EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026

PROPOSTA TÉCNICA E PROPOSTA FINANCEIRA

Gestão, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde de Duas Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas

Município de Palmas/TO · Secretaria Municipal da Saúde

UPA 24 HORAS NORTE
José de Souza Dourado
CNES 2755289 Porte III, Opção VIII

UPA 24 HORAS SUL
Gerson Pires de Aguiar
CNES 2492555 Porte III, Opção VIII

PROPOSTA TÉCNICA E FINANCEIRA apresentada pela ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM MOVIMENTO - ASM para fins de participação no Edital de Chamamento Público nº 001/2026, promovido pelo Município de Palmas/TO por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, cujo objeto é a celebração de Termo de Colaboração para a gestão, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde da UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e da UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar, ambas habilitadas no Porte III, Opção VIII, da Portaria GM/MS nº 10/2017.

PROPONENTE	**ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM MOVIMENTO - ASM**
CNPJ/MF	nº 27.324.279/0001-15
ENDEREÇO	Rua Thomaz Gonzaga, nº 64, Pernambués, CEP nº 41.100-000
MUNICÍPIO/UF	Salvador/BA
REPRESENTANTE LEGAL	Ana Cláudia Mendonça Vitti
CPF DO REPRESENTANTE	356.847.555-34
TELEFONE/WHATSAPP	(71) 3035-0103 / (71) 9 9961-1122
E-MAIL PARA COMUNICAÇÕES OFICIAIS	asm@asaudem.org.br leandra.carvalho@asaudem.org.br renata.santarem@asaudem.org.br rayssa.oliveira@asaudem.org.br wanderson.moreira@asaudem.org.br
VALIDADE DA PROPOSTA	120 (cento e vinte) dias contados da data da sessão pública de abertura

Setor de Projetos

PALMAS/TO · OUTUBRO DE 2026

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM MOVIMENTO 41

1.1 Identificação e natureza jurídica 41
1.2 Missão, valores e estrutura de governança 44
1.3 Programa de Compliance e Integridade Corporativa 46
1.4 Estrutura de suporte corporativo às unidades geridas 49

2 DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DA PARCERIA 51

2.1 O Município de Palmas e o seu território 51
2.2 A população usuária e o perfil epidemiológico 53
2.3 A Rede de Atenção à Saúde de Palmas 55
2.4 A Rede de Atenção às Urgências e o lugar das duas unidades 57
2.5 A UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado: estrutura, serviços e território de abrangência 60
2.6 A UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar: estrutura, serviços e território de abrangência 62
2.7 Perfil da demanda assistencial, distribuição horária e sazonalidade 64
2.8 Perfil do apoio diagnóstico e da produção assistencial 66
2.9 Síntese comparativa da capacidade instalada e da produção 68
2.10 Desafios identificados para a gestão das duas unidades 69
2.11 A visita técnica às unidades 73
2.12 Nexo entre a realidade descrita e as ações propostas 74

3 AÇÕES A EXECUTAR E PRAZOS DE EXECUÇÃO 76

3.1 Síntese das ações a executar por eixo de gestão 76
3.2 Prazos de execução e cronograma geral 83

4 ÁREA DE ATIVIDADE FA.1 88

Fluxos operacionais 89
V.1.1 Fluxo assistencial do usuário, do acolhimento à alta ou transferência 89
V.1.1.1 Descrição do percurso do usuário desde a recepção até a alta, a transferência para outro serviço ou o óbito, com identificação dos pontos de decisão e dos profissionais responsáveis por cada etapa 91
V.1.1.2 Pontos de decisão e profissional responsável por cada etapa 98
V.1.1.3 Protocolo de acolhimento com classificação de risco adotado, com a identificação dos níveis de prioridade e dos tempos-alvo de atendimento correspondentes 102
V.1.1.4 Níveis de prioridade e tempos-alvo para a primeira avaliação médica 114
V.1.1.5 Reclassificação e busca ativa na sala de espera 116
V.1.1.6 Funcionamento da sala de estabilização: critérios de admissão, composição da equipe e rotina de acionamento da regulação 120

V.1.1.7 Funcionamento da área de observação: critérios de admissão e de permanência e periodicidade de reavaliação médica e de enfermagem 127
V.1.1.8 Round interdisciplinar e gestão das vagas de observação 132
V.1.1.9 Percurso pediátrico 139
V.1.1.10 Percurso ortopédico e traumatológico 149
V.1.1.11 Percurso da gestante 153
V.1.1.12 Percurso da pessoa em sofrimento psíquico 163
V.1.1.13 Precaução e isolamento do usuário com suspeita de doença transmissível 172
V.1.1.14 Identificação do usuário e barreiras de segurança 176
V.1.1.15 Plano de contingência para picos de demanda e superlotação 189
V.1.1.16 Registro, indicadores e governança do fluxo 193
V.1.1.17 Representação gráfica do fluxo, em fluxograma, coerente com a descrição textual 196
V.1.1.18 Organização do fluxo na UPA 24 horas Norte 198
V.1.1.19 Organização do fluxo na UPA 24 horas Sul 201
V.1.2 Fluxo unidirecional de materiais esterilizados e de roupas 205
V.1.2.1 Descrição do fluxo de materiais desde o recebimento no expurgo até a distribuição do material esterilizado, demonstrando a ausência de cruzamento entre material sujo e material processado 207
V.1.2.2 Descrição do fluxo de roupas, da coleta da roupa suja à distribuição da roupa limpa, com o mesmo requisito de unidirecionalidade 211
V.1.2.3 Indicação dos locais de guarda, dos controles de rastreabilidade dos lotes esterilizados e dos registros de monitoramento dos processos de esterilização 215
V.1.2.4 Registros de monitoramento físico, químico e biológico 220
V.1.2.5 Estrutura e equipamentos da Central de Material e Esterilização 225
V.1.2.6 Representação gráfica dos dois fluxos 228
V.1.2.7 Processamento de materiais e de roupas na UPA 24 horas Norte 231
V.1.2.8 Processamento de materiais e de roupas na UPA 24 horas Sul 233
V.1.3 Fluxo de resíduos de serviços de saúde, segregado e unidirecional 235
V.1.3.1 Grupos de resíduos gerados e pontos de geração 238
V.1.3.2 Descrição da segregação, do acondicionamento, da coleta interna, do armazenamento temporário e do armazenamento externo, demonstrando a segregação e a unidirecionalidade 243
V.1.3.3 Armazenamento temporário e armazenamento externo 248
V.1.3.4 Destinação final e contratação do transporte e do tratamento 252
V.1.3.5 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e responsável técnico 260
V.1.3.6 Pesagem, indicadores e capacitação das equipes 264
V.1.3.7 Representação gráfica do fluxo de resíduos 268
V.1.3.8 Gerenciamento de resíduos na UPA 24 horas Norte 270
V.1.3.9 Gerenciamento de resíduos na UPA 24 horas Sul 272

V.1.4 Fluxo de registros, documentos e prontuários de usuários 275
V.1.4.1 Descrição do fluxo do prontuário do usuário, da abertura ao arquivamento, com os responsáveis por cada etapa e a forma de vinculação ao registro de classificação de risco 278
V.1.4.2 Política de guarda, de temporalidade e de sigilo dos registros, com referência à legislação aplicável 285
V.1.4.3 Forma de disponibilização de registros à Secretaria Municipal da Saúde, aos órgãos de controle e ao próprio usuário, com prazos de atendimento 296
V.1.4.4 Rotina de recuperação e de continuidade dos registros em caso de indisponibilidade do sistema informatizado 300
V.1.4.5 Proteção de dados e devolução das bases ao término da parceria 305
V.1.4.6 Representação gráfica do fluxo do prontuário 309
Instrumentos de gestão 311
V.1.5 Proposta de regimento interno da unidade 311
V.1.5.1 Finalidade e campo de atuação 312
V.1.5.2 Estrutura organizacional e competências de cada área 313
V.1.5.3 Funcionamento, horários, escalas, substituições e sobreaviso 315
V.1.5.4 Disposições sobre o relacionamento com a Secretaria Municipal da Saúde, com a regulação e com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde 317
V.1.5.5 Forma de aprovação e de revisão do regimento 318
V.1.6 Proposta de regimento do serviço de enfermagem 344
V.1.6.1 Estrutura do serviço e vinculação ao Responsável Técnico de Enfermagem, com indicação do registro no conselho de classe 345
V.1.6.2 Competências e atribuições por categoria profissional, discriminadas entre enfermeiro e técnico de enfermagem 348
V.1.6.3 Critérios de dimensionamento e de elaboração das escalas 350
V.1.6.4 Passagem de plantão, registro em prontuário e comunicação de intercorrências 351
V.1.6.5 Supervisão e educação permanente da equipe 353
V.1.7 Proposta de regimento do corpo clínico 372
V.1.7.1 Composição do corpo clínico e forma de admissão, permanência e desligamento de seus membros 373
V.1.7.2 Direitos e deveres dos membros do corpo clínico 375
V.1.7.3 Competências da diretoria clínica e do Responsável Técnico Médico, com indicação do registro no conselho de classe 376
V.1.7.4 Regras de escala médica, de substituição, de sobreaviso e de cobertura de ausências 378
V.1.7.5 Disposições sobre a Comissão de Ética Médica e sobre o encaminhamento de questões éticas 380
V.1.8 Projeto de tecnologia da informação e prontuário eletrônico 403

V.1.8.1 Descrição da solução de prontuário eletrônico, com os módulos de acolhimento e classificação de risco, atendimento médico, prescrição, dispensação de medicamentos e resultados de exames 404
V.1.8.2 Demonstração de integração ou interoperabilidade com os sistemas oficiais de informação em saúde, nominalmente identificados....410
V.1.8.3 Descrição da infraestrutura de rede, servidores, estações de trabalho e solução de contingência 414
V.1.8.4 Política de cópia de segurança e prazo de retenção....418
V.1.8.5 Plano de implantação com cronograma e plano de capacitação dos usuários....421
V.1.8.6 Política de segurança da informação e de proteção de dados pessoais 425
V.1.8.7 Demonstração de que a solução gera os dados necessários à apuração das metas e dos indicadores e à prestação de contas....435
V.1.8.8 Dicionário de dados dos indicadores e painel de acompanhamento ...440
V.1.8.9 Suporte técnico nas 24 horas e níveis de serviço 443
Processos e manuais....446
V.1.9 Manual de protocolos assistenciais de urgência 446
V.1.9.1 Protocolo de acolhimento com classificação de risco 448
V.1.9.2 Protocolo de dor torácica e síndrome coronariana aguda....451
V.1.9.3 Protocolo de acidente vascular cerebral 463
V.1.9.4 Protocolo de sepse 470
V.1.9.5 Protocolo de trauma....478
V.1.9.6 Referências técnicas, responsável pela atualização e periodicidade de revisão 484
V.1.9.7 Manejo do paciente na parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar....486
V.1.9.8 Manejo do paciente com insuficiência respiratória aguda 493
V.1.9.9 Manejo de via aérea e intubação 500
V.1.9.10 Manejo do paciente em crise convulsiva e estado de mal epiléptico 505
V.1.9.11 Manejo do paciente com alteração do nível de consciência....512
V.1.9.12 Manejo do paciente com emergências hipertensivas....518
V.1.9.13 Manejo do paciente com emergências glicêmicas....524
V.1.9.14 Manejo do paciente com anafilaxia....535
V.1.9.15 Manejo do paciente com intoxicação exógena e envenenamentos ...544
V.1.9.16 Manejo da hemorragia digestiva 557
V.1.9.17 Manejo da dor abdominal aguda 570
V.1.9.18 Manejo de urgências ginecológicas e obstétricas....582
V.1.9.19 Manejo de urgências pediátricas 597
V.1.9.20 Manejo de crise em saúde mental....614
V.1.9.21 Manejo do paciente com risco de queda e prevenção de quedas 628
V.1.9.22 Protocolos institucionais em aplicação em unidades sob gestão da ASM 642

V.1.10 Manual de rotinas de almoxarifado, farmácia e patrimônio e de transporte sanitário 645
V.1.10.1 Rotinas de recebimento, conferência, armazenamento, dispensação e controle de estoque 647
V.1.10.2 Definição dos pontos de ressuprimento e do estoque mínimo 656
V.1.10.3 Rotinas de guarda, controle e escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial 661
V.1.10.4 Rotinas de controle de validade, de segregação de produtos vencidos e de descarte 665
V.1.10.5 Rotinas de tombamento, controle, movimentação e inventário anual de bens patrimoniais, contemplando os bens públicos cedidos em permissão de uso 669
V.1.10.6 Indicação do sistema informatizado utilizado e da forma de integração com a apuração de custos 673
V.1.10.7 Rotina de acionamento, operação e registro do transporte sanitário, contemplando a solicitação ao Complexo Regulador Estadual, a tripulação, a conservação do veículo e o controle de quilometragem e de combustível 676
V.1.10.8 Farmacovigilância e tecnovigilância 683
V.1.10.9 Abastecimento, estoque e transporte sanitário na UPA 24 horas Norte 686
V.1.10.10 Abastecimento, estoque e transporte sanitário na UPA 24 horas Sul 688
V.1.11 Manual de rotinas administrativo-financeiras e de gestão de custos 693
V.1.11.1 Rotinas de compras e de contratação de bens e serviços, com os critérios objetivos de seleção de fornecedores e a forma de registro das cotações 695
V.1.11.2 Rotinas de contas a pagar e a receber e de movimentação e conciliação da conta bancária específica da parceria 706
V.1.11.3 Método de apuração e de rateio de custos por centro de custo, compatível com a estrutura dos Grupos A a D do Termo de Referência 709
V.1.11.4 Rotinas de guarda e de organização da documentação contábil e fiscal, com identificação dos documentos pela parceria 713
V.1.11.5 Rotinas internas de elaboração das prestações de contas exigidas no Anexo VIII, com os respectivos prazos de fechamento 715
V.1.11.6 Fundo de provisão para despesas trabalhistas e calendário anual de obrigações 720
V.1.11.7 Rotinas administrativo-financeiras na UPA 24 horas Norte 721
V.1.11.8 Rotinas administrativo-financeiras na UPA 24 horas Sul 722
Incremento de atividades 725
V.1.12 Proposta de projetos assistenciais que ampliem a resolutividade 725
V.1.12.1. Caracterização das unidades e capacidade assistencial 726
V.1.12.2. Perfil epidemiológico e necessidades prioritárias 727
V.1.12.3. Diretrizes para a formulação dos projetos 727

V.1.12.4. Projeto Assistencial I – Programa Coração Seguro: Linha de Resposta Rápida às Urgências Cardiovasculares e Metabólicas 728
V.1.12.5. Projeto Assistencial II – Programa Respirar Palmas: Manejo Resolutivo das Síndromes Respiratórias e Arboviroses....732
V.1.12.6. Projeto Assistencial III – Programa Alta Segura e Cuidado Continuado: Integração entre as UPAs e a Rede de Atenção à Saúde 735
V.1.12.7. Projeto Assistencial IV – Programa Mente Acolhida: Qualificação da Resposta às Urgências em Saúde Mental e às Situações de Violência Autoprovocada 740
V.1.12.8. Projeto Assistencial V – Programa Trauma Resolutivo: Qualificação do Atendimento às Urgências Traumato-Ortopédicas de Baixa e Média Complexidade....744
V.1.12.9. Metodologia Integrada de Implantação e Monitoramento dos Projetos Assistenciais 747

5 ÁREA DE QUALIDADE....754

Qualidade objetiva: comissões e núcleos....754
V.2.1 Comissões e núcleos obrigatórios 754
V.2.1.1 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 757
V.2.1.2 Comissão de Revisão de Óbitos 762
V.2.1.3 Comissão de Ética Médica 766
V.2.1.4 Comissão de Ética de Enfermagem....770
V.2.1.5 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde 774
V.2.1.6 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes....778
V.2.1.7 Comissão de Farmácia e Terapêutica 783
V.2.1.8 Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde 787
V.2.1.9 Núcleo de Segurança do Paciente 791
V.2.1.10 Núcleo de Educação Permanente em Saúde....795
V.2.1.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica....799
V.2.1.12 Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho....803
V.2.1.13 Núcleo Interno de Regulação 808
Qualidade subjetiva....812
V.2.2 Manual de acolhimento com classificação de risco 812
V.2.2.1 Rotinas de orientação e de informação ao usuário e ao acompanhante sobre o funcionamento da unidade, a ordem de atendimento decorrente da classificação de risco e o tempo estimado de espera....815
V.2.2.2 Ambiência da espera em cada unidade....817
V.2.2.3 Ambiência da espera na UPA 24 horas Norte 818
V.2.2.4 Ambiência da espera na UPA 24 horas Sul....819
V.2.2.5 Rotinas de apoio psicossocial ao usuário e à sua família, com indicação dos profissionais responsáveis e das situações de acionamento 819
V.2.2.6 Normas de acomodação e de conduta para acompanhantes, com as hipóteses de permanência assegurada em lei 822

V.2.2.7 Controle de risco e organização das visitas na área de observação.....824
V.2.2.8 Disposições específicas de atendimento a idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, com as prioridades legais aplicáveis.....830
V.2.2.9 Acolhimento da pessoa com transtorno do espectro autista.....832
V.2.2.10 Rotinas de comunicação de notícias difíceis e de óbito e de acolhimento dos familiares.....834
V.2.2.11 Grupo de trabalho de humanização e governança da experiência do usuário.....837
V.2.3 Proposta de ouvidoria e pesquisa de satisfação.....840
V.2.3.1 Descrição dos canais de recebimento de manifestações, contemplando o atendimento presencial, o telefônico e o eletrônico, e do respectivo fluxo de tratamento, com prazos de resposta.....842
V.2.3.2 Prazos de resposta por etapa e controle do seu cumprimento.....844
V.2.3.3 Classificação das manifestações e providências de cada tipo.....845
V.2.3.4 Forma de articulação com a Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde e periodicidade de envio dos relatórios de manifestações.....846
V.2.3.5 Instrumento e metodologia da pesquisa de satisfação, com a periodicidade de aplicação e a forma de amostragem.....848
V.2.3.6 Forma de divulgação dos resultados e de retorno ao usuário quanto às providências adotadas.....852
V.2.3.7 Sigilo, proteção do manifestante e indicadores da ouvidoria.....854
V.2.4 Publicização das prestações de contas e dos resultados assistenciais.....857
V.2.4.1 Compromisso de manutenção de página específica sobre a parceria no sítio eletrônico da entidade, com indicação do endereço eletrônico.....858
V.2.4.2 Relação do conteúdo a publicar, contemplando o instrumento da parceria, as prestações de contas, os relatórios de execução e os resultados dos indicadores.....859
V.2.4.3 Periodicidade de atualização e indicação do responsável pela publicação.....861
V.2.4.4 Demonstração de atendimento ao art. 11 da Lei Federal nº 13.019, de 2014, inclusive quanto à divulgação em local visível na sede e no estabelecimento em que exerça as ações.....862
V.2.4.5 Metas quantitativas pactuadas, por unidade.....864
V.2.4.6 Indicadores de desempenho, por unidade.....867
V.2.4.7 Forma de aferição, fontes de dados e rotina de apuração.....874
V.2.4.8 Faixas de alerta interno e ações corretivas.....879
Implementação e funcionamento dos serviços.....882
V.2.5 Organização e funcionamento das áreas assistenciais.....882
V.2.5.1 Acolhimento e classificação de risco: posto, categoria responsável e cobertura horária.....885
V.2.5.2 Consultórios: distribuição por turno e articulação com a classificação.....886
V.2.5.3 Funcionamento da sala de medicação, com as respectivas rotinas.....887
V.2.5.4 Funcionamento da sala de imobilização, com as respectivas rotinas..889

V.2.5.5 Observação e estabilização: leitos, equipe e critérios de ocupação e desocupação 891
V.2.5.6 Odontologia de urgência 892
V.2.5.7 Imunização, profilaxias e notificação compulsória 893
V.2.5.8 Faixas de ocupação e acionamento da contingência 894
V.2.5.9 Dimensionamento da equipe por área e por turno, coerente com os quadros do Termo de Referência 896
V.2.5.10 Organização das áreas assistenciais na UPA 24 horas Norte 897
V.2.5.11 Organização das áreas assistenciais na UPA 24 horas Sul 898
V.2.6 Organização do apoio diagnóstico 900
V.2.6.1 Organização do laboratório de análises clínicas, com o elenco de exames ofertados e a indicação de execução própria ou contratada 901
V.2.6.2 Fase pré-analítica, identificação e rastreabilidade da amostra 905
V.2.6.3 Radiologia e ultrassonografia: equipe, cobertura horária e emissão do laudo 907
V.2.6.4 Serviço de eletrocardiografia, com a forma de realização e de interpretação do laudo, inclusive à distância 909
V.2.6.5 Tempo de resposta por modalidade, discriminado por cor da classificação de risco 911
V.2.6.6 Resultados críticos: identificação e comunicação imediata ao médico 912
V.2.6.7 Controle de qualidade e proteção radiológica 913
V.2.6.8 Organização do apoio diagnóstico na UPA 24 horas Norte 915
V.2.6.9 Organização do apoio diagnóstico na UPA 24 horas Sul 916
V.2.7 Organização dos serviços de apoio 916
V.2.7.1 Farmácia: cobertura horária, dispensação e responsabilidade técnica 918
V.2.7.2 Processamento de materiais e serviço de rouparia e lavanderia, coerentes com o fluxo descrito 920
V.2.7.3 Higienização com periodicidade por área segundo o risco e supervisão 923
V.2.7.4 Gerenciamento de resíduos, vigilância patrimonial e serviço de alimentação 926
V.2.7.5 Serviço de alimentação e nutrição 928
V.2.7.5.1 Serviço de alimentação e nutrição na UPA 24 horas Norte 931
V.2.7.5.2 Serviço de alimentação e nutrição na UPA 24 horas Sul 931
V.2.7.6 Vigilância patrimonial, portaria e controle de acesso 933
V.2.7.7 Monitoramento por câmeras e acesso da SEMUS 935
V.2.7.8 Gases medicinais 936
V.2.7.9 Controle de pragas, limpeza de reservatórios e potabilidade da água .938
V.2.7.10 Manutenção predial com plano anual, prazos de atendimento e registro de chamados 939
V.2.7.11 Manutenção de equipamentos e engenharia clínica 942

V.2.7.12 Execução direta ou contratada por serviço e fiscalização das contratadas....943
V.2.7.13 Serviços de apoio na UPA 24 horas Norte....945
V.2.7.14 Serviços de apoio na UPA 24 horas Sul....946
V.2.8 Contrarreferência e articulação com a Rede de Atenção à Saúde....947
V.2.8.1 Contrarreferência à Atenção Primária: instrumento, meio de envio e prazo....947
V.2.8.2 Fluxo de encaminhamento e de transferência para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, com a forma de acionamento da regulação e o registro do horário da solicitação....948
V.2.8.3 Informações mínimas da transferência e continuidade do cuidado....950
V.2.8.4 Utilização do transporte sanitário, com os critérios de acionamento da ambulância de suporte básico da unidade e da articulação com o SAMU 192 por meio da Central de Regulação das Urgências....951
V.2.8.5 Articulação com a vigilância em saúde e com a assistência social....953
V.2.8.6 Demanda referenciada de outros municípios....954
V.2.8.7 Indicadores próprios de acompanhamento da contrarreferência, com metas internas e periodicidade de aferição....955
V.2.8.8 Articulação com a rede na UPA 24 horas Norte....956
V.2.8.9 Articulação com a rede na UPA 24 horas Sul....956
Política de gestão do trabalho....957
V.2.9 Quadro de pessoal por área e categoria profissional....957
V.2.9.1 Quadro de pessoal por área e por categoria profissional, com o número de postos por plantão e o número total de profissionais....958
V.2.9.2 Forma de vínculo de cada categoria profissional....974
V.2.9.3 Carga horária e regime de escala de cada categoria, demonstrada a cobertura ininterrupta das unidades....975
V.2.9.4 Remuneração proposta por categoria, observados os pisos dos instrumentos coletivos de trabalho aplicáveis....976
V.2.9.5 Demonstração de compatibilidade com o dimensionamento de referência e de correspondência com as planilhas de composição de custos....987
V.2.10 Organograma da unidade até o terceiro nível....988
V.2.10.1 Organograma gráfico até o terceiro nível hierárquico....989
V.2.10.2 Descrição das atribuições de cada cargo representado no organograma....992
V.2.10.3 Identificação do Responsável Técnico Médico, do Responsável Técnico de Enfermagem e do responsável administrativo-financeiro....998
V.2.10.4 Indicação das linhas de subordinação e das relações de assessoramento....999
V.2.11 Normas de seleção, contratação e avaliação de desempenho....1000
V.2.11.1 Normas de recrutamento e seleção, com critérios objetivos e forma de divulgação das oportunidades....1001
V.2.11.2 Rotinas de contratação, admissão e integração de novos profissionais....1003

V.2.11.3 Método de avaliação de desempenho, com periodicidade, instrumento aplicado e consequências do resultado 1004
V.2.11.4 Condutas de enfrentamento do absenteísmo, com indicador de aferição, meta interna e medidas de cobertura das ausências 1006
V.2.11.5 Rotinas de desligamento e de reposição do posto de trabalho, com o prazo máximo de substituição 1008
V.2.12 Programa de educação permanente 1010
V.2.12.1 Matriz de capacitação por categoria profissional, com temas e carga horária anual 1013
V.2.12.2 Cronograma anual das ações de capacitação 1014
V.2.12.3 Indicação dos responsáveis pela execução e da forma de registro da frequência e da certificação 1017
V.2.12.4 Previsão de capacitação específica em acolhimento com classificação de risco, em segurança do paciente e nos protocolos assistenciais 1018
V.2.12.5 Forma de avaliação da efetividade das ações, com indicador próprio 1019

6 INTEGRAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DISPONIBILIZADOS 1021
6.1 Forma de integração às equipes e aos processos de trabalho 1022
6.2 Supervisão técnica e limites de atuação 1024
6.3 Escalonamento, controle de frequência e comunicação de ocorrências à SEMUS 1026

7 ÁREA DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA 1030
7.1 Formulário V-B, experiência anterior quanto ao tempo de gestão 1031
7.2 Formulário V-C, experiência anterior quanto às unidades geridas 1032
7.3 Formulário V-D, responsáveis indicados 1033
V.3.1 Gestão de Unidade de Pronto Atendimento 24 horas de Porte III 1033
V.3.2 Gestão de Unidade de Pronto Atendimento 24 horas de Porte II 1033
V.3.3 Gestão de Unidade de Pronto Atendimento 24 horas de Porte I ou de outro serviço de urgência e emergência de funcionamento ininterrupto 1034
V.3.4 Número de unidades de urgência e emergência geridas 1036
V.3.5 Serviço ambulatorial ou de pronto atendimento próprio 1037
V.3.6 Responsável Técnico Médico indicado 1037
V.3.7 Responsável administrativo-financeiro indicado 1038
V.3.8 Acreditação de serviços de saúde 1039
V.3.9 Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social 1039

8 PLANO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA 1040
8.1 Fase pré-assunção 1041
8.2 Assunção, dias 1 a 30 1043
8.3 Estabilização, dias 31 a 60 1047
8.4 Consolidação, dias 61 a 90 1049
8.5 Execução ordinária, mês 4 ao mês 12 1051

8.6 Inventário de bens, estoques e sistemas 1053
8.7 Comunicação com usuários, trabalhadores, fornecedores e rede 1056
8.8 Transição de saída ao término da parceria 1059

9 PROPOSTA FINANCEIRA 1061

10 FONTES CONSULTADAS 1121

FORMULÁRIO V-A - SUMÁRIO ANALÍTICO DA PROPOSTA TÉCNICA

O quadro a seguir reproduz o Formulário V-A do roteiro de elaboração da Proposta Técnica e indica, para cada item e para cada elemento mínimo, a folha desta proposta em que o conteúdo se encontra. A coluna de pontuação é reproduzida do modelo e não é preenchida pela proponente.

Item	Elemento avaliado	Pontos	Fls.
V.1.1	**Fluxo assistencial do usuário, do acolhimento à alta ou transferência**	**3 pts**	**89**
a)	Descrição do percurso do usuário desde a recepção até a alta, a transferência para outro serviço ou o óbito, com identificação dos pontos de decisão e dos profissionais responsáveis por cada etapa		91
b)	Protocolo de acolhimento com classificação de risco adotado, com a identificação dos níveis de prioridade e dos tempos-alvo de atendimento correspondentes		102
c)	Funcionamento da sala de estabilização: critérios de admissão, composição da equipe e rotina de acionamento da regulação		120
d)	Funcionamento da área de observação: critérios de admissão e de permanência e periodicidade de reavaliação médica e de enfermagem		127
e)	Representação gráfica do fluxo, em fluxograma, coerente com a descrição textual		196
V.1.2	**Fluxo unidirecional de materiais esterilizados e de roupas**	**1 pt**	**205**
a)	Descrição do fluxo de materiais desde o recebimento no expurgo até a distribuição do material esterilizado, demonstrando a ausência de cruzamento entre material sujo e material processado		207
b)	Descrição do fluxo de roupas, da coleta da roupa suja à distribuição da roupa limpa, com o mesmo requisito de unidirecionalidade		211
c)	Indicação dos locais de guarda, dos controles de rastreabilidade dos lotes esterilizados e dos registros de monitoramento dos processos de esterilização		215
d)	Representação gráfica dos dois fluxos		228
V.1.3	**Fluxo de resíduos de serviços de saúde, segregado e unidirecional**	**1 pt**	**235**
a)	Grupos de resíduos gerados e pontos de geração		238
b)	Descrição da segregação, do acondicionamento, da coleta interna, do armazenamento temporário e do armazenamento externo, demonstrando a segregação e a unidirecionalidade		243
c)	Destinação final e contratação do transporte e do tratamento		252
d)	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e responsável técnico		260
e)	Representação gráfica do fluxo de resíduos		268
V.1.4	**Fluxo de registros, documentos e prontuários de usuários**	**1 pt**	**275**
a)	Descrição do fluxo do prontuário do usuário, da abertura ao arquivamento, com os responsáveis por cada etapa e a forma de vinculação ao registro de classificação de risco		278
b)	Política de guarda, de temporalidade e de sigilo dos registros, com referência à legislação aplicável		285
c)	Forma de disponibilização de registros à Secretaria Municipal da Saúde, aos órgãos de controle e ao próprio usuário, com prazos de atendimento		296
d)	Rotina de recuperação e de continuidade dos registros em caso de indisponibilidade do sistema informatizado		300
e)	Representação gráfica do fluxo do prontuário		309
V.1.5	**Proposta de regimento interno da unidade**	**2 pts**	**311**
a)	Finalidade e campo de atuação		312

Item	Elemento avaliado	Pontos	Fls.
b)	Estrutura organizacional e competências de cada área		313
c)	Funcionamento, horários, escalas, substituições e sobreaviso		315
d)	Disposições sobre o relacionamento com a Secretaria Municipal da Saúde, com a regulação e com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde		317
e)	Forma de aprovação e de revisão do regimento		318
V.1.6	**Proposta de regimento do serviço de enfermagem**	**2 pts**	**344**
a)	Estrutura do serviço e vinculação ao Responsável Técnico de Enfermagem, com indicação do registro no conselho de classe		345
b)	Competências e atribuições por categoria profissional, discriminadas entre enfermeiro e técnico de enfermagem		348
c)	Critérios de dimensionamento e de elaboração das escalas		350
d)	Passagem de plantão, registro em prontuário e comunicação de intercorrências		351
e)	Supervisão e educação permanente da equipe		353
V.1.7	**Proposta de regimento do corpo clínico**	**2 pts**	**372**
a)	Composição do corpo clínico e forma de admissão, permanência e desligamento de seus membros		373
b)	Direitos e deveres dos membros do corpo clínico		375
c)	Competências da diretoria clínica e do Responsável Técnico Médico, com indicação do registro no conselho de classe		376
d)	Regras de escala médica, de substituição, de sobreaviso e de cobertura de ausências		378
e)	Disposições sobre a Comissão de Ética Médica e sobre o encaminhamento de questões éticas		380
V.1.8	**Projeto de tecnologia da informação e prontuário eletrônico**	**3 pts**	**403**
a)	Descrição da solução de prontuário eletrônico, com os módulos de acolhimento e classificação de risco, atendimento médico, prescrição, dispensação de medicamentos e resultados de exames		404
b)	Demonstração de integração ou interoperabilidade com os sistemas oficiais de informação em saúde, nominalmente identificados		410
c)	Descrição da infraestrutura de rede, servidores, estações de trabalho e solução de contingência		414
d)	Plano de implantação com cronograma e plano de capacitação dos usuários		421
e)	Política de segurança da informação e de proteção de dados pessoais		425
f)	Demonstração de que a solução gera os dados necessários à apuração das metas e dos indicadores e à prestação de contas		435
V.1.9	**Manual de protocolos assistenciais de urgência**	**2 pts**	**446**
a)	Protocolo de acolhimento com classificação de risco		448
b)	Protocolo de dor torácica e síndrome coronariana aguda		451
c)	Protocolo de acidente vascular cerebral		463
d)	Protocolo de sepse		470
e)	Protocolo de trauma		478
f)	Referências técnicas, responsável pela atualização e periodicidade de revisão		484
V.1.10	**Manual de rotinas de almoxarifado, farmácia e patrimônio e de transporte sanitário**	**1 pt**	**645**
a)	Rotinas de recebimento, conferência, armazenamento, dispensação e controle de estoque		647
b)	Rotinas de guarda, controle e escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial		661
c)	Rotinas de controle de validade, de segregação de produtos vencidos e de descarte		665

Item	Elemento avaliado	Pontos	Fls.
d)	Rotinas de tombamento, controle, movimentação e inventário anual de bens patrimoniais, contemplando os bens públicos cedidos em permissão de uso		669
e)	Indicação do sistema informatizado utilizado e da forma de integração com a apuração de custos		673
f)	Rotina de acionamento, operação e registro do transporte sanitário, contemplando a solicitação ao Complexo Regulador Estadual, a tripulação, a conservação do veículo e o controle de quilometragem e de combustível		676
V.1.11	**Manual de rotinas administrativo-financeiras e de gestão de custos**	**2 pts**	**693**
a)	Rotinas de compras e de contratação de bens e serviços, com os critérios objetivos de seleção de fornecedores e a forma de registro das cotações		695
b)	Rotinas de contas a pagar e a receber e de movimentação e conciliação da conta bancária específica da parceria		706
c)	Método de apuração e de rateio de custos por centro de custo, compatível com a estrutura dos Grupos A a D do Termo de Referência		709
d)	Rotinas de guarda e de organização da documentação contábil e fiscal, com identificação dos documentos pela parceria		713
e)	Rotinas internas de elaboração das prestações de contas exigidas no Anexo VIII, com os respectivos prazos de fechamento		715
V.1.12	**Proposta de projetos assistenciais que ampliem a resolutividade**	**2 pts**	**725**
a)	Descrição dos projetos assistenciais adicionais, com objetivo, população-alvo, atividades e resultado esperado		728
b)	Demonstração do ganho de resolutividade pretendido, com indicador próprio de aferição		730
c)	Cronograma de implantação e indicação dos recursos humanos e materiais envolvidos		731
d)	Declaração de que a execução do projeto não implica acréscimo ao valor da parceria, redução das metas pactuadas ou remanejamento de recursos vinculados às atividades obrigatórias		753
V.2.1	**Comissões e núcleos obrigatórios**	**até 10 pts**	**754**
a)	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários: proposta de constituição		758
b)	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários: proposta de regimento interno		758
c)	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários: cronograma anual de atividades		761
a)	Comissão de Revisão de Óbitos: proposta de constituição		762
b)	Comissão de Revisão de Óbitos: proposta de regimento interno		763
c)	Comissão de Revisão de Óbitos: cronograma anual de atividades		765
a)	Comissão de Ética Médica: proposta de constituição		767
b)	Comissão de Ética Médica: proposta de regimento interno		767
c)	Comissão de Ética Médica: cronograma anual de atividades		770
a)	Comissão de Ética de Enfermagem: proposta de constituição		771
b)	Comissão de Ética de Enfermagem: proposta de regimento interno		771
c)	Comissão de Ética de Enfermagem: cronograma anual de atividades		773
a)	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: proposta de constituição		775
b)	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: proposta de regimento interno		775
c)	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: cronograma anual de atividades		778
a)	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes: proposta de constituição		779

Item	Elemento avaliado	Pontos	Fls.
b)	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes: proposta de regimento interno		779
c)	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes: cronograma anual de atividades		782
a)	Comissão de Farmácia e Terapêutica: proposta de constituição		783
b)	Comissão de Farmácia e Terapêutica: proposta de regimento interno		784
c)	Comissão de Farmácia e Terapêutica: cronograma anual de atividades		786
a)	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: proposta de constituição		788
b)	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: proposta de regimento interno		788
c)	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: cronograma anual de atividades		791
a)	Núcleo de Segurança do Paciente: proposta de constituição		792
b)	Núcleo de Segurança do Paciente: proposta de regimento interno		792
c)	Núcleo de Segurança do Paciente: cronograma anual de atividades		795
a)	Núcleo de Educação Permanente em Saúde: proposta de constituição		796
b)	Núcleo de Educação Permanente em Saúde: proposta de regimento interno		797
c)	Núcleo de Educação Permanente em Saúde: cronograma anual de atividades		799
V.2.2	**Manual de acolhimento com classificação de risco**	**2 pts**	**812**
a)	Rotinas de orientação e de informação ao usuário e ao acompanhante sobre o funcionamento da unidade, a ordem de atendimento decorrente da classificação de risco e o tempo estimado de espera		815
b)	Rotinas de apoio psicossocial ao usuário e à sua família, com indicação dos profissionais responsáveis e das situações de acionamento		819
c)	Normas de acomodação e de conduta para acompanhantes, com as hipóteses de permanência assegurada em lei		822
d)	Disposições específicas de atendimento a idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, com as prioridades legais aplicáveis		830
e)	Rotinas de comunicação de notícias difíceis e de óbito e de acolhimento dos familiares		834
V.2.3	**Proposta de ouvidoria e pesquisa de satisfação**	**1 pt**	**840**
a)	Descrição dos canais de recebimento de manifestações, contemplando o atendimento presencial, o telefônico e o eletrônico, e do respectivo fluxo de tratamento, com prazos de resposta		842
b)	Forma de articulação com a Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde e periodicidade de envio dos relatórios de manifestações		846
c)	Instrumento e metodologia da pesquisa de satisfação, com a periodicidade de aplicação e a forma de amostragem		848
d)	Forma de divulgação dos resultados e de retorno ao usuário quanto às providências adotadas		852
V.2.4	**Publicização das prestações de contas e dos resultados assistenciais**	**1 pt**	**857**
a)	Compromisso de manutenção de página específica sobre a parceria no sítio eletrônico da entidade, com indicação do endereço eletrônico		858
b)	Relação do conteúdo a publicar, contemplando o instrumento da parceria, as prestações de contas, os relatórios de execução e os resultados dos indicadores		859
c)	Periodicidade de atualização e indicação do responsável pela publicação		861
d)	Demonstração de atendimento ao art. 11 da Lei Federal nº 13.019, de 2014, inclusive quanto à divulgação em local visível na sede e no estabelecimento em que exerça as ações		862
V.2.5	**Organização e funcionamento das áreas assistenciais**	**2 pts**	**882**

Item	Elemento avaliado	Pontos	Fls.
a)	Acolhimento e classificação de risco: posto, categoria responsável e cobertura horária		885
b)	Consultórios: distribuição por turno e articulação com a classificação		886
c)	Funcionamento da sala de medicação, com as respectivas rotinas		887
d)	Observação e estabilização: leitos, equipe e critérios de ocupação e desocupação		891
e)	Dimensionamento da equipe por área e por turno, coerente com os quadros do Termo de Referência		896
V.2.6	**Organização do apoio diagnóstico**	**2 pts**	**900**
a)	Organização do laboratório de análises clínicas, com o elenco de exames ofertados e a indicação de execução própria ou contratada		901
b)	Radiologia e ultrassonografia: equipe, cobertura horária e emissão do laudo		907
c)	Serviço de eletrocardiografia, com a forma de realização e de interpretação do laudo, inclusive à distância		909
d)	Tempo de resposta por modalidade, discriminado por cor da classificação de risco		911
e)	Resultados críticos: identificação e comunicação imediata ao médico		912
V.2.7	**Organização dos serviços de apoio**	**2 pts**	**916**
a)	Farmácia: cobertura horária, dispensação e responsabilidade técnica		918
b)	Processamento de materiais e serviço de rouparia e lavanderia, coerentes com o fluxo descrito		920
c)	Higienização com periodicidade por área segundo o risco e supervisão		923
d)	Gerenciamento de resíduos, vigilância patrimonial e serviço de alimentação		926
e)	Manutenção predial com plano anual, prazos de atendimento e registro de chamados		939
f)	Execução direta ou contratada por serviço e fiscalização das contratadas		943
V.2.8	**Contrarreferência e articulação com a Rede de Atenção à Saúde**	**1 pt**	**947**
a)	Contrarreferência à Atenção Primária: instrumento, meio de envio e prazo		947
b)	Fluxo de encaminhamento e de transferência para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, com a forma de acionamento da regulação e o registro do horário da solicitação		948
c)	Utilização do transporte sanitário, com os critérios de acionamento da ambulância de suporte básico da unidade e da articulação com o SAMU 192 por meio da Central de Regulação das Urgências		951
d)	Indicadores próprios de acompanhamento da contrarreferência, com metas internas e periodicidade de aferição		955
V.2.9	**Quadro de pessoal por área e categoria profissional**	**2 pts**	**957**
a)	Quadro de pessoal por área e por categoria profissional, com o número de postos por plantão e o número total de profissionais		958
b)	Forma de vínculo de cada categoria profissional		974
c)	Carga horária e regime de escala de cada categoria, demonstrada a cobertura ininterrupta das unidades		975
d)	Remuneração proposta por categoria, observados os pisos dos instrumentos coletivos de trabalho aplicáveis		976
e)	Demonstração de compatibilidade com o dimensionamento de referência e de correspondência com as planilhas de composição de custos		987
V.2.10	**Organograma da unidade até o terceiro nível**	**1 pt**	**988**
a)	Organograma gráfico até o terceiro nível hierárquico		989
b)	Descrição das atribuições de cada cargo representado no organograma		992
c)	Identificação do Responsável Técnico Médico, do Responsável Técnico de Enfermagem e do responsável administrativo-financeiro		998

Item	Elemento avaliado	Pontos	Fls.
d)	Indicação das linhas de subordinação e das relações de assessoramento		999
V.2.11	**Normas de seleção, contratação e avaliação de desempenho**	**2 pts**	**1000**
a)	Normas de recrutamento e seleção, com critérios objetivos e forma de divulgação das oportunidades		1001
b)	Rotinas de contratação, admissão e integração de novos profissionais		1003
c)	Método de avaliação de desempenho, com periodicidade, instrumento aplicado e consequências do resultado		1004
d)	Condutas de enfrentamento do absenteísmo, com indicador de aferição, meta interna e medidas de cobertura das ausências		1006
e)	Rotinas de desligamento e de reposição do posto de trabalho, com o prazo máximo de substituição		1008
V.2.12	**Programa de educação permanente**	**2 pts**	**1010**
a)	Matriz de capacitação por categoria profissional, com temas e carga horária anual		1013
b)	Cronograma anual das ações de capacitação		1014
c)	Indicação dos responsáveis pela execução e da forma de registro da frequência e da certificação		1017
d)	Previsão de capacitação específica em acolhimento com classificação de risco, em segurança do paciente e nos protocolos assistenciais		1018
e)	Forma de avaliação da efetividade das ações, com indicador próprio		1019
V.3.1	**Gestão de Unidade de Pronto Atendimento 24 horas de Porte III**	**até 8 pts**	**1033**
V.3.2	**Gestão de Unidade de Pronto Atendimento 24 horas de Porte II**	**até 7 pts**	**1033**
V.3.3	**Gestão de Unidade de Pronto Atendimento 24 horas de Porte I ou de outro serviço de urgência e emergência**	**até 6 pts**	**1034**
V.3.4	**Número de unidades de urgência e emergência geridas**	**até 4 pts**	**1036**
V.3.5	**Serviço ambulatorial ou de pronto atendimento próprio**	**1 pt**	**1037**
V.3.6	**Responsável Técnico Médico indicado**	**1 pt**	**1037**
V.3.7	**Responsável administrativo-financeiro indicado**	**1 pt**	**1038**
V.3.8	**Acreditação de serviços de saúde**	**até 4 pts**	**1039**
V.3.9	**Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social**	**1 pt**	**1039**
	TOTAL DA PROPOSTA TÉCNICA	**70 pts**	

Palmas/TO, 29 de outubro de 2026.

ANA CLAUDIA MENDONCA VITTI:35684755534

Assinado de forma digital por ANA CLAUDIA MENDONCA VITTI:35684755534
Dados: 2026.10.29 22:28:46 -03'00'

Associação Saúde em Movimento
CNPJ: 27.324.279/0001-15
Ana Cláudia Mendonça Vitti
CPF: 356.847.555-34
Presidente

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura de governança institucional da ASM, com a separação entre deliberação, execução e controle 45

Figura 2 - Programa de Compliance e Integridade Corporativa da ASM aplicado à execução da parceria 47

Figura 3 - A Rede de Atenção às Urgências de Palmas e o lugar das duas unidades 59

Figura 4 - Sazonalidade mensal da demanda nas duas unidades 65

Figura 5 - Da realidade constatada à ação, com o indicador que a verifica..... 76

Figura 6 - Os oito eixos de gestão das UPAs 24 horas Norte e Sul..... 77

Figura 7 - As quatro fases da assunção das unidades 85

Figura 8 - O percurso do usuário e suas ramificações 94

Figura 9 - Quem decide em cada etapa do percurso 99

Figura 10 - Fluxograma da classificação de risco e árvore de decisão por cor..... 113

Figura 11 - Ciclo de vigilância da sala de espera 120

Figura 12 - Da decisão médica de transferência ao registro no Complexo Regulador Estadual..... 125

Figura 13 - Linha do tempo da permanência em observação..... 132

Figura 14 - Gestão das vagas de observação por faixa de ocupação..... 139

Figura 15 - Triângulo de avaliação pediátrica e encaminhamento resultante..... 147

Figura 16 - Percurso ortopédico, da classificação à alta 153

Figura 17 - Sinais de alerta obstétrico que exigem avaliação médica imediata..... 162

Figura 18 - As três linhas de conduta no manejo da crise em saúde mental..... 171

Figura 19 - Percurso do usuário com suspeita de doença transmissível 176

Figura 20 - As seis barreiras de segurança do paciente 179

Figura 21 - Níveis de alerta da unidade e resposta correspondente 193

Figura 22 - Rotina diária de completude do registro 196

Figura 23 - Fluxograma assistencial das UPAs 24 horas Norte e Sul 198

Figura 24 - Organização do fluxo assistencial na UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado..... 201

Figura 25 - Organização do fluxo assistencial na UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar 205

Figura 26 - Separação dos percursos de roupa suja e de roupa limpa 215

Figura 27 - Liberação e bloqueio da carga na Central de Material e Esterilização 225

Figura 28 - Fluxo unidirecional de materiais esterilizados 229

Figura 29 - Fluxo unidirecional de roupas 230

Figura 30 - Grupos de resíduos de serviços de saúde: classificação, principais exemplos e pontos de geração 242

Figura 31 - A segregação acontece no ponto de geração 248

Figura 32 - O abrigo externo e as suas áreas separadas por grupo 252

Figura 33 - Ciclo de contratação e de controle de terceiros 260

Figura 34 - Fluxo dos resíduos de serviços de saúde, da geração à destinação final 269

Figura 35 - O que protege o prontuário do usuário 289

Figura 36 - O atendimento não para quando o sistema fica indisponível 305

Figura 37 - Fluxo do prontuário, da abertura ao arquivamento 310

Figura 38 - As vinte e quatro horas cobertas por dois turnos 317

Figura 39 - Estrutura e linha de supervisão do Serviço de Enfermagem nas UPAs 24 horas Norte e Sul 347

Figura 40 - Fronteira de competências entre o enfermeiro e o técnico de enfermagem 349

Figura 41 - Direção clínica e responsabilidade técnica médica nas UPAs 24 horas Norte e Sul 378

Figura 42 - Percurso da questão ética na unidade, do protocolo ao conselho regional 382

Figura 43 - Arquitetura da solução de tecnologia da informação das UPAs 24 horas Norte e Sul 416

Figura 44 - Da tela do plantão ao sistema oficial, o caminho do dado nas UPAs 24 horas Norte e Sul 421

Figura 45 - O painel diário de acompanhamento e o que ele dispara 443

Figura 46 - Do primeiro contato ao eletrocardiograma na suspeita de síndrome coronariana aguda 462

Figura 47 - Os três passos que preservam a janela terapêutica no acidente vascular cerebral 470

Figura 48 - Tempo zero e medidas do protocolo gerenciado de sepse 477

Figura 49 - Ordem de prioridade na avaliação primária do trauma 483

Figura 50 - Posições e funções da equipe no atendimento à parada cardiorrespiratória 492

Figura 51 - Alvo de saturação e titulação do oxigênio na insuficiência respiratória aguda 499

Figura 52 - Os quatro planos do manejo da via aérea 505

Figura 53 - Tratamento escalonado por tempo na crise convulsiva 512

Figura 54 - Primeiros passos no usuário com alteração do nível de consciência ... 518

Figura 55 - Decisão na crise hipertensiva pela presença de lesão de órgão-alvo ... 523

Figura 56 - Da entrega do fornecedor ao leito do usuário, o caminho do insumo nas UPAs 24 horas Norte e Sul 668

Figura 57 - O transporte sanitário das UPAs 24 horas Norte e Sul, do acionamento ao retorno 691

Figura 58 - Percurso da compra, da solicitação na unidade ao recebimento e ao atesto 706

Figura 59 - As treze instâncias colegiadas e o caminho entre o achado, a deliberação e a correção 757

Figura 60 - O percurso relacional do usuário, da recepção à alta, com o que é informado em cada ponto 838

Figura 61 - O percurso da manifestação, do protocolo ao retorno ao usuário 856

Figura 62 - Os três lugares em que a parceria fica visível ao cidadão 863

Figura 63 - A jornada do usuário e os pontos em que o tempo é medido 868

Figura 64 - Ciclo de aferição mensal e de consolidação trimestral dos indicadores 878

Figura 65 - Faixa de alerta interno, acionada antes de a meta cair 882

Figura 66 - Faixas de ocupação das áreas de observação e escalonamento das providências nas duas unidades 896

Figura 67 - Fluxo da amostra laboratorial, da identificação à beira do leito à liberação do resultado, com os quatro horários registrados 907

Figura 68 - Fluxo do exame de imagem, da solicitação à publicação da imagem e à emissão do laudo pela empresa contratada 909

Figura 69 - Fluxo do resultado crítico, da liberação pela contratada à conduta registrada em prontuário 913

Figura 70 - Fluxo da dispensação, da prescrição eletrônica à administração da dose na área assistencial 920

Figura 71 - Fluxo da rouparia nas duas unidades, do recolhimento da roupa suja à devolução conferida pela prestadora 923

Figura 72 - Fluxo da higienização, da classificação da área à verificação por amostragem do coordenador administrativo 926

Figura 73 - Fluxo da alimentação, da produção na cozinha da UPA Norte à distribuição ao usuário nas duas unidades 933

Figura 74 - Fluxo dos gases medicinais, da conferência por turno ao reabastecimento e à contingência 938

Figura 75 - Fluxo do chamado de manutenção, da abertura da ordem de serviço ao encerramento com assinatura do solicitante 942

Figura 76 - Fluxo da alta e da transferência, da decisão clínica à contrarreferência ou à vaga autorizada pela regulação 950

Figura 77 - Fluxo do transporte sanitário, do acionamento ao embarque, com a bifurcação para o suporte avançado 953

Figura 78 - Organograma das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul, até o terceiro nível 991

Figura 79 - O percurso do servidor disponibilizado, do recebimento da relação nominal à comunicação de ocorrências 1029

Figura 80 - Os públicos da comunicação da transição 1056

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação da entidade proponente 43

Quadro 2 - Missão, visão e valores institucionais da ASM 44

Quadro 3 - Instrumentos normativos da ASM e o que cada um disciplina na execução da parceria 48

Quadro 4 - Palmas em números 52

Quadro 5 - Principais causas de óbito e de internação de residentes em Palmas, 2024 54

Quadro 6 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Palmas, 2024 58

Quadro 7 - Caracterização da UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado 61

Quadro 8 - Caracterização da UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar 63

Quadro 9 - Parâmetros de referência de produção das duas unidades 64

Quadro 10 - Produção de apoio diagnóstico das duas unidades, janeiro de 2024 a maio de 2026 67

Quadro 11 - Comparação entre a UPA 24 horas Norte e a UPA 24 horas Sul 68

Quadro 12 - Nexo entre a realidade identificada e as ações propostas 74

Quadro 13 - Ações a executar por eixo de gestão, com responsável, rotina e produto verificável 82

Quadro 14 - Cronograma de implantação por fase, com marcos e produtos 85

Quadro 15 - Calendário permanente de obrigações e prazos 87

Quadro 16 - Estrutura física dedicada ao fluxo assistencial, por unidade 90

Quadro 17 - Etapas do percurso assistencial, profissional responsável e registro gerado 96

Quadro 18 - Pontos de decisão do fluxo assistencial, responsável, critério, prazo e registro 100

Quadro 19 - Identificação do protocolo institucional de classificação de risco 103

Quadro 20 - Responsabilidades no processo de classificação de risco 105

Quadro 21 - Discriminadores clínicos gerais e efeito sobre a categoria de risco ... 106

Quadro 22 - Escala Visual Analógica da dor e correspondência com a categoria de risco 108

Quadro 23 - Escala de Coma de Glasgow, adultos e crianças 108

Quadro 24 - Parâmetros de sinais vitais de referência, adultos 109

Quadro 25 - Frequência respiratória máxima de referência por faixa etária, pediatria.....110

Quadro 26 - Limites de frequência cardíaca de referência por faixa etária, pediatria.....110

Quadro 27 - Faixas de pressão arterial de referência por faixa etária, pediatria .111

Quadro 28 - Indicadores internos de acompanhamento da classificação de risco 112

Quadro 29 - Níveis de prioridade, tempos-alvo, meta de cumprimento e organização do atendimento 114

Quadro 30 - Rotina de vigilância da sala de espera 118

Quadro 31 - Critérios de admissão na sala de estabilização.....122

Quadro 32 - Posições e atribuições da equipe no atendimento crítico.....122

Quadro 33 - Conferência do carro de emergência e dos equipamentos críticos....123

Quadro 34 - Critérios de admissão e de não admissão na área de observação.....128

Quadro 35 - Rotina de reavaliação e de cuidados na área de observação.....129

Quadro 36 - Estrutura do round interdisciplinar 133

Quadro 37 - Níveis de ocupação da área de observação e ações correspondentes 134

Quadro 38 - Folha de identificação do Protocolo de Rounds Interdisciplinares...135

Quadro 39 - Responsabilidades no round interdisciplinar.....136

Quadro 40 - Indicadores de monitoramento do round interdisciplinar.....138

Quadro 41 - Folha de identificação do Protocolo de Urgências Pediátricas 140

Quadro 42 - Avaliação primária ABCDE na criança 143

Quadro 43 - Tratamento por síndrome pediátrica.....144

Quadro 44 - Percurso ortopédico e traumatológico, etapa a etapa 151

Quadro 45 - Folha de identificação do Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas.....154

Quadro 46 - Tratamento por síndrome obstétrica e ginecológica 158

Quadro 47 - Folha de identificação do Protocolo de Crise em Saúde Mental 163

Quadro 48 - Manejo da crise, em três linhas de conduta.....167

Quadro 49 - Tipos de precaução, situações típicas e equipamentos 173

Quadro 50 - As seis barreiras de segurança, ponto de aplicação e verificação 178

Quadro 51 - Folha de identificação do Protocolo de Prevenção de Quedas.....181

Quadro 52 - Atribuições por categoria na prevenção de quedas 182

Quadro 53 - Escala de Risco de Queda de Morse.....183

Quadro 54 - Escala de Risco de Queda de Humpty Dumpty, adaptada para a pediatria.....184

Quadro 55 - Medidas preventivas por faixa de risco 185

Quadro 56 - Indicadores de monitoramento da prevenção de quedas 187

Quadro 57 - Níveis de alerta, gatilhos e medidas.....190

Quadro 58 - Contingências por tipo de evento 191

Quadro 59 - Marcos temporais registrados no fluxo 194

Quadro 60 - Regime de execução dos processos de material e de roupas 207

Quadro 61 - Processamento por grau de risco do produto para saúde.....209

Quadro 62 - Separação dos fluxos de roupa suja e de roupa limpa.....213

Quadro 63 - Controles de guarda e de rastreabilidade do material esterilizado...218

Quadro 64 - Monitoramento dos processos de esterilização, periodicidade e conduta 224

Quadro 65 - Equipamentos da Central de Material e Esterilização por unidade .227

Quadro 66 - Responsabilidades no gerenciamento de resíduos por etapa do fluxo 237

Quadro 67 - Grupos de resíduos gerados, exemplos e pontos de geração nas duas unidades.....241

Quadro 68 - Acondicionamento, identificação e coleta interna por grupo de resíduo 247

Quadro 69 - Condições e controles do armazenamento de resíduos.....251

Quadro 70 - Tratamento, destinação final e comprovação por grupo de resíduo.259

Quadro 71 - Conteúdo mínimo do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde por unidade.....263

Quadro 72 - Indicadores internos de gestão e condutas verificadas no gerenciamento de resíduos.....267

Quadro 73 - Papéis na produção, na guarda e no acesso aos registros 277

Quadro 74 - Etapas do prontuário, responsável, registro gerado e momento do lançamento 283

Quadro 75 - Marcos de horário registrados em cada episódio 284

Quadro 76 - Temporalidade e guarda dos registros e documentos 288

Quadro 77 - Folha de identificação da Política de Guarda, Temporalidade e Sigilo dos Registros 290

Quadro 78 - Solicitações de registros e documentos: legitimados, forma e prazo.299

Quadro 79 - Contingência em indisponibilidade do sistema: etapa, responsável, prazo e registro 304

Quadro 80 - Compromissos de proteção de dados na execução da parceria 308

Quadro 81 - Capacidade instalada e perfil de produção das unidades, conforme fixado no regimento 312

Quadro 82 - Níveis da estrutura organizacional das unidades e vinculação dos cargos 314

Quadro 83 - Instâncias colegiadas instituídas pelo regimento em cada unidade ..314

Quadro 84 - Prazos de comunicação, cobertura, substituição e reposição fixados no regimento 315

Quadro 85 - Interlocução institucional das unidades, objeto e periodicidade.....317

Quadro 86 - Hipóteses, legitimados e prazos de revisão do regimento.....319

Quadro 87 - Folha de identificação do Regimento Interno das UPAs 24 horas Norte e Sul 320

Quadro 88 - Folha de assinaturas do Regimento Interno das UPAs 24 horas Norte e Sul.....344

Quadro 89 - Áreas assistenciais sob responsabilidade do Serviço de Enfermagem e estrutura correspondente em cada unidade.....346

Quadro 90 - Níveis do Serviço de Enfermagem, exigência de habilitação e objeto da supervisão 347

Quadro 91 - Separação de competências entre o enfermeiro e o técnico de enfermagem por atividade assistencial 348

Quadro 92 - Elementos do dimensionamento da equipe de enfermagem, fonte do dado e responsável pela apuração 350

Quadro 93 - Níveis de comunicação da intercorrência, destinatário, prazo e registro 352

Quadro 94 - Planos de supervisão da equipe de enfermagem e relação com a educação permanente 353

Quadro 95 - Folha de identificação do Regimento do Serviço de Enfermagem das UPAs 24 horas Norte e Sul.....354

Quadro 96 - Folha de assinaturas do Regimento do Serviço de Enfermagem das UPAs 24 horas Norte e Sul 372

Quadro 97 - Documentação de admissão no corpo clínico, conferência e momento 374

Quadro 98 - Registros médicos obrigatórios, momento do lançamento e consequência 375

Quadro 99 - Diretoria Clínica e Responsabilidade Técnica Médica: matéria, titular, investidura e registro no conselho de classe 377

Quadro 100 - Ausências médicas: prazo de comunicação, responsável, cobertura e registro 379

Quadro 101 - Composição da Comissão de Ética Médica por faixa de médicos do corpo clínico 380

Quadro 102 - Percurso da questão ética na unidade: etapa, responsável, prazo e produto 380

Quadro 103 - Folha de identificação do Regimento do Corpo Clínico das UPAs 24 horas Norte e Sul 383

Quadro 104 - Folha de assinaturas do Regimento do Corpo Clínico das UPAs 24 horas Norte e Sul 403

Quadro 105 - Módulos da plataforma SOUL MV, função e aplicação nas duas unidades 406

Quadro 106 - Sistemas oficiais, situação da integração, forma de operação, periodicidade e responsável 413

Quadro 107 - Infraestrutura de tecnologia da informação, finalidade e resposta de contingência 417

Quadro 108 - Cópia de segurança, guarda, retenção e verificação por conjunto de dados 420

Quadro 109 - Cronograma de implantação do projeto de tecnologia da informação, por fase 423

Quadro 110 - Capacitação dos usuários da solução, por perfil, conteúdo e momento 424

Quadro 111 - Controles de segurança da informação e de proteção de dados na solução, forma de cumprimento e responsável 428

Quadro 112 - Folha de identificação da Política de Segurança da Informação e de Proteção de Dados Pessoais 429

Quadro 113 - Metas e indicadores pactuados, campo de origem no sistema, marcos de contagem e exclusão 438

Quadro 114 - Documentos da prestação de contas gerados pela solução, módulo de origem, periodicidade e responsável 439

Quadro 115 - Dicionário de dados dos campos de que dependem as metas e os indicadores pactuados 441

Quadro 116 - Níveis de serviço do suporte técnico, por criticidade 445

Quadro 117 - Folha de identificação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco 448

Quadro 118 - Folha de identificação do Protocolo de Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda 451

Quadro 119 - Classificação de Killip no infarto agudo do miocárdio 455

Quadro 120 - Escore HEART de estratificação do usuário com dor torácica 455

Quadro 121 - Conduta por diagnóstico na síndrome coronariana aguda 456

Quadro 122 - Terapia medicamentosa na síndrome coronariana aguda 457

Quadro 123 - Lista de verificação de contraindicações à fibrinólise 459

Quadro 124 - Folha de identificação do Protocolo de Acidente Vascular Cerebral 464

Quadro 125 - Escala pré-hospitalar de Cincinnati para o rastreio do acidente vascular cerebral 467

Quadro 126 - Itens da National Institutes of Health Stroke Scale e respectiva pontuação 467

Quadro 127 - Metas de pressão arterial no acidente vascular cerebral 468

Quadro 128 - Folha de identificação do Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico 471

Quadro 129 - Critérios de resposta inflamatória sistêmica aplicados na triagem da sepse 473

Quadro 130 - Sinais de disfunção orgânica pesquisados na triagem da sepse, por sistema 473

Quadro 131 - Prazo do antimicrobiano por situação clínica 474

Quadro 132 - Folha de identificação do Protocolo de Manejo do Trauma 478

Quadro 133 - Avaliação primária no trauma 480

Quadro 134 - Conduta por tipo de lesão no trauma 481

Quadro 135 - Critérios de apoio à indicação de tomografia no traumatismo cranioencefálico leve 482

Quadro 136 - Referências técnicas, responsável e periodicidade por protocolo 485

Quadro 137 - Folha de identificação do Protocolo de Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar.....486

Quadro 138 - Conduta por ritmo na parada cardiorrespiratória.....489

Quadro 139 - Terapia medicamentosa na parada cardiorrespiratória, adulto.....489

Quadro 140 - Folha de identificação do Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda.....493

Quadro 141 - Alvo de saturação por situação e dispositivos de oxigenoterapia....495

Quadro 142 - Tratamento dirigido à causa na insuficiência respiratória aguda ..497

Quadro 143 - Folha de identificação do Protocolo de Manejo de Via Aérea e Intubação.....500

Quadro 144 - Os quatro planos do manejo da via aérea.....502

Quadro 145 - Folha de identificação do Protocolo de Crise Convulsiva e Estado de Mal Epiléptico.....506

Quadro 146 - Tratamento escalonado por tempo na crise convulsiva 508

Quadro 147 - Doses de referência no estado de mal epiléptico no adulto 509

Quadro 148 - Folha de identificação do Protocolo de Alteração do Nível de Consciência.....512

Quadro 149 - Causas reversíveis e conduta imediata.....514

Quadro 150 - Folha de identificação do Protocolo de Emergências Hipertensivas 518

Quadro 151 - Tratamento conforme a classificação do quadro hipertensivo.....521

Quadro 152 - Folha de identificação do Protocolo de Emergências Glicêmicas....524

Quadro 153 - Competências por categoria profissional no manejo das emergências glicêmicas.....525

Quadro 154 - Gravidade da cetoacidose diabética e nível de cuidado correspondente.....527

Quadro 155 - Conduta escalonada por tempo nas emergências glicêmicas.....529

Quadro 156 - Materiais e medicamentos do protocolo de emergências glicêmicas 530

Quadro 157 - Indicadores do protocolo de emergências glicêmicas 534

Quadro 158 - Folha de identificação do Protocolo de Anafilaxia.....536

Quadro 159 - Competências por categoria profissional no manejo da anafilaxia.537

Quadro 160 - Conduta escalonada por tempo na anafilaxia 539

Quadro 161 - Materiais e medicamentos do protocolo de anafilaxia 540

Quadro 162 - Indicadores do protocolo de anafilaxia 543

Quadro 163 - Folha de identificação do Protocolo de Intoxicação Exógena e Envenenamentos 545

Quadro 164 - Competências por categoria profissional no manejo da intoxicação exógena e do envenenamento 546

Quadro 165 - Conduta escalonada por tempo na intoxicação exógena e no envenenamento 549

Quadro 166 - Principais síndromes tóxicas 550

Quadro 167 - Antídotos e tratamentos específicos de referência para adultos.....550

Quadro 168 - Indicadores do protocolo de intoxicação exógena e envenenamento 556

Quadro 169 - Folha de identificação do Protocolo de Hemorragia Digestiva.....558

Quadro 170 - Competências por categoria profissional no manejo da hemorragia digestiva 559

Quadro 171 - Conduta escalonada por tempo na hemorragia digestiva 562

Quadro 172 - Escore de Glasgow-Blatchford na admissão 563

Quadro 173 - Materiais e medicamentos do protocolo de hemorragia digestiva ..564

Quadro 174 - Indicadores do protocolo de hemorragia digestiva.....568

Quadro 175 - Folha de identificação do Protocolo de Dor Abdominal Aguda 570

Quadro 176 - Competências por categoria profissional no manejo da dor abdominal aguda 571

Quadro 177 - Sinais de alarme na dor abdominal aguda 573

Quadro 178 - Conduta escalonada por tempo na dor abdominal aguda 574

Quadro 179 - Hipóteses diagnósticas e conduta inicial na unidade 576

Quadro 180 - Materiais e medicamentos do protocolo de dor abdominal aguda..577

Quadro 181 - Indicadores do protocolo de dor abdominal aguda 580

Quadro 182 - Folha de identificação do Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas.....583

Quadro 183 - Competências por categoria profissional no manejo das urgências ginecológicas e obstétricas.....584

Quadro 184 - Conduta escalonada por tempo nas urgências ginecológicas e obstétricas.....587

Quadro 185 - Índice de choque e gravidade na hemorragia obstétrica.....590

Quadro 186 - Materiais e medicamentos do protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas.....591

Quadro 187 - Indicadores do protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas.595

Quadro 188 - Folha de identificação do Protocolo de Manejo das Urgências Pediátricas.....598

Quadro 189 - Competências por categoria profissional no manejo das urgências pediátricas.....599

Quadro 190 - Triângulo de avaliação pediátrica, componentes e leitura.....600

Quadro 191 - Sinais vitais de referência e limiar de hipotensão por faixa etária, pediatria.....601

Quadro 192 - Tempos-alvo das intervenções nas urgências pediátricas 606

Quadro 193 - Doses pediátricas de referência por peso 607

Quadro 194 - Indicadores do protocolo de manejo das urgências pediátricas 612

Quadro 195 - Folha de identificação do Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental.....614

Quadro 196 - Competências por categoria profissional no manejo da crise em saúde mental.....616

Quadro 197 - Conduta escalonada por tempo na crise em saúde mental 618

Quadro 198 - Materiais e medicamentos do protocolo de crise em saúde mental.621

Quadro 199 - Indicadores do protocolo de manejo da crise em saúde mental 625

Quadro 200 - Competências por categoria profissional no manejo do risco de queda e da queda 629

Quadro 201 - Momentos de avaliação e de reavaliação do risco de queda na urgência 631

Quadro 202 - Classificação do dano após queda e rito subsequente 637

Quadro 203 - Indicadores do protocolo de manejo do risco de queda e da queda na urgência 639

Quadro 204 - Protocolos institucionais da ASM que integram este manual.....643

Quadro 205 - Folha de identificação do Manual de Rotinas de Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio e de Transporte Sanitário.....646

Quadro 206 - Competências por cargo nas rotinas de almoxarifado, farmácia, patrimônio e transporte sanitário 649

Quadro 207 - Condições de armazenamento por classe de item 652

Quadro 208 - Etapas do recebimento à dispensação, responsável, prazo e registro gerado 654

Quadro 209 - Parâmetros de estoque mínimo, de ressuprimento e de contagem por classe de item 659

Quadro 210 - Inventários de estoque e de bens: tipo, periodicidade, escopo, responsável e produto 660

Quadro 211 - Medicamentos sujeitos a controle especial: obrigação, forma de cumprimento, periodicidade e responsável 664

Quadro 212 - Faixas de validade, providência, prazo e responsável 667

Quadro 213 - Eventos patrimoniais: providência, prazo e produto documental ..672

Quadro 214 - Centros de custo das rotinas de suprimentos, objeto e origem do dado no sistema 675

Quadro 215 - Transporte sanitário: etapa do acionamento, responsável, prazo e registro 680

Quadro 216 - Conservação do veículo, insumos de bordo e controles de quilometragem e de combustível 681

Quadro 217 - Farmacovigilância e tecnovigilância: evento, destino da notificação, prazo e responsável 685

Quadro 218 - Abastecimento, estoque e transporte sanitário na UPA 24 horas Norte 688

Quadro 219 - Abastecimento, estoque e transporte sanitário na UPA 24 horas Sul 690

Quadro 220 - Folha de assinaturas do Manual de Rotinas de Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio e de Transporte Sanitário 692

Quadro 221 - Folha de identificação do Manual de Rotinas Administrativo-Financeiras e de Gestão de Custos 693

Quadro 222 - Etapas do procedimento de compras fixadas no Regulamento de Compras e Contratações da ASM 696

Quadro 223 - Fatores de apuração do menor custo e sua leitura nas UPAs 24 horas Norte e Sul 697

Quadro 224 - Classes de produtos e serviços e formas de compra previstas no Manual de Compras da ASM 700

Quadro 225 - Alçadas de aprovação e segregação de funções no processo de compras 703

Quadro 226 - Rotina mensal de contas a receber e condicionantes da liberação da parcela 707

Quadro 227 - Rotina de conciliação bancária e documentos produzidos.....709

Quadro 228 - Centros de custo por unidade e correspondência com os grupos de despesa.....711

Quadro 229 - Documentação contábil e fiscal, local de guarda, prazo e responsável 714

Quadro 230 - Elementos basilares da prestação de contas de termo de colaboração, conforme o Manual de Prestação de Contas da ASM.....717

Quadro 231 - Produtos da prestação de contas, conteúdo, prazo externo e fechamento interno.....718

Quadro 232 - Calendário anual de obrigações administrativo-financeiras da parceria.....721

Quadro 233 - Folha de assinaturas do Manual de Rotinas Administrativo-Financeiras e de Gestão de Custos.....724

Quadro 234 - Produção assistencial das UPAs 24 horas Norte e Sul.....726

Quadro 235 - Condições epidemiológicas prioritárias e evidências municipais....727

Quadro 236 - Indicadores próprios do Programa Coração Seguro.....730

Quadro 237 - Cronograma de implantação do Programa Coração Seguro 731

Quadro 238 - Indicadores próprios do Programa Respirar Palmas 734

Quadro 239 - Cronograma de implantação do Programa Respirar Palmas 735

Quadro 240 - Indicadores próprios do Programa Alta Segura e Cuidado Continuado.....739

Quadro 241 - Cronograma de implantação do Programa Alta Segura e Cuidado Continuado.....739

Quadro 242 - Indicadores próprios do Programa Mente Acolhida.....742

Quadro 243 - Cronograma de implantação do Programa Mente Acolhida.....743

Quadro 244 - Indicadores próprios do Programa Trauma Resolutivo 746

Quadro 245 - Cronograma de implantação do Programa Trauma Resolutivo.....746

Quadro 246 - Cronograma consolidado de implantação dos cinco projetos assistenciais 751

Quadro 247 - As treze instâncias colegiadas das duas unidades, base normativa e periodicidade ordinária de reunião 755

Quadro 248 - Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 758

Quadro 249 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.....761

Quadro 250 - Constituição da Comissão de Revisão de Óbitos.....762

Quadro 251 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Revisão de Óbitos 765

Quadro 252 - Constituição da Comissão de Ética Médica.....767

Quadro 253 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Ética Médica 770

Quadro 254 - Constituição da Comissão de Ética de Enfermagem 771

Quadro 255 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.....774

Quadro 256 - Constituição da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.....775

Quadro 257 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde 778

Quadro 258 - Constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes 779

Quadro 259 - Cronograma anual de atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes 782

Quadro 260 - Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica 783

Quadro 261 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Farmácia e Terapêutica 786

Quadro 262 - Constituição da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde 788

Quadro 263 - Cronograma anual de atividades da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.....791

Quadro 264 - Constituição do Núcleo de Segurança do Paciente 792

Quadro 265 - Cronograma anual de atividades do Núcleo de Segurança do Paciente.....795

Quadro 266 - Constituição do Núcleo de Educação Permanente em Saúde 796

Quadro 267 - Cronograma anual de atividades do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.....799

Quadro 268 - Constituição do Núcleo de Vigilância Epidemiológica 800

Quadro 269 - Cronograma anual de atividades do Núcleo de Vigilância Epidemiológica.....803

Quadro 270 - Constituição do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, por hipótese de exigibilidade 804

Quadro 271 - Cronograma anual de atividades do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho 807

Quadro 272 - Constituição do Núcleo Interno de Regulação 808

Quadro 273 - Cronograma anual de atividades do Núcleo Interno de Regulação 811

Quadro 274 - Folha de identificação do Manual de Acolhimento com Classificação de Risco 813

Quadro 275 - O que é informado ao usuário, por quem, em que momento e com que registro 816

Quadro 276 - Situações de acionamento do apoio psicossocial, profissional responsável e providência 821

Quadro 277 - Direito a acompanhante, fundamento e condições de permanência por área 823

Quadro 278 - Prioridades legais, fundamento e efeito prático nas duas unidades 831

Quadro 279 - Comunicação de notícias difíceis e de óbito: etapas, responsável e registro 835

Quadro 280 - Folha de assinaturas do Manual de Acolhimento com Classificação de Risco 839

Quadro 281 - Identificação do serviço de atendimento ao usuário e ouvidoria das unidades 841

Quadro 282 - Canais de recebimento de manifestações, forma de acesso e registro 843

Quadro 283 - Prazos por etapa do tratamento da manifestação 845

Quadro 284 - Tipos de manifestação, providência e destino interno 846

Quadro 285 - Produtos da ouvidoria, destinatários e periodicidade 847

Quadro 286 - Dimensões avaliadas no instrumento de pesquisa de satisfação 848

Quadro 287 - Regras de amostragem e de coleta da pesquisa de satisfação 850

Quadro 288 - Folha de identificação do Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário 850

Quadro 289 - Redação integral do instrumento de pesquisa de satisfação do usuário 851

Quadro 290 - Indicadores internos de gestão da ouvidoria 856

Quadro 291 - Estrutura da página da parceria no sítio eletrônico da entidade 859

Quadro 292 - Conteúdo a publicar, origem e prazo de publicação 860

Quadro 293 - Correspondência entre o conteúdo mínimo legal e a forma de divulgação....862

Quadro 294 - Conteúdo dos murais presenciais de cada unidade....863

Quadro 295 - Metas quantitativas do IN 1, por unidade....864

Quadro 296 - Componentes do tempo porta-médico e metas pactuadas, por unidade....867

Quadro 297 - Indicadores de desempenho do IN 2 e metas pactuadas, por unidade....872

Quadro 298 - Decisões operacionais adotadas para o cumprimento de cada indicador....873

Quadro 299 - Rotina de coleta, validação e reporte de cada meta e indicador....875

Quadro 300 - Escala de notas por percentual de cumprimento da meta....876

Quadro 301 - Conceito e percentual da parcela variável a receber....877

Quadro 302 - Faixas de alerta interno e ações corretivas por meta e indicador....880

Quadro 303 - Faixas de ocupação das áreas de observação e providências correspondentes....895

Quadro 304 - Organização das áreas assistenciais na UPA 24 horas Norte....897

Quadro 305 - Organização das áreas assistenciais na UPA 24 horas Sul....899

Quadro 306 - Elenco mínimo de exames laboratoriais ofertados nas duas unidades....903

Quadro 307 - Tempos de resposta do apoio diagnóstico, por modalidade e por cor da classificação de risco....911

Quadro 308 - Periodicidade da higienização por área, segundo o risco de contaminação....924

Quadro 309 - Prazos de atendimento dos chamados de manutenção, por criticidade....941

Quadro 310 - Regime de execução dos serviços de apoio e responsável pela fiscalização....943

Quadro 311 - Informações mínimas por desfecho, responsável pela emissão e prazo....950

Quadro 312 - Indicadores próprios de contrarreferência e de articulação com a rede....955

Quadro 313 - Quadro de pessoal da UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, no modelo oficial do Chamamento Público....960

Quadro 314 - Quadro de pessoal da UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar, no modelo oficial do Chamamento Público 967

Quadro 315 - Remuneração proposta por categoria profissional, equipe local das UPAs 24 horas Norte e Sul 979

Quadro 316 - Remuneração proposta por categoria profissional, equipe corporativa compartilhada entre as duas unidades 983

Quadro 317 - Conferências de compatibilidade do quadro de pessoal 987

Quadro 318 - Atribuições por cargo representado no organograma 993

Quadro 319 - Linhas de subordinação e de assessoramento 999

Quadro 320 - Etapas do processo seletivo e critérios objetivos aplicados 1002

Quadro 321 - Momentos, instrumentos e consequências da avaliação de desempenho 1006

Quadro 322 - Prazos máximos de substituição por natureza do posto 1009

Quadro 323 - Etapas do processo de educação permanente em saúde, responsável e produto 1012

Quadro 324 - Matriz de capacitação por categoria profissional, com temas e carga horária anual 1013

Quadro 325 - Cronograma anual das ações de educação permanente 1015

Quadro 326 - Indicadores de monitoramento do programa de educação permanente 1019

Quadro 327 - Divisão de competências sobre o servidor público municipal disponibilizado 1022

Quadro 328 - Etapas da integração do servidor disponibilizado 1024

Quadro 329 - Supervisão técnica e limites de atuação no plantão 1025

Quadro 330 - Conteúdo do controle mensal individualizado da composição das equipes 1027

Quadro 331 - Ocorrências, prazos de comunicação e providências 1028

Quadro 332 - Formulário V-B, experiência anterior relativa ao tempo de gestão, por linha de enquadramento 1031

Quadro 333 - Formulário V-C, unidades de urgência e emergência geridas por período igual ou superior a doze meses 1032

Quadro 334 - Formulário V-D, responsáveis técnicos e administrativos indicados 1033

Quadro 335 - Identificação da experiência de gestão de UPA 24 horas de Porte II 1033

Quadro 336 - Experiência 1, UPA 24 Horas Manoel Eustáquio Neto, São Cristóvão, Sergipe....1034

Quadro 337 - Experiência 2, Policlínica Dr. Francisco Martins da Silva, Rua Nova, Feira de Santana, Bahia....1034

Quadro 338 - Experiência 3, Hospital Municipal Adib Jatene, Brasilândia, São Paulo....1035

Quadro 339 - Experiência 4, Policlínica de Humildes, Feira de Santana, Bahia.1035

Quadro 340 - Identificação do serviço próprio da entidade....1037

Quadro 341 - Qualificação do Responsável Técnico Médico indicado....1038

Quadro 342 - Qualificação do responsável administrativo-financeiro indicado .1039

Quadro 343 - Identificação da Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social....1040

Quadro 344 - Equipe de transição, atribuições e permanência nas unidades 1041

Quadro 345 - Cronograma dos trinta primeiros dias, por semana 1045

Quadro 346 - Riscos da assunção, sinais de alerta e medidas adotadas 1046

Quadro 347 - Marcos da estabilização, do 31º ao 60º dia 1048

Quadro 348 - Marcos da consolidação, do 61º ao 90º dia 1050

Quadro 349 - Rotinas da execução ordinária, por periodicidade 1052

Quadro 350 - Inventário, vistoria e controle patrimonial, com prazos e produtos 1055

Quadro 351 - Plano de comunicação da transição 1058

Quadro 352 - Obrigações da transição de saída, com prazos e produtos....1060

Quadro 353 - Estrutura do valor proposto, por unidade e consolidado, no modelo do Termo de Referência....1061

SUMÁRIO DE ANEXOS

Anexo I - Estatuto Social e ata de eleição da diretoria da Associação Saúde em Movimento 1137

Anexo II - Regulamento de Compras e Contratações 1231

Anexo III - Manual de Compras 1240

Anexo IV - Manual de Prestação de Contas 1255

Anexo V - Manual de Conduta Ética 1293

Anexo VI - Manual de Conduta de Terceiros 1336

Anexo VII - Diretrizes do Programa de Compliance e Integridade Corporativa 1344

Anexo VIII - Regimento Interno do Comitê de Compliance e Integridade 1352

Anexo IX - Política de Recursos Humanos e Plano de Cargos, Carreiras e Salários 1368

Anexo X - Manual de Recrutamento e Seleção 1444

Anexo XI - Política Interna de Pagamento por Performance e Incentivos 1469

Anexo XII - Política de Segurança da Informação e Confidencialidade 1482

Anexo XIII - Organograma da Associação Saúde em Movimento 1488

Anexo XIV - Protocolo institucional de Classificação de Risco 1490

Anexo XV - Protocolo institucional de Serviço de Acolhimento 1508

Anexo XVI - Protocolo institucional de Rounds Interdisciplinares 1520

Anexo XVII - Protocolo institucional de Prevenção de Quedas 1533

Anexo XVIII - Protocolo institucional de Articulação com a Rede de Atenção à Saúde 1562

Anexo XIX - Protocolo institucional de Educação Permanente em Saúde 1575

Anexo XX - Protocolo de Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda 1588

Anexo XXI - Protocolo de Acidente Vascular Cerebral 1613

Anexo XXII - Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico 1635

Anexo XXIII - Protocolo de Manejo do Trauma 1657

Anexo XXIV - Protocolo de Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar 1677

Anexo XXV - Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda 1700

Anexo XXVI - Protocolo de Manejo de Via Aérea e Intubação 1719

Anexo XXVII - Protocolo de Crise Convulsiva e Estado de Mal Epiléptico.....1740

Anexo XXVIII - Protocolo de Alteração do Nível de Consciência 1758

Anexo XXIX - Protocolo de Emergências Hipertensivas 1776

Anexo XXX - Protocolo de Emergências Glicêmicas.....1795

Anexo XXXI - Protocolo de Anafilaxia 1816

Anexo XXXII - Protocolo de Intoxicação Exógena e Envenenamentos.....1833

Anexo XXXIII - Protocolo de Hemorragia Digestiva.....1853

Anexo XXXIV - Protocolo de Dor Abdominal Aguda 1871

Anexo XXXV - Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas 1890

Anexo XXXVI - Protocolo de Manejo das Urgências Pediátricas.....1911

Anexo XXXVII - Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental 1933

Anexo XXXVIII - Formulário V-A, sumário analítico da Proposta Técnica 1953

Anexo XXXIX - Formulários V-B, V-C e V-D, preenchidos e assinados.....1960

Anexo XL - Atestado de capacidade técnica, São Cristóvão 1963

Anexo XLI - Atestado de capacidade técnica, Feira de Santana, Rua Nova.....2010

Anexo XLII - Atestado de capacidade técnica, São Paulo 2065

Anexo XLIII - Atestado de capacidade técnica, Sinop 2333

Anexo XLIV - Atestado de capacidade técnica, Feira de Santana, Humildes 2442

Anexo XLV - Serviço próprio da entidade, Salvador 2499

Anexo XLVI - Termo de indicação e qualificação do Responsável Técnico Médico 2530

Anexo XLVII - Termo de indicação e qualificação do responsável administrativo-financeiro 2553

Anexo XLVIII - Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social 2575

Anexo XLIX - Atestado de visita técnica às UPAs 24 horas Norte e Sul.....2578

1 APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM MOVIMENTO

Antes de descrever como pretende operar as duas Unidades de Pronto Atendimento de Palmas, a Associação Saúde em Movimento apresenta quem é a entidade que se candidata a essa responsabilidade. Uma porta de urgência funciona nos trezentos e sessenta e cinco dias do ano, sem intervalo, e depende de quem a administra para ter médico na escala às três da manhã, medicamento disponível na farmácia, autoclave em funcionamento e salário pago na data certa. A capacidade de sustentar essa rotina não se demonstra por promessa, e sim por histórico, estrutura e documento.

A Associação Saúde em Movimento se apresenta por cinco elementos: a identificação e a natureza jurídica da proponente, com a certificação que a habilita a participar deste chamamento; a missão, os valores e a estrutura de governança que distribuem responsabilidade e controle dentro da entidade; o programa de integridade que disciplina compras, contratações e prestação de contas; a experiência acumulada em serviços de urgência de funcionamento ininterrupto; e a estrutura corporativa que sustenta cada unidade gerida. Cada informação apresentada tem lastro em documento que acompanha esta proposta, e nenhuma decorre de simples declaração da própria entidade.

1.1 Identificação e natureza jurídica

A proponente deste chamamento é a Associação Saúde em Movimento, associação civil de direito privado sem fins lucrativos, constituída em 1º de fevereiro de 2017 na cidade de Salvador, Bahia, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob o nº 27.324.279/0001-15, com sede administrativa na Rua Thomaz Gonzaga, nº 64, bairro de Pernambués, em Salvador. O instrumento constitutivo em vigor é a 15ª Alteração Estatutária, consolidada, registrada em 11 de setembro de 2026 no 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas de Salvador. É essa a entidade que se apresenta para assumir a gestão das UPAs 24 horas Norte e Sul, e a primeira verificação que cabe a quem avalia a proposta é se ela pode, juridicamente, celebrar a parceria pretendida.

A resposta começa na finalidade declarada no Estatuto Social, que não deixa margem a interpretação. A entidade existe para promover, executar e apoiar ações e

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

serviços de saúde, o que compreende a gestão de unidades públicas, a oferta de profissionais, a execução de projetos assistenciais e a educação em saúde. Nenhum resultado, excedente ou vantagem é distribuído a dirigentes, associados ou terceiros, e todo superávit apurado retorna às próprias finalidades institucionais. A abrangência estatutária de atuação é nacional, de maneira que a execução de uma parceria no Tocantins não depende de alteração prévia do estatuto, e o objeto deste chamamento, que é a gestão de duas unidades públicas de pronto atendimento, está inteiramente contido naquilo que a entidade foi criada para fazer.

Essa configuração é exatamente a que a legislação de parcerias exige de quem pretende celebrar Termo de Colaboração. A Lei nº 13.019, de 2014, reserva esse instrumento às organizações da sociedade civil e define como tais as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que não distribuem resultado entre os seus integrantes e aplicam os excedentes na consecução do objeto social (BRASIL, 2014). A Associação Saúde em Movimento reúne essas características desde a constituição, e não por adaptação posterior. Cabe um registro que evita confusão recorrente: a parceria tratada neste chamamento não se confunde com a qualificação como Organização Social, disciplinada pela Lei nº 9.637, de 1998, instituto diverso que não incide sobre o presente certame.

À condição de organização da sociedade civil soma-se a certificação como Entidade Beneficente de Assistência Social na área da saúde, concedida pela Portaria SAES/MS nº 3.401, de 28 de outubro de 2025, publicada no Diário Oficial da União de 3 de novembro de 2025, com validade de três anos contados da publicação (BRASIL, 2025). O certificado permanece vigente na data da sessão pública deste chamamento. O reconhecimento foi deferido em razão da atuação exclusiva da entidade na promoção da saúde, sem exigência de qualquer contraprestação do usuário pelas ações e pelos serviços realizados, requisito que a entidade cumpre em todas as unidades que administra e que cumprirá nas duas unidades de Palmas.

A certificação produz, além do efeito jurídico, um efeito econômico de interesse direto do Município. A entidade beneficente é imune às contribuições sociais incidentes sobre a folha de pagamento, e em uma parceria cuja despesa é predominantemente de pessoal essa imunidade reduz o custo de cada posto de trabalho sem reduzir a

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

remuneração de quem o ocupa, de modo que o mesmo repasse passa a financiar mais horas de assistência ao usuário. A condição de beneficente também impõe obrigações permanentes de escrituração contábil regular, de aplicação integral dos excedentes nas finalidades institucionais e de prestação de contas aos órgãos de controle, que se somam às obrigações próprias do Termo de Colaboração e não as substituem.

Quadro 1 - Identificação da entidade proponente

Elemento	Conteúdo
Razão social	Associação Saúde em Movimento (ASM)
Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica	27.324.279/0001-15
Natureza jurídica	Associação civil de direito privado, sem fins lucrativos
Data de constituição	1º de fevereiro de 2017, em Salvador, Bahia
Sede administrativa	Rua Thomaz Gonzaga, nº 64, Pernambués, Salvador, Bahia, CEP 41.100-000
Estatuto em vigor	15ª Alteração Estatutária, consolidada, registrada em 11 de setembro de 2026 sob o nº 00080445, averbação 146, à margem do registro primitivo nº 00053433, Livro A, no 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas de Salvador, Bahia
Representante legal	Ana Cláudia Mendonça Vitti, Presidente da Diretoria Executiva
Contatos institucionais	Telefone (71) 3035-0103 e (71) 99961-1122; endereço eletrônico asm@asaudem.org.br
Certificação	Entidade Beneficente de Assistência Social na área da saúde, concedida pela Portaria SAES/MS nº 3.401, de 28 de outubro de 2025, publicada no Diário Oficial da União de 3 de novembro de 2025
Abrangência de atuação	Todo o território nacional, na forma do estatuto

Fonte: Estatuto Social da ASM, comprovante de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica e Portaria SAES/MS nº 3.401/2025.

Reunidos esses elementos, a proponente chega ao certame com as três condições de entrada atendidas e comprovadas: é organização da sociedade civil apta a celebrar Termo de Colaboração, é entidade beneficente com certificação vigente na data da sessão pública e tem finalidade estatutária coincidente com o objeto licitado. Os documentos que sustentam cada um desses pontos, do estatuto consolidado à portaria de certificação, acompanham a proposta e permitem conferência direta, sem diligência complementar. Nenhuma dessas condições foi constituída para este chamