do IGATS.

Artigo 46º - A solicitação da impugnação será realizada comissão especialmente constituída para tal finalidade.

Parágrafo único: A comissão terá o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para fornecer o parecer sobre a solicitação da impugnação.

Artigo 47º – Julgada a impugnação procedente e não havendo mais chapas inscritas, o mandato do Conselho de Administração será prorrogado pelo prazo de 01 (um) ano, oportunidade em que deverá ser realizada nova eleição.

Artigo 48º – Caso não ocorra candidatura de nova chapa, o mandato do Conselho de Administração ficará automaticamente prorrogado por 04 (quatro) anos, por uma oportunidade apenas.

Artigo 49º - A posse da chapa eleita ocorrerá em até quinze (15) dias corridos da data da assembleia de eleição.

Artigo 50º - Os membros da chapa eleita deverão apresentar até a data da posse, as copias dos

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

seguintes documentos:

50.1– RG – identidade;

50.2– CPF – Cadastro de Pessoa Física;

50.3 - comprovante de endereço

Capitulo IX

Das fontes de recursos e do patrimônio

Artigo 51º - Constituem fontes de recursos do IGATS:
51.2– contribuições de pessoas físicas e jurídicas;

51.3– anuidades;

51.4– auxílios, contribuições e subvenções de entidades ou diretamente da União, Estado, Município ou autarquias;
51.5– doações e legados;

51.6– produtos de operação de credito, internas e externas para financiamento de suas atividades;

51.7– rendas em seu favor constituído por terceiros;

51.8– usufruto que lhe forem conferidos;

51.9– rendimentos de imóveis próprios ou de terceiros;

51.10 – receitas de prestação de serviços;

51.10- juros bancários e outras receitas financeiras;

51.11- rendimentos decorrentes de títulos, ações ou papeis financeiros de sua propriedade;

51.12– captação de renúncia e incentivos fiscais;

51.13– direitos autorais;

51.14- resultado de bilheteria de eventos;

51.15– quotas de participação;

51.16– patrocínios;

51.17– concursos e sorteios;

51.18– taxas de administração e de manutenção;

51.19– compensação ambiental;

51.20– repasses de convênio ou contratos de gestão de órgãos públicos.

Artigo 52º - Todas as receitas serão destinadas à manutenção dos objetivos do IGATS.

Artigo 53º - O IGATS não distribui entre os seus associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e os aplica integralmente na consecução do seu objetivo social.

Artigo 54º - O IGATS aplica as suas rendas, recursos e eventual resultado operacional integralmente no território nacional e na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e8a, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

Artigo 55º - Os patrimônios do IGATS serão constituídos de bens móveis e imóveis devidamente identificados que receber por doação, legados e aquisições, livres e desembaraçados de ônus.

Parágrafo único: Em caso de patrimônios de órgãos públicos devidamente identificados, recebidos por conta de contratos de gestão ou convênio, serão contabilizados em contas patrimoniais específicas, catalogados e controlados separadamente do patrimônio do IGATS, sendo objeto de devolução a qualquer momento, mediante regras estabelecidas entre as partes.

Artigo 56º - A contratação de empréstimo financeiro que venha a contrair de bancos e/ou assemelhados ou através de particulares, que venha a agravar de ônus sobre patrimônio do IGATS, dependerá de aprovação do Conselho de administração.

Parágrafo único: O IGATS poderá contratar financiamento e caucionar contratos em que seja designada de CONTRATADA.

Capitulo X
Dos livros

Artigo 57º - O IGATS manterá os seguintes livros:
57.1– livro de presença das assembleias e reuniões;
57.2- livro de ata das assembleias e reuniões;
57.3– livros fiscais e contábeis;
57.4– demais livros exigidos pelas legislações.

Artigo 58º - Os livros poderão ser confeccionados em folhas soltas, digitalizadas, numeradas e arquivadas.
Artigo 59º - Os livros estarão sobre a guarda do Diretor Presidente do IGATS, devendo ser visitados pelo Presidente do Conselho de Administração e Fiscal.
Artigo 60º - Os livros estarão na sede do IGATS, sendo disponibilizado para o público em geral para consulta.

Capitulo XI
Das disposições gerais

Artigo 61º - Os associados não respondem solidariamente nem subsidiariamente pelas obrigações da entidade.

Artigo 62º - Aos Conselheiros, administradores e dirigentes é vedado exercer cargo de chefia ou

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

função de confiança no Sistema Único de Saúde – SUS.

Artigo 63º - O exercício financeiro e fiscal do IGATS coincidirá com o ano civil.

Artigo 64º - Para extinção do IGATS, o processo consiste em:

64.1– Será convocada uma assembleia extraordinária especialmente para extinção com antecedência mínima de trinta (30) dias corridos, pela imprensa local;

64.2– a deliberação será como dois terços dos presentes;

64.3– sendo resolvido à extinção, a incorporação do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, serão destinados a outra organização social qualificada no âmbito do Município, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio municipal, da União e/ ou do Estado, na proporção dos recursos e bens por estes alocados, nessa ordem de preferência.

64.4 - Se a legislação municipal assim exigir, haverá incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito municipal ou ao patrimônio do município, na proporção dos recursos e bens alocados.

Artigo 65º - Atendido o dispositivo da Lei Federal 9637/1998, Leis Estaduais e/ou Municipais da contratante, para qualificar como organização social, fica regida pelo presente estatuto a seguinte norma:

65.1– observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

65.2– adoção de praticas de gestão administrativa, necessárias e suficientes a coibir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais, em decorrência da participação no respectivo processo decisório;

65.3– as normas de prestação de conta a serem observadas pelo IGATS ficam determinadas no mínimo:

a – observância dos princípios fundamentais de contabilidade e das Normas Brasileiras de Contabilidade;

b – publicação do balanço financeiro, podendo ser em imprensa local, na sede do IGATS, juntamente com o resumo das atividades, certidão negativa de débitos da RFB conjunta com a PGFN, do INSS e FGTS, bem como colocar à disposição do público em geral;

c – Nos municípios onde os serviços forem prestados e a legislação municipal assim exigir, a publicação disposta no art. 65.3.b deverá ocorrer anualmente, em jornal oficial de circulação no Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão com o respectivo município.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10092024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

c – quando da firmação do contrato de gestão, serão obedecidas às instruções da Lei Federal 9637/1998 e das Leis Estaduais e/ou Municipais da contratante e será contratada auditoria externa independente para aplicação docursos originários do contrato de gestão;

d – a prestação de contas de todos os recursos e bens de origem publica recebida pelo IGATS, será realizada conforme determinado no parágrafo único do artigo 70 da Constituição Federal;

e - obrigatoriedade de publicação periódica ou anual no Diário Oficial da União, ou do Estado, ou do Município, ou do Jornal do Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão.
f- é proibida a distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada, ou falecimento de associado ou membro da entidade;

Artigo 66º - Dentro das atividades do IGATS, fica proibido qualquer tipo de discriminação, que seja por raça, idade, sexo, orientação sexual, etnia ou religião.

Artigo 69º - Nas atividades do IGATS, fica expressamente proibida a manifestação política partidária.

Artigo 70º – Os funcionários do IGATS serão regidos pelas normas contidas na Consolidação das Leis do Trabalho, podendo valer-se também da contratação de pessoas jurídicas através de normas regidas pelo Código Civil e legislação correlata.

Parágrafo primeiro: O disciplinamento da relação empregatícia do IGATS com seu pessoal dar-se-á por meio do Regulamento Próprio.

Parágrafo segundo: Em caso de necessidade de engajamento de funcionários da CONTRATANTE, para o bom andamento e desempenho do convênio ou contrato de gestão, serão regidos por Regulamento Próprio e uma comissão para eventual sindicância, regulamentado entre as partes do contrato de gestão ou convênio.

Capitulo XII
Das disposições transitórias

Artigo 71º - o sistema administrativo da associação será disciplinado através de regulamentos editados pelo conselho de administração e diretoria executiva, os quais disporão sobre A SUA **organização,**

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
10/9/2024
Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

recursos humanos e sistemas gerenciais.

Artigo 72º - os regulamentos obedecerão aos conceitos, diretrizes e princípios de gestão voltados para a efetividade, eficácia e eficiência das ações da associação e definirão os meios e processos executivos necessários ao cumprimento da missão da entidade.

Artigo 73º - os casos que se revelarem omissos, serão resolvidos pelo conselho de administração e quando necessário serão ratificados em assembleia geral.

Artigo 74º – o presente estatuto social poderá ser alterado ou reformado total ou parcialmente, conforme decisão do conselho de administração, referendado em assembleia convocada especialmente para esta finalidade.

Artigo 75º - fica eleito o foro da comarca da cidade de Ibiúna – SP, para qualquer ação fundada neste estatuto.

Artigo 76º - O presente estatuto entra em vigor nesta data, devendo ser providenciado o seu registro no competente cartório das pessoas jurídicas, além do referido tramite legal nos órgão públicos e demais providências cabíveis.

Ibiúna-SP, 08 de agosto de 2024.

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

Carlos Alberto Alves de Moraes
Secretário

Gabriela Rosa Pereira da Silva Alves de Moraes
OAB/SP nº 452.693

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
IBIÚNA, SP DESDE 1888
ANTONIETA CAETANO GONÇALVES
Oficial
Avenida Fortunatinho, Nº 135 -Centro - Fone / Fax: (15) 3248-3262
Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de, 01 firma de REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD, 01 firma de CARLOS ALBERTO ALVES DE MORAES, em documento com valor econômico, , do que dou fé.
Ibiuna, 9 de agosto de 2024 222249/87-56
R$ 25,62
BRUNO YUJI FUKUOKA - Escrevente Autorizado
0387AA0024883 - FZLV
Válido Somente com o Selo de Autenticação
IBIÚNA - SP

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo ARPEN SP
414900
FIRMA
VALOR ECONÔMICO 2
C20387AA0024883

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9e [illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº
966759

CNPJ nº
12.043.445/0001-38

Inscrição
13/11/2015

Validade
30/11/2024

Razão Social
INST DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE - IGATS

Nome Fantasia
IGATS

Endereço
AV VEREADOR BENEDITO CAMPOS 156 AND 2 SL 5 - RIO DE UNA DE BAIXO

Município/UF
IBIUNA

CEP
18150000

Responsável Técnico
BRUNO CORREIA DA SILVA - CRM nº 225349

Classificação
PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS TERCEIRIZADOS

Este certificado atesta a **REGULARIDADE** da Inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº 6.839 de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é **válido até 30/11/2024**. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

8 9 4 3 4 8 1 7 6 7

Emitido através do site http://www.cremesp.org.br em 12/11/2024 às 10:24:37
A autenticidade deste Certificado poderá ser verificada no endereço:
https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ServicosEmpresasConsultaCertificado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CERTIDÃO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO CERTIFICA, a pedido de pessoa interessada, que revendo os assentamentos do cadastro de pessoas jurídicas deste Conselho, deles verificou constar que a empresa **IGATS (IGATS EXCELENCIA E ADMINISTRACAO) , CNPJ/MF nº 12.043.445/0001-38**, localizado na **AV VEREADOR BENEDITO CAMPOS 156 AND 2 SL 5 - RIO DE UNA DE BAIXO – IBIUNA/SP** acha-se registrado sob o nº. **966759** desde **13/11/2015**, tendo como Diretor(a) Técnico(a) o(a) **DR(A). BRUNO CORREIA DA SILVA - CRM/SP nº 225349. ERA**, o que se continha em ditos assentamentos, os quais vão aqui, bem e fielmente transcritos, e aos quais se reporta e da fé.

(A PRESENTE CERTIDÃO TEM VALIDADE ATÉ 30/11/2025).

8 9 4 3 5 0 4 1 6 4

Emitido através do site http://www.cremesp.org.br em 25/11/2024 às 10:15:09
A autenticidade deste Certidão poderá ser verificada no endereço:
https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ServicosEmpresasConsultaDocumentos

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº
966759

CNPJ nº
12.043.445/0001-38

Inscrição
13/11/2015

Validade
30/11/2025

Razão Social
INST DE GESTAO ADMINISTRACAO E TREINAMENTO EM SAUDE - IGATS

Nome Fantasia
IGATS

Endereço
AV VEREADOR BENEDITO CAMPOS 156 AND 2 SL 5 - RIO DE UNA DE BAIXO

Município/UF
IBIUNA

CEP
18150000

Responsável Técnico
BRUNO CORREIA DA SILVA - CRM nº 225349

Classificação
PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS TERCEIRIZADOS

Este certificado atesta a **REGULARIDADE** da Inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº 6.839 de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é **válido até 30/11/2025**. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

8 9 4 3 4 8 1 8 8 7

Emitido através do site http://www.cremesp.org.br em 12/11/2024 às 10:31:30
A autenticidade deste Certificado poderá ser verificada no endereço:
https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ServicosEmpresasConsultaCertificado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO certifica que o estabelecimento de saúde identificado no presente documento encontra-se em regularidade fiscal com seus débitos perante este Regional.

IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO:

NOME: IGATS
REGISTRO: 966759

A presente CERTIDÃO não quita nem invalida quaisquer débitos ou infrações que, posteriormente, venham a ser apurados pelo CRM-SP contra o referido registro.

Esta certidão se refere à situação do sujeito passivo no âmbito do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, abrangendo as contribuições de interesse da categoria profissional ("anuidades") e taxas, previstas na Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, na Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e na Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. Não estão abrangidos débitos de responsabilidade de outros órgãos e entidades da administração pública federal, estadual ou municipal, direta ou indireta.

Certidão emitida gratuitamente em meio eletrônico em 25/11/2024 às 10:14:49
Válida até 24/01/2025
Código de protocolo: 123968

Para verificar a autenticidade, consulte o site do Cremesp
https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ConsultaCertidoesPJ

Rua Frei Caneca, 1.282, Consolação, CEP: 01307-002 - São Paulo/SP
Telefone: (11) 4349-9900 / www.cremesp.org.br

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

IBIÚNA - RTDPJ

Oficial de Registro de Imóveis, Titulos Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da comarca de Ibiúna - SP

Oficial Titular: Helio Pecci

rua Zico Soares,, 444 - térreo - centro

Tel.: (15) 3241-1938 - Email: cartorioibiuna@yahoo.com.br

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA

REGISTRO PARA FINS DE PUBLICIDADE E EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

Nº 5516 de 28/11/2024

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo **5 (cinco) páginas**, foi apresentado em 14/11/2024, o qual foi protocolado sob nº 6107, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **5516** e averbado no registro primitivo nº 3711 no Livro A deste Oficial de Registro de Imóveis, Titulos Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da comarca de Ibiúna - SP na presente data.

Apresentante
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD

Natureza
Ata > Averbação sem alterações

Denominação da PJ: INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS

Ibiuna - SP, 28 de novembro de 2024

Assinado eletronicamente

ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO
Escrevente

Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site:
rtdbrasil.org.br/certidaoregistro
e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

5516

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:
selodigital.tjsp.jus.br

Selo Digital
1207334PJMV000004149MV24N

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

IGATS

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de campos n· 156, 2° andar, saia 05, Centro, lbiúna - SP, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social, convoca os associados para a Assembleia Geral Extraordinária a ser realizada na sede da entidade, endereço supramencionado, em 20.09.2024, em 1ª chamada às 11h00 e às 12h00 em 2º chamada, com o término previsto para às 13h00, para deliberarem sobre o assunto constante:

I – Abertura da filial de Carapicuíba/SP.

Ibiúna, 10 de Setembro de 2024.

Reginaldo de Oliveira Giraud

Presidente

CPF nº 296.458.368-40

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TITULOS DE IBIUNA
RECONHECO por SEMELHANCA S/ VALOR DECLARADO 1 firma(s) de:
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Ibiuna, 08 de novembro de 2024 as 09:53:45.
Em test._____da verdade. P: 7
Caio Eduardo Marani Coppini - Escrevente Autorizado
Vlr:R$ 8,37. C:272523 Selo(s): 0388AA-121147
Valido somente com o selo de Autenticidade.

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo ARPEN SP
124701
FIRMA 1
S10388AA0121147

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
IBIÚNA - SP
Caio Eduardo Marani Coppini
Escrevente Autorizado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

ILMO. OFICIAL DO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE IBIÚNA – ESTADO DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de campos n· 156, 2° andar, saia 05, Centro, Ibiúna - SP, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, brasileiro, farmacêutico, inscrito no CRF/SP nº 31.124, inscrito no CPF do MF nº 296.458.368-40 residente e domiciliado a Rua Coronel Pedro Arbues, nº 195, Apto 21, Ponta da Praia, Santos/SP, requer o **REGISTRO** da ata em anexo, inerente à abertura da filial do município de Carapicuíba/SP.

Ibiúna, 20 de Setembro de 2024.

Tab. COPPINI

Reginaldo de Oliveira Giraud

Reginaldo de Oliveira Giraud

Presidente

CPF nº 296.458.368-40

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TITULOS DE IBIUNA
RECONHECO por SEMELHANCA S/ VALOR DECLARADO 1 firma(s) de:
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Ibiuna, 08 de novembro de 2024 as 09:54:00.
Em test. da verdade. P: 7
Caio Eduardo Mareni Coppini - Escrevente Autorizado
Vlr:R$ 8,37. C:272526 Selo(s): 0388AA-121150
Valida somente com o selo de Autenticidade.

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
IBIÚNA - SP
Caio Eduardo Mareni Coppini
Escrevente Autorizado

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo ARPEN SP
124701
FIRMA 1
S10388AA0121150

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

IGATS

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Aos vinte dias do mês de setembro de 2024, exatamente às doze horas e cinco minutos, na sede da entidade, sito à Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP cep 18150-000, deu-se início à Assembleia Geral Extraordinária da Entidade denominada "**INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**", nos moldes estabelecidos em Estatuto. A Assembleia foi presidida pelo Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, Presidente da entidade, auxiliado pelo Sr. Carlos Alberto Alves de Moraes, designado pelo Presidente para secretariar os trabalhos. A convocação em caráter extraordinário se fez pela Diretoria, segundo competência atribuída pelo art. 26 e ss. do estatuto, com a convocação prévia de 10 (dez) dias de antecedência, por meio de cartas – convites dirigidos aos associados que assinam pelo recebimento da convocação, bem como por meio de edital fixado na sede da entidade, nos termos do art. 27 do Estatuto Social então vigente. A Assembleia foi instalada em primeira convocação, pela presença de da maioria dos associados, cuja presença se atesta pela assinatura da lista de presença que segue anexa, ausente apenas o Conselheiro Marco Antonio da Luz. Iniciados os trabalhos, o Presidente da Entidade, obedecendo a ordem de pauta estabelecida no edital de convocação, o Presidente informou que a entidade havia iniciado novo trabalho no município de Carapicuíba/SP, havendo a necessidade de abertura de filial no referido município, nos termos do art. 5°, § 2, do Estatuto Social, com sede Rua Augusto, nº 33, Jardim das Belezas, Carapicuíba/SP – CEP 06315-280, em razão do gerenciamento e operacionalização do Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes – SAICA II, por intermédio do Termo de Colaboração nº 004-2023, a qual foi aprovada por todos, sem qualquer objeção. Ainda, o Presidente também informou que a Entidade já possui uma filial no mesmo Município sob o CNPJ nº 12.043.445/0009-95, com sede à Rua João Acácio de Almeida, nº 145, Jardim das Belezas, Carapicuíba/SP – CEP 06320-2020 em razão do gerenciamento e operacionalização do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes – SAICA I por intermédio do Termo de Colaboração nº 003-2023. Nesses termos, o Presidente agradeceu a todos. Como nada mais havia para ser tratado, o Presidente agradeceu a presença de todos, determinando a mim, que servi como Secretário, que lavrasse a presente ata e a levasse a registro junto aos órgãos competentes para surtir os efeitos jurídicos necessários.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

AS E PROTESTO
A - SP
Marani Coppini
e Autorizado

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

A presente ata segue assinada por mim e pelo Presidente da Associação que encerrou os trabalhos da Assembleia, acompanhada pela lista de presença assinada por todos os presentes, como sinal de sua aprovação.

Tab. COPPINI

Ibiúna, 20 de Setembro de 2024.

Reginaldo de Oliveira Giraud

Reginaldo de Oliveira Giraud

Presidente

CPF: 296.458.368-40.

Tab. COPPINI

Carlos Alberto Alves de Moraes

Secretário

CPF. 135.118.638-80

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TITULOS DE IBIUNA
RECONHECO por SEMELHANCA S/ VALOR DECLARADO 2 firma(s) de:
CARLOS ALBERTO ALVES DE MORAES E REGINALDO DE OLIVEIRA
GIRAUD
Ibiuna, 08 de novembro de 2024 as 09:32:08.
Em test. da verdade. P: 6
Caio Eduardo Marani Coppini - Escrevente Autorizado
Vlr:R$ 16,74. C:272518 Selo(s): 0388AA-15727
Valido somente com o selo de Autenticidade.

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo APRENSP
124701
FIRMA 2
S20388AA0015727

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
IBIÚNA - SP
Caio Eduardo Marani Coppini
Escrevente Autorizado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil de
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

Lista de Presença

ATA DE ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA 20.09.2024

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS

CNPJ 12.043.445/0001-38

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

Carlos Alberto Alves de Moraes
Tesoureiro

Jackson David Oliveira
Presidente do Conselho de Administração

Flávia Juceli Silva de Sá
Conselho de Administração

Alayana Cassia Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ana Carolyne Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ibiúna, 20 de Setembro de 2024.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

IBIÚNA - RTDPJ

Oficial de Registro de Imóveis, Titulos Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da comarca de Ibiúna - SP

Oficial Titular: Helio Pecci

rua Zico Soares,, 444 - térreo - centro

Tel.: (15) 3241-1938 - Email: cartorioibiuna@yahoo.com.br

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA

REGISTRO PARA FINS DE PUBLICIDADE E EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

Nº 5517 de 28/11/2024

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo **5 (cinco) páginas**, foi apresentado em 14/11/2024, o qual foi protocolado sob nº 6108, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **5517** e averbado no registro primitivo nº 3711 no Livro A deste Oficial de Registro de Imóveis, Titulos Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da comarca de Ibiúna - SP na presente data.

Apresentante
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD

Natureza
Ata > Averbação sem alterações

Denominação da PJ: INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS

Ibiuna - SP, 28 de novembro de 2024

Assinado eletronicamente

ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO
Escrevente

Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site:
rtdbrasil.org.br/certidaoregistro
e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

5517

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:
selodigital.tjsp.jus.br

Selo Digital
1207334PJCK000004150CK24W

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de campos n· 156, 2° andar, saia 05, Centro, Ibiúna - SP, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social, convoca os associados para a Assembleia Geral Extraordinária a ser realizada na sede da entidade, endereço supramencionado, em 10.10.2024, em 1ª chamada às 11h00 e às 12h00 em 2º chamada, com o término previsto para às 13h00, para deliberarem sobre o assunto constante:

I – Abertura da filial de Biritiba Mirim/SP

Ibiúna, 30 de Setembro de 2024.

Tab. COPPINI

Reginaldo de Oliveira Giraud

Presidente

CPF nº 296.458.368-40

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TITULOS DE IBIUNA
RECONHECO por SEMELHANCA S/ VALOR DECLARADO 1 firma(s) de:
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Ibiuna, 08 de novembro de 2024 as 09:54:00.
Em test. da verdade. P: 7
Caio Eduardo Marani Coppini - Escrevente Autorizado
Vlr:R$ 8,37, C:272532 Selo(s): 03BBAA-121156
Valido somente com o selo de Autenticidade.

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo ARPEN SP
124701
FIRMA 1
S10388AA0121156

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
IBIÚNA - SP
Caio Eduardo Marani Coppini
Escrevente Autorizado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

ILMO. OFICIAL DO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE IBIÚNA – ESTADO DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de campos n· 156, 2° andar, saia 05, Centro, Ibiúna - SP, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, brasileiro, farmacêutico, inscrito no CRF/SP nº 31.124, inscrito no CPF do MF nº 296.458.368-40 residente e domiciliado a Rua Coronel Pedro Arbues, nº 195, Apto 21, Ponta da Praia, Santos/SP, requer o **REGISTRO** da ata em anexo, inerente à abertura da filial do município de Biritiba Mirim/SP.

Tab. COPPINI

Ibiúna, 10 de Outubro de 2024.

Reginaldo de Oliveira Giraud

Reginaldo de Oliveira Giraud

Presidente

CPF nº 296.458.368-40

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TITULOS DE IBIUNA
RECONHECO por SEMELHANCA S/ VALOR DECLARADO 1 firma(s) de:
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Ibiuna, 08 de novembro de 2024 as 09:54:00.
Em test. da verdade. P: 7
Caio Eduardo Marani Coppini - Escrevente Autorizado
Vlr:R$ 8,37. C:272533 Selo(s): 0388AA-121157
Valido somente com o selo de Autenticidade.

Colégio Notarial do Brasil Seção São Paulo — ARPEN SP
124701
FIRMA 1
S10388AA0121157

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
IBIÚNA - SP
Caio Eduardo Marani Coppini
Escrevente Autorizado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256) 37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain 0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

IGATS
INSTITUTO DE GESTÃO, ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Aos dez dias do mês de outubro de 2024, exatamente às doze horas e dois minutos, na sede da entidade, sito à Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP cep 18150-000, deu-se início à Assembleia Geral Extraordinária da Entidade denominada "**INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**", nos moldes estabelecidos em Estatuto. A Assembleia foi presidida pelo Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, Presidente da entidade, auxiliado pelo Sr. Carlos Alberto Alves de Moraes, designado pelo Presidente para secretariar os trabalhos. A convocação em caráter extraordinário se fez pela Diretoria, segundo competência atribuída pelo art. 26 e ss. do estatuto, com a convocação prévia de 10 (dez) dias de antecedência, por meio de cartas – convites dirigidos aos associados que assinam pelo recebimento da convocação, bem como por meio de edital fixado na sede da entidade, nos termos do art. 27 do Estatuto Social então vigente. A Assembleia foi instalada em primeira convocação, pela presença de da maioria dos associados, cuja presença se atesta pela assinatura da lista de presença que segue anexa, ausente apenas o Conselheiro Marco Antonio da Luz. Iniciados os trabalhos, o Presidente da Entidade, obedecendo a ordem de pauta estabelecida no edital de convocação, o Presidente informou que a entidade havia iniciado novo trabalho no município de Biritiba Mirim/SP, havendo a necessidade de abertura de filial no referido município, nos termos do art. 5°, § 2, do Estatuto Social, com sede Avenida Maria José de Siqueira Melo, nº 682, Jardim Pâmela, Biritiba Mirim/SP – CEP 08940-000, a qual foi aprovada por todos, sem qualquer objeção. Nesses termos, o Presidente agradeceu a todos. Como nada mais havia para ser tratado, o Presidente agradeceu a presença de todos, determinando a mim, que servi como Secretário, que lavrasse a presente ata e a levasse a registro junto aos órgãos competentes para surtir os efeitos jurídicos necessários. A presente ata segue assinada por mim e pelo Presidente da Associação que encerrou os trabalhos da Assembleia, acompanhada pela lista de presença assinada por todos os presentes, como sinal de sua aprovação.

Tab. COPPINI

Ibiúna, 10 de Outubro de 2024.

Reginaldo de Oliveira Giraud

Reginaldo de Oliveira Giraud

Presidente

CPF. 296.458.368-40

Tab. COPPINI

Carlos Alberto Alves de Moraes

Secretário

CPF. 135.118.638-80.

Tab. COPPINI

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb8 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TITULOS DE IBIUNA
RECONHECO por SEMELHANCA S/ VALOR DECLARADO 2 firma(s) de:
CARLOS ALBERTO ALVES DE MORAES E REGINALDO DE OLIVEIRA
GIRAUD
Ibiuna, 08 de novembro de 2024 as 09:52:08.
Em test. _____ da verdade. P: 6
Caio Eduardo Marani Coppini - Escrevente Autorizado
Vlr R$ 16,74, 0:272517 Selo(s): 0388AA-15726
Valido somente com o selo de Autenticidade.

124701
FIRMA 2
S20388AA0015726

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO
IBIÚNA - SP
Caio Eduardo Marani Coppini
Escrevente Autorizado

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

Oficial de Registro Civil das
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

Lista de Presença

ATA DE ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA 10.10.2024

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS

CNPJ 12.043.445/0001-38

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

Carlos Alberto Alves de Moraes
Tesoureiro

Jackson David Oliveira
Presidente do Conselho de Administração

Flávia Juceli Silva de Sá
Conselho de Administração

Alayana Cassia Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ana Carolyne Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ibiúna, 10 de Outubro de 2024.

Prova de Autenticidade válida até 04/03/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 04/12/2025 10:59:49 que o documento de hash (SHA-256)
37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1 foi validado em 04/12/2025 10:57:21 através da transação blockchain
0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 298726)

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 04/03/2026

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 **37d5d285b9452ec57b05b401702ac9955ff052e2e0ddbbcab19b5100dd6e64b1** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **298726** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"7ª Alteração do Estatuto - Igats"**, cujo assunto é descrito como **"7ª Alteração do Estatuto - Igats"**, faz prova de que em **04/12/2025 10:57:11**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **04/12/2025 10:59:50** 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 **0xc1ee72add9592b180cf79f3e98d9ab90893c6ef7ea645f9c019fd7fe454d9eb2**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

IBIÚNA - RTDPJ

Oficial de Registro de Imóveis, Títulos Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da comarca de Ibiúna - SP

Oficial Titular: Helio Pecci

rua Zico Soares,, 444 - térreo - centro

Tel.: (15) 3241-1938 - Email: cartorioibiuna@yahoo.com.br

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA

REGISTRO PARA FINS DE PUBLICIDADE E EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

Nº 5687 de 30/09/2025

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo **18 (dezoito) páginas**, foi apresentado em 29/08/2025, o qual foi protocolado sob nº 6376, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **5687** e averbado no registro primitivo nº 3711 no Livro A deste Oficial de Registro de Imóveis, Títulos Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas da comarca de Ibiúna - SP na presente data.

Apresentante
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD

Natureza
Ata > Averbação sem alterações

Denominação da PJ: INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS

Ibiuna - SP, 30 de setembro de 2025

Assinado eletronicamente

ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO
Escrevente

Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 57,84	R$ 16,44	R$ 11,25	R$ 5,04	R$ 3,97
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 2,78	R$ 2,89	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 98,21

Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site **rtdbrasil.org.br/certidaoregistro** e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

5687

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico: **selodigital.tjsp.jus.br**

Selo Digital
1207334PJVY000004679VY258

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:38 que o documento de hash (SHA-256) 5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4 foi validado em 12/01/2026 12:35:19 através da transação blockchain 0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9bb94 - pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302930)

Oficial de Registro Civil das
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

IGATS

ILMO OFICIAL DO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE IBIÚNA/SP

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, no 156, 2° andar, sala 05, bairro Centro, CEP 18.150-000, na cidade de Ibiúna/SP, por intermédio de seu presidente, Reginaldo de Oliveira Giraud, brasileiro, Farmacêutico, inscrito no CRF/SP sob o no 31.124, inscrito no CPF do MF sob no 296.458.368-40, residente e domiciliado à Rua Coronel Pedro Arbues, no 195, ap 21,Ponta da Praia, Santos/SP, requer o **REGISTRO** da ata em anexo, inerente ao Mandato do Conselho de Administração.

Ibiúna, 15 de agosto de 2025.

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS
Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

5º TABELIÃO DE NOTAS DE SANTOS
TABELIÃO MENDONÇA

Reconheço por semelhança 01 firma sem valor econômico de REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD e dou fé.**********
****
Selo: 0951AA447652
SANTOS, 23 de Setembro de 2025. Hr. 09:09
Em Testemunho _____ da verdade. Vr. R$8,61
VIVIANA DE ASSIS - ESCREVENTE

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:38 que o documento de hash (SHA-256)
5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4 foi validado em 12/01/2026 12:35:19 através da transação blockchain
0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9b94 - pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302930)

IGATS

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos nº 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social, convoca os associados para a Assembleia Geral Extraordinária a ser realizada na sede da entidade, endereço supramencionado, em 15.08.2025, em 1° chamada às 09h00 e às 10h00 em 2° chamada, com o término previsto para às 13h00, para deliberarem sobre o assunto constante:

I-Eleição da Diretoria Executiva.

II – Eleição de metade dos membros do Conselho de Administração.

III– Demais assuntos de interesse da entidade.

Ibiúna, 04 de agosto de 2025.

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente
CPF nº 296.458.368-40

5º TABELIÃO DE NOTAS DE SANTOS
Reconheço por semelhança 01 firma sem valor econômico de REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD e dou fé.**********
****
Selo: 0951AA447646
SANTOS, 23 de Setembro de 2025. Hr. 09:09
Em Testemunho _____ da verdade. Vlr. R$8,61
VIVIANA DE ASSIS - ESCREVENTE

f13606
FIRMA 1
S10951AA0447646

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:38 que o documento de hash (SHA-256) 5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4 foi validado em 12/01/2026 12:35:19 através da transação blockchain 0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9bb94 - pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302930)

IGATS

ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Aos quinze dias do mês de agosto de 2025, exatamente às dez horas e cinco minutos, na sede da entidade, sito à Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP CEP 18150-000, deu-se início à Assembleia Geral Extraordinária da Entidade denominada **"INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS"**, nos moldes estabelecidos em Estatuto. A Assembleia foi presidida pelo Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, Presidente da entidade, auxiliado pelo Sr. Carlos Alberto Alves de Moraes, designado pelo Presidente para secretariar os trabalhos. A convocação em caráter extraordinário se fez pela Diretoria, segundo competência atribuída pelo art. 26 e ss. do estatuto, com a convocação prévia de 10 (dez) dias de antecedência, por meio de cartas – convites dirigidos aos associados que assinam pelo recebimento da convocação, bem como por meio de edital fixado na sede da entidade, nos termos do art. 27 do Estatuto Social então vigente. A Assembleia foi instalada em primeira convocação, pela presença de maioria absoluta dos associados,cuja presença se atesta pela assinatura da lista de presença que segue anexa. Iniciados os trabalhos, o Presidente da Entidade informou que não haviam novas pessoas com o interesse de se associar a instituição e apresentou o item 1 da pauta do dia, informando sobre a necessidade de nova eleição para os cargos da Diretoria Executiva, tendo em vista que o mandato atual vencerá em 30 de agosto de 2025. Dessa forma, foram reeleitos o Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud como Presidente e o Sr. Carlos Alberto Alves de Moraes como tesoureiro, na forma do art. 37.4 do Estatuto Social, por unanimidade. Em atenção ao segundo item da pauta do dia, que diz respeito a eleição de metade dos membros do Coselho de Administração, deram-se os trabalhos para eleição dos novos membros do Conselho de Administração, tendo em vista que metade dos membros já estavam eleitos para o período de 02 de janeiro de 2024 a 02 de janeiro de 2026, sendo os Conselheiros Alayana Cassia Oliveira Correa, Ana Carolyne Oliveira Correa e Flávia Juceli Silva de Sá, garantindo a alternância de 02 (dois) anos prevista na forma do art. 34, Parágrafo 15, do Estatuto Social vigente. Dessa forma, fazia-se necessária a eleição da outra metade dos membros, sendo eleitos os membros Jackson David de Oliveira e Anderson Vieira de Almeida, sendo o primeiro eleito como Presidente do Conselho de Administração, com mandato de 04 (quatro anos), assim, o novo mandado se iniciaria em 31.08.2025 até 31.08.2029, tendo em vista que o mandato atual está vigente até 30.08.2025.Dessa forma, a Diretoria Executiva e o Conselho de Administração passa a ter a seguinte composição:

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:38 que o documento de hash (SHA-256)
5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4 foi validado em 12/01/2026 12:35:19 através da transação blockchain
0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9bb94 - pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302930)

...ÇÃO E PROTESTO
...SA - SP
...Isaías Martins
...Não Autorizado

IGATS

Oficial de Registro Civil das
Pessoas Jurídicas da
Comarca de Ibiúna - SP

DIRETORIA EXECUTIVA

PRESIDENTE: Reginaldo de Oliveira Giraud, brasileiro, divorciado, farmacêutico, inscrito no CRF/SP sob o nº 31.124, inscrito no CPF do MF sob nº 296.458.368-40, residente e domiciliado à Rua Coronel Pedro Arbues, nº 195, ap 21, Ponta da Praia, Santos – SP CEP 11035-050;
Mandato: 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029.

TESOUREIRO: Carlos Alberto Alves de Moraes, brasileiro, casado, gerente financeiro, portador da Cédula de Identidade n° 24.275.866-6 SSP/SP e inscrito no CPF/MF n° 135.188.638-80, residente e domiciliado à Rua Domingos de Almeida Lima n° 22, Bairro Rio de Una, Ibiúna – SP CEP 18150-000;
Mandato: 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

CONSELHEIRO DE ADMINISTRAÇÃO: Anderson Vieira de Almeida, brasileiro, solteiro, farmacêutico, portador do RG n° 21.955.529 SSP/SP e do CPF /MF n° 327.664.688-97, residente e domiciliado à Av. Transversal Sul 00200, bloco 8, apartamento 71, Novo Osasco, Osasco – SP CEP 06045-420;
Mandato: 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029.

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Alayana Cassia Oliveira Correa, brasileira, solteira, farmaceutica, portadora do CRF n° 67.729 SP, portadora do RG n° 44.972.556 SSP/SP e do CPF n° 380.556.058-31, residente e domiciliada à Rua São Judas n° 13, Centro, São Lourenço da Serra – SP CEP 06890-000;
Mandato: 02 de janeiro de 2024 a 02 de janeiro de 2026.

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Ana Carolyne Oliveira Correa, brasileira, solteira, farmacêutica, portadora do CRF n° 109.561/SP, portadora do RG n° 36.291.012 SSP/SP e do CPF n° 485.026.618-50, residente e domiciliada à Rua São Judas n° 13, Centro, São Lourenço da Serra – SP CEP 06890-000;
Mandato: 02 de janeiro de 2024 a 02 de janeiro de 2026.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:38 que o documento de hash (SHA-256)
5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4 foi validado em 12/01/2026 12:35:19 através da transação blockchain
0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9...1 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302930)

...IMENTO
- SP
...Electrônico
Autenticado

IGATS

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Flávia Juceli Silva de Sá, brasileira, casada, farmacêutica, portadora do CRF n° 50.686 SP, portadora do RG n° 30.621.893-8 SSP/SP e do CPF n° 212.645.688-94, residente e domiciliada à Rua Lusiania n° 157, Parque Paraíso, Itapecerica da Serra – SP CEP 06852-610.

Mandato: 02 de janeiro de 2024 a 02 de janeiro de 2026.

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: Jackson David de Oliveira, brasileiro, solteiro, analista fiscal, portador do RG n° 39.443.899-1 SSP/SP e do CPF n° 055.619.056-43, residente e domiciliado à Estrada São Francisco n° 1.850, Bloco C, Apartamento 102, Parque Taboão, Taboão da Serra – SP CEP 06.765-000.

Mandato: 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029.

Nesses termos, o Presidente agradeceu a presença de todos, determinando a mim, que servi como Secretário, que lavrasse a presente ata e a levasse a registro junto aos órgãos competentes para surtir os efeitos jurídicos necessários. A presente ata segue assinada por mim e pelo Presidente da Associação que encerrou os trabalhos da Assembleia, acompanhada pela lista de presença e termo de posse assinados por todos os presentes, como sinal de sua aprovação.

Ibiúna, 15 de agosto de 2025.

Reginaldo de Oliveira
Giraud Presidente

Carlos Alberto Alves de Moraes
Secretário e Tesoureiro

Reconheço por semelhança 01 firma sem valor econômico de REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD e dou fé.**********
****
Selo: 0951AA447650
SANTOS, 23 de Setembro de 2025. Hr. 09:09
Em Testemunho [illegible] da verdade. Vr. R$8,61
VIVIANA DE ASSIS - ESCREVENTE

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna - [illegible]

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:38 que o documento de hash (SHA-256)
5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4 foi validado em 12/01/2026 12:35:19 através da transação blockchain
0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9bb91 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302930)

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

IGATS

TERMO DE POSSE
Mandato de 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029 Assembleia Geral Extraordinária
15 de agosto de 2025

DIRETORIA EXECUTIVA:

TABELIÃO MEDEIROS

PRESIDENTE: Reginaldo de Oliveira Giraud, brasileiro, divorciado, farmacêutico, inscrito no CRF/SP sob o nº 31.124, inscrito no CPF do MF sob nº 296.458.368-40, residente e domiciliado à Rua Coronel Pedro Arbues, nº 195, ap 21, Ponta da Praia, Santos – SP CEP 11035-050;

Mandato: 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029.

Tab. COPPINI

TESOUREIRO: Carlos Alberto Alves de Moraes, brasileiro, casado, gerente financeiro, portador da Cédula de Identidade n° 24.275.866-6 SSP/SP e inscrito no CPF/MF n° 135.188.638-80, residente e domiciliado à Rua Domingos de Almeida Lima n° 22, Bairro Rio de Una, Ibiúna – SP CEP 18150-000;

Mandato: 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029.

SERVIÇO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO CUNHA

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: Jackson David de Oliveira, brasileiro, solteiro, analista fiscal, portador do RG n° 39.443.899-1 SSP/SP e do CPF n° 055.619.056-43, residente e domiciliado à Estrada São Francisco n° 1.850, Bloco C, Apartamento 102, Parque Taboão, Taboão da Serra – SP CEP 06.765-000.

Mandato: 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029.

REG CIVIL SALTO

CONSELHEIRO DE ADMINISTRAÇÃO: Anderson Vieira de Almeida, brasileiro, solteiro, farmacêutico, portador do RG n° 21.955.529 SSP/SP e do CPF /MF n° 327.664.688-97, residente e domiciliado à Av. Transversal Sul 00200, bloco 8, apartamento 71, Novo Osasco, Osasco – SP CEP 06045-420;

Mandato: 31 de agosto de 2025 a 30 de agosto de 2029.

Ibiúna, 15 de agosto de 2025.

Tab. COPPINI

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:38 que o documento de hash (SHA-256) 5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4 foi validado em 12/01/2026 12:35:19 através da transação blockchain 0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9bb91 - pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302930)

IGATS

Oficial de Registro Civil das Pessoas Jurídicas da Comarca de Ibiúna - SP

Lista de Presença

ATA DE ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA 15.08.2025

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS

CNPJ 12.043.445/0001-38

Carlos Alberto Alves de Moraes
Tesoureiro

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

Jackson David Oliveira
Presidente do Conselho de Administração

Alayana Cassia Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ana Carolyne Oliveira Correa
Conselho de Administração

Flávia Jucell Silva de Sá
Conselho de Administração

Anderson Vieira de Almeida
Conselho de Administração

Ibiúna, 15 de agosto de 2025.

Prova de Autenticidade válida até 12/04/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 12/01/2026 12:48:38 que o documento de hash (SHA-256) 5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4 foi validado em 12/01/2026 12:35:19 através da transação blockchain 0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9[illegible] pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 302930)

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 12/04/2026

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 **5cd13208bcd25c363b4b85591cedf0fba625d83a6bc7822cc74643fdc44b23a4** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **302930** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Ata de Eleição Igats - 2025"**, cujo assunto é descrito como **"Ata de Eleição Igats - 2025"**, faz prova de que em **12/01/2026 12:34:56**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **12/01/2026 12:48:39** 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 **0xd11e09a2a886d579aae943335f39c970f5da65f083c8e8b5bd0fc197d2c9bb94**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna

Oficial de Registro: Helio Pecci

rua Zico Soares,, 444 - térreo - centro

Tel.: (15) 3241-1938 - Email: cartorioibiuna@yahoo.com.br - Site:

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA

REGISTRO PARA FINS DE PUBLICIDADE E EFICÁCIA EM RELAÇÃO A TERCEIROS

Nº 5372 de 30/01/2024

Certifico e dou fé que o documento eletrônico anexo, contendo **8 (oito) páginas**, foi apresentado em 25/01/2024, o qual foi protocolado sob nº 5872, tendo sido registrado eletronicamente sob nº **5372** e averbado no registro primitivo nº 3711 no Livro A deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna na presente data.

Apresentante
REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD

Natureza
Ata > Averbação sem alterações

Denominação da PJ: INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS

Ibiuna, 30 de janeiro de 2024

Assinado eletronicamente

ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO
Escrevente

Este certificado é parte **integrante e inseparável** do registro do documento acima descrito.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79
Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site:
rtdbrasil.org.br/certidaoregistro
e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcode.

5372

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:
selodigital.tjsp.jus.br

Selo Digital
1207334PJMM000003596MM248

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256)
6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain
0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd90 pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

Registro Nº 5372 30/01/2024

Protocolo nº 5872 de 25/01/2024: Documento registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 5372 em 30/01/2024 e averbado no registro primitivo nº 3711 deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna. Assinado digitalmente por ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO - Escrevente.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79	R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

IGATS

ILMO OFICIAL DO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DA COMARCA DE IBIÚNA/SP

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, no 156, 2º andar, sala 05, bairro Centro, CEP 18.150-000, na cidade de Ibiúna/SP, por intermédio de seu presidente, Reginaldo de Oliveira Giraud, brasileiro, Farmacêutico, inscrito no CRF/SP sob o no 31.124, inscrito no CPF do MF sob no 296.458.368-40, residente e domiciliado à Rua Coronel Pedro Arbues, no 195, ap 21,Ponta da Praia, Santos/SP, requer o **REGISTRO** da ata em anexo, inerente ao Mandato do Conselho de Administração.

Ibiúna, 02 de janeiro de 2024.

4º TN

Reginaldo de Oliveira Giraud

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS
Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

4º CARTÓRIO DE NOTAS DE SANTOS - SP
Eduardo França Tavares da Silva - Tabelião Titular
Av. Dr. Pedro Lessa, 2772 - Embaré - Santos/SP - CEP: 11025-002 - Tel.: (13) 2104-4400 - Fax: (13) 2104-1415
Reconheço por semelhança SEM VALOR ECONÔMICO de:
[1aqtdfF3]-REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Santos, 03/01/2024, Em testº da verdade.
JOSENILDE DOS SANTOS - ESCREVENTE AUTORIZADA
Valor: R$ 7,97. Selo nº
"VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE"
TABELIÃO FRANÇA
TABELIÃO DE NOTAS
SANTOS - SP

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2º andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256) 6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain 0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd90, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

Registro Nº 5372 30/01/2024

Protocolo nº 5872 de 25/01/2024: Documento registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 5372 em 30/01/2024 e averbado no registro primitivo nº 3711 deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna. Assinado digitalmente por ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO - Escrevente.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79	R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

IGATS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n° 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos n° 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP, neste ato representada por seu Presidente, Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Social, convoca os associados para a Assembleia Geral Extraordinária a ser realizada na sede da entidade, endereço supramencionado, em 02.01.2024, em 1° chamada às 09h00 e às 10h00 em 2° chamada, com o término previsto para às 13h00, para deliberarem sobre o assunto constante:

I – Ingresso de novos associados;

II-Eleger metade dos membros do Conselho de Administração, na forma do art. 34, Parágrafo 15, do Estatuto Social;

II – Demais assuntos de interesse da entidade.

Ibiúna, 20 de dezembro de 2023.

Reginaldo de Oliveira Giraud

4º TN

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente
CPF n° 296.458.368-40

Santos
Autorizada

4º CARTÓRIO DE NOTAS DE SANTOS - SP
Eduardo Franco Tavares da Silva - Tabelião Titular
TABELIÃO FRANCA Av. Dr. Pedro Lessa, 2772 - Embaré - Santos/SP - CEP: 11035-002 - Tel.: (13) 2104-4400 - Fax: (13) 2104-4416

Reconheço por semelhança SEM VALOR econômico de:
[0]qtaffOJ-REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Santos, 03/01/2024. Em test. da Verdade.
JOSENILDE DOS SANTOS - ESCREVENTE AUTORIZADA
Valor: R$ 7,97. Selo n.: 1047AA03367[illegible]
"VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE"

TABELIÃO FRANCA
4.º TABELIÃO DE NOT.
DE SANTOS - S.P.

CNPJ 12.043.445/0001-38
Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,
Ibiúna - SP

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256) 6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain 0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd90, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

Registro Nº 5372 30/01/2024

Protocolo nº 5872 de 25/01/2024: Documento registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 5372 em 30/01/2024 e averbado no registro primitivo nº 3711 deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna. Assinado digitalmente por ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO - Escrevente.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79	R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

IGATS

ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Aos dois dias do mês de janeiro de 2024, exatamente às dez horas e dois minutos, na sede da entidade, sito à Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro, Ibiúna – SP CEP 18150-000, deu-se inicio à Assembleia Geral Extraordinária da Entidade denominada "**INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS**", nos moldes estabelecidos em Estatuto. A Assembleia foi presidida pelo Sr. Reginaldo de Oliveira Giraud, Presidente da entidade, auxiliado pelo Sr. Carlos Alberto Alves de Moraes, designado pelo Presidente para secretariar os trabalhos. A convocação em caráter extraordinário se fez pela Diretoria, segundo competência atribuída pelo art. 26 e ss. do estatuto, com a convocação prévia de 10 (dez) dias de antecedência, por meio de cartas – convites dirigidos aos associados que assinam pelo recebimento da convocação, bem como por meio de edital fixado na sede da entidade, nos termos do art. 27 do Estatuto Social então vigente. A Assembleia foi instalada em primeira convocação, pela presença de maioria absoluta dos associados,cuja presença se atesta pela assinatura da lista de presença que segue anexa. Iniciados os trabalhos, o Presidente da Entidade, apresentou o item 1 da pauta do dia, informando que novas pessoas manifestaram intenção em integrar o quadro associativo da entidade, listando em ordem alfabética: Alayana Cassia Oliveira Correa, brasileira, solteira, farmaceutica, portadora do CRF n° 67.729 SP, portadora do RG n° 44.972.556 SSP/SP e do CPF n° 380.556.058-31, residente e domiciliada à Rua São Judas n° 13, Centro, São Lourenço da Serra – SP CEP 06890-000, Ana Carolyne Oliveira Correa, brasileira, solteira, farmacêutica, portadora do CRF n° 109.561/SP, portadora do RG n° 36.291.012 SSP/SP e do CPF n° 485.026.618-50, residente e domiciliada à Rua São Judas n° 13, Centro, São Lourenço da Serra – SP CEP 06890-000, Flávia Juceli Silva de Sá, brasileira, casada, farmacêutica, portadora do CRF n° 50.686 SP, portadora do RG n° 30.621.893-8 SSP/SP e do CPF n° 212.645.688-94, residente e domiciliada à Rua Lusiania n° 157, Parque Paraíso, Itapecerica da Serra – SP CEP 06852-610. Listados os nomes, a Assembleia Geral deliberou e decidiu por ratificar as admissões realizadas pelo Presidente, com efeitos ex tunc, podendo votar e serem votados em Assembleia. Em atenção ao segundo item da pauta do dia, que diz respeito ao vencimento do mandato de metade dos membros do Conselho de Administração, na forma do art. 34°, Parágrafo 15° do Estatuto Social vigente, vencido em 31 de dezembro de 2023, assim deram-se os trabalhos para eleição dos novos membros do Conselho de Administração, com mandato de 02 (dois) anos, seguindo ao estabelecido no art. 34, Parágrafo 15° do Estatuto Social, tendo em vista a necessidade de alternância dos membros. Iniciando a votação dos membros do Conselho de Administração, a Assembleia Geral elegeu três associados, sendo eles: Alayana Cassia Oliveira Correa, Ana Carolyne Oliveira Correa e Flávia Juceli Silva de Sá.

Assim, o Conselho de Administração passa a ter a seguinte composição:

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Alayana Cassia Oliveira Correa, brasileira, solteira, farmaceutica, portadora do CRF n° 67.729 SP, portadora do RG n° 44.972.556 SSP/SP e do CPF n° 380.556.058-31, residente e domiciliada à Rua São Judas n° 13, Centro, São Lourenço da Serra – SP CEP 06890-000;

Mandato: 02 de janeiro de 2024 a 02 de janeiro de 2026.

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256) 6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain 0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd99, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

Registro Nº 5372 30/01/2024

Protocolo nº 5872 de 25/01/2024: Documento registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 5372 em 30/01/2024 e averbado no registro primitivo nº 3711 deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna. Assinado digitalmente por ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO - Escrevente.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79	R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

IGATS

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Ana Carolyne Oliveira Correa, brasileira, solteira, farmacêutica, portadora do CRF n° 109.561/SP, portadora do RG n° 36.291.012 SSP/SP e do CPF n° 485.026.618-50, residente e domiciliada à Rua São Judas n° 13, Centro, São Lourenço da Serra – SP CEP 06890-000;
Mandato: 02 de janeiro de 2024 a 02 de janeiro de 2026.

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Flávia Juceli Silva de Sá, brasileira, casada, farmacêutica, portadora do CRF n° 50.686 SP, portadora do RG n° 30.621.893-8 SSP/SP e do CPF n° 212.645.688-94, residente e domiciliada à Rua Lusiania n° 157, Parque Paraíso, Itapecerica da Serra – SP CEP 06852-610.
Mandato: 02 de janeiro de 2024 a 02 de janeiro de 2026.

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: Jackson David de Oliveira, brasileiro, solteiro, analista fiscal, portador do RG n° 39.443.899-1 SSP/SP e do CPF n° 055.619.056-43, residente e domiciliado à Estrada São Francisco n° 1.850, Bloco C, Apartamento 102, Parque Taboão, Taboão da Serra – SP CEP 06.765-000.
Mandato: 31 de agosto de 2021 a 30 de agosto de 2025.

CONSELHEIRO DE ADMINISTRAÇÃO: Marco Antonio da Luz, brasileiro, casado, empresário, portador do RG n° 19.307.845-5 SSP/SP e do CPF n° 104.120.228-85, residente e domiciliado à Rur José Juni n° 1580, Centro, Ibiúna – SP CEP 18150-000.
Mandato: 31 de agosto de 2021 a 30 de agosto de 2025.

Nesses termos, o Presidente agradeceu a presença de todos, determinando a mim, que servi como Secretário, que lavrasse a presente ata e a levasse a registro junto aos órgãos competentes para surtir os efeitos jurídicos necessários. A presente ata segue assinada por mim e pelo Presidente da Associação que encerrou os trabalhos da Assembleia, acompanhada pela lista de presença assinada por todos os presentes, como sinal de sua aprovação.

Ibiúna, 02 de janeiro de 2024.

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

Carlos Alberto Alves de Moraes
Secretário

Registro Civil de Ibiúna/SP
Ato praticado no VERSO

4º CARTÓRIO DE NOTAS DE SANTOS - SP
Eduardo França Tavares da Silva - Tabelião Titular
Reconheço por semelhança SEM VALOR ECONÔMICO de:
(1) REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD
Santos, 03/01/2024. Em test
JOCENILDE DOS SANTOS - ESCREVENTE AUTORIZADA
Valor: R$ 7,97. Selo n°:

"VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE"

CNPJ 12.043.445/0001-38
Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2º andar, sala 05, Centro, Ibiúna - SP

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256) 6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain 0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd90, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

Página	Protocolo nº 5872 de 25/01/2024: Documento registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 5372 em 30/01/2024 e averbado no registro primitivo nº 3711 deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna. Assinado digitalmente por ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO - Escrevente.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79	R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

Registro Nº 5372 30/01/2024

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL LUZINETE FERREIRA DE SOUSAS MENEZES Oficial
IBIÚNA, SP DESDE 1868 Avenida Fortunatinho, Nº.: 125 - Centro - Fone / Fax: (15) 3246-3242

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de 01 firma de CARLOS ALBERTO ALVES DE MORAES, em documento sem valor econômico, , do que dou fé.
Ibiúna, 5 de janeiro de 2024 207847/39-63
R$ 8,11
SABRINA NICOLI VIEIRA CARPENEDO - Escrevente Autorizada
0367AA0094587 - Fls.
Válido Somente com o Selo de Autenticação

SABRINA NICOLI VIEIRA CARPENEDO
ESCREVENTE AUTORIZADA

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256) 6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain 0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd99 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

Registro Nº 5372 30/01/2024

Protocolo nº 5872 de 25/01/2024: Documento registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 5372 em 30/01/2024 e averbado no registro primitivo nº 3711 deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna. Assinado digitalmente por ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO - Escrevente.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79	R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

IGATS

TERMO DE POSSE

ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

DATA: 02 DE JANEIRO DE 2024

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

MANDATO: 02 DE JANEIRO DE 2024 A 02 DE JANEIRO DE 2026

1 Tab. Emilia Das Artes

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Alayana Cassia Oliveira Correa, brasileira, solteira, farmaceutica, portadora do CRF n° 67.729 SP, portadora do RG n° 44.972.556 SSP/SP e do CPF n° 380.556.058-31, residente e domiciliada à Rua São Judas n° 13, Centro, São Lourenço da Serra – SP CEP 06890-000;

1 Tab. Emilia Das Artes

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Ana Carolyne Oliveira Correa, brasileira, solteira, farmacêutica, portadora do CRF n° 109.561/SP, portadora do RG n° 36.291.012 SSP/SP e do CPF n° 485.026.618-50, residente e domiciliada à Rua São Judas n° 13, Centro, São Lourenço da Serra – SP CEP 06890-000;

1° Tabelião DE NOTAS E ANEXOS DE ITAP DA SERRA-SP

CONSELHEIRA DE ADMINISTRAÇÃO: Flávia Juceli Silva de Sá, brasileira, casada, farmacêutica, portadora do CRF n° 50.686 SP, portadora do RG n° 30.621.893-8 SSP/SP e do CPF n° 212.645.688-94, residente e domiciliada à Rua Lusiania n° 157, Parque Paraíso, Itapecerica da Serra – SP CEP 06852-610.

Mandato: 02 de janeiro de 2024 a 02 de janeiro de 2026.

Ibiúna, 02 de janeiro de 2024.

1.º Tabelião de Notas e Anexos Itapecerica da Serra - SP
Rua Juvenal Galeno de Castro, 43 - Centro - Cep: 06850-760 - Fone: (11) 4666-5588 - Fax: (11) 4666-7706

Reconheço por semelhança 01 firma: "Valor econômico de FLAVIA JUCELI SILVA DE SA e dou fe. Selo: S10423AA0319783 ITAPECERICA DA SERRA, 24 de janeiro de 2024. Para MAIS EZ. Em Test: da verdade. FLAVIA LUCIA SILVA ROSSAFA - ESCREVENTE

1.º TABELIÃO DE NOTAS E ANEXOS ITAPECERICA DA SERRA - SP
FLAVIA LUCIA SILVA ROSSAFA
Escrevente

112037 FIRMA 1 S10423AA0319783

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256) 6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain 0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd90 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

Registro Nº
5372
30/01/2024

Protocolo nº 5872 de 25/01/2024: Documento registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 5372 em 30/01/2024 e averbado no registro primitivo nº 3711 deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna. Assinado digitalmente por ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO - Escrevente.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79	R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS
MUNICÍPIO E COMARCA DE EMBU DAS ARTES - ESTADO DE SÃO PAULO

Reconheco, em documento SEM valor economico, por semelhanca a(s) firma(s) de: ALAYANA CASSIA OLIVEIRA CORREA; ANA CAROLYNE OLIVEIRA CORREA. Dou fe. Selo(s): AA00495521
Por ato R$ 8,27.
Em Testemunho ___ da verdade.
RONALDO FELIX ARAUJO
Cod. Seg.: 50524849504850524953535251 Total R$16,54
Data: 24/01/2024 - 15:14:39

Colegio Notarial do Brasil
111989
FIRMA 2
S20294AA00695

Escrevente

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256)
6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain
0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd90 e pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

Protocolo nº 5872 de 25/01/2024: Documento registrado eletronicamente para fins de publicidade e/ou eficácia em relação a terceiros sob nº 5372 em 30/01/2024 e averbado no registro primitivo nº 3711 deste Oficial de Registro de Imóveis, Tit. Docum. Civil Pessoas Jurídicas de Ibiúna. Assinado digitalmente por ANA CLAUDIA RODRIGUES DE CAMARGO - Escrevente.

Emolumentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça	Ministério Público	ISS	Condução	Outras Despesas	Total
R$ 55,25	R$ 15,70	R$ 10,74	R$ 2,91	R$ 3,79	R$ 2,65	R$ 2,76	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 93,80

IGATS

Lista de Presença

ATA DE ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA 02.01.2024

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE – IGATS

CNPJ 12.043.445/0001-38

Carlos Alberto Alves de Moraes
Tesoureiro

Reginaldo de Oliveira Giraud
Presidente

Jackson David Oliveira
Presidente do Conselho de Administração

Alayana Cassia Oliveira Correa
Conselho de Administração

Ana Carolyne Oliveira Correa
Conselho de Administração

Flávia Juceli Silva de Sá
Conselho de Administração

Marco Antonio da Luz
Conselho de Administração

Anderson Vieira de Almeida
Associado

Anderson de Barros
Associado

Katherine Fernanda Palopoli de Aguiar e Silva
Associado

Ibiúna, 02 de janeiro de 2024.

CNPJ 12.043.445/0001-38

Avenida Vereador Benedito de Campos 156, 2° andar, sala 05, Centro,

Ibiúna - SP

Prova de Autenticidade válida até 25/01/2026

v4.0 - Dautin Blockchain certifica em 27/10/2025 15:06:14 que o documento de hash (SHA-256) 6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd foi validado em 27/10/2025 14:57:01 através da transação blockchain 0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd90, pode ser verificado em https://www.dautin.com/FileCheck (NID: 293276)

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 25/01/2026

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 **6bb30daa49e428d689bb12304587ddd5c5662940b493962bd16f73ff1dfe69bd** foi autenticado de acordo com as Legislações e normas vigentes[1] através da rede blockchain Ethereum Classic, sob o identificador único denominado NID **293276** dentro do sistema.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **"Ata II - Igats"**, cujo assunto é descrito como **"Ata II - Igats"**, faz prova de que em **27/10/2025 14:56:26**, o responsável **Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia (30.910.975/0001-18)** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de Daiane Tacher Cunha Sociedade Individual de Advocacia a responsabilidade, única e exclusiva, pela idoneidade do documento apresentado a Dautin Blockchain

Este CERTIFICADO foi emitido em **27/10/2025 15:06:15** 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 **0x19b27732b80d5e963416e240ec3158fff4309c7d66c9fbfa950f1d8c8c4cfd92**.
Também é possível acessar a consulta através da rede blockchain em **https://blockscout.com/etc/mainnet/**

[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.

DAIANE TACHER
DIREITO PÚBLICO E TRIBUTÁRIO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS, inscrita no CNPJ do MF sob nº 12.043.445/0001-38, com sede à Avenida Vereador Benedito de Campos, nº 156, 2º andar, sala 5, Bairro Centro, na cidade de Ibiúna/SP, neste ato representado por seu presidente, *Reginaldo de Oliveira Giraud,* inscrito no CPF do MF sob nº 296.458.368-40.

OUTORGADAS: DAIANE TACHER CUNHA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/SP nº 389.126 e no CPF do MF sob nº 416.560.068-71, **THAYNÁ LAÍSE RODRIGUES**, brasileira, assistente jurídica, casada, inscrita no CPF do MF sob nº 459.090.048-32 e RG nº 54.431.716-6 e **RAFAELA SILVA MACHADO DELFINO**, brasileira, advogada, casada, inscrita na OAB/SP nº 491.232 e no CPF do MF sob nº 466.634.228-12, ambas com endereço profissional à Rua Antônio Alves de Oliveira, n° 395, Bairro Centro - CEP 18190-000, na cidade de Araçoiaba da Serra/SP.

PODERES: para o fim especial de promover a participação do outorgante junto ao procedimento licitatório realizado na modalidade de **Chamamento Público nº 02/2025**, pelo Município de **Jacupiranga/SP**, como nosso representante legal na Licitação em referência, podendo rubricar ou assinar documentos, manifestar, prestar todos os esclarecimentos de nossos documentos, interpor recursos, desistir de prazos e recursos, enfim, praticar todos os atos necessários à representação do outorgante.

Araçoiaba da Serra, 16 de janeiro de 2026.

REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD:29645836840

Assinado de forma digital por REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD:29645836840
Dados: 2026.01.16 15:12:49 -03'00'

INSTITUTO DE GESTÃO ADMINISTRAÇÃO E TREINAMENTO EM SAÚDE - IGATS
Reginaldo de Oliveira Giraud

Relatório de conformidade

Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 16/01/2026 15:36:04 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.21.1.2

Versão do software(Validador de Documentos): 3.0.5.2

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: 1.5. ProcuraÃ§Ã£o Jacupiranga.pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

d04e71f5bf6f30fcbf879e1b9cc31407d53ffce7e022adc6fbf064c2df3d2849

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 1

Quantidade de assinaturas ancoradas: 1

CN=REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD:***458368**, OU=30388453000106, OU=Videoconferencia, OU=AR PDA CERTIFICADORA, OU=AC VALID RFB V5, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Assinante: CN=REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD:***458368**, OU=30388453000106, OU=Videoconferencia, OU=AR PDA CERTIFICADORA, OU=AC VALID RFB V5, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

CPF: ***.458.368-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 16/01/2026 15:12:49 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de erro: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=REGINALDO DE OLIVEIRA GIRAUD:29645836840, OU=30388453000106, OU=Videoconferencia, OU=AR PDA CERTIFICADORA, OU=AC VALID RFB V5, OU=RFB e-CPF A1, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC VALID RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 07/08/2025 16:59:16 BRT

Aprovado até: 07/08/2026 16:59:16 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC VALID RFB v5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 05/05/2017 15:06:38 BRT

Aprovado até: 20/02/2029 15:06:38 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4, OU=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 20/07/2016 10:32:04 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 09:00:04 BRT

Expirado (LCR): false

CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5, OU=Instituto Nacional de Tecnologia da Informacao - ITI, O=ICP-Brasil, C=BR

Data de emissão: 02/03/2016 10:01:38 BRT

Aprovado até: 02/03/2029 20:59:38 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: RevocationInfoArchival

Corretude: Valid

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE SÃO PAULO
IDENTIDADE DE ADVOGADA
NOME
DAIANE TACHER CUNHA
FILIAÇÃO
ALCIDES ROBERTO CUNHA
IVANILDA PEREIRA RODRIGUES CUNHA
INSCRIÇÃO
389126
NATURALIDADE
ARAÇOIABA DA SERRA - SP
DATA DE NASCIMENTO
23/07/1992
RG
36.468.632-7 - SSP
CPF
416.560.068-71
EXPEDIDO EM
01/06/2020
CAIO AUGUSTO SILVA DOS SANTOS
PRESIDENTE

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
13797789
USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)
ASSINATURA DO PORTADOR
OBSERVAÇÕES
Art.30,Inc.I,L 8906/94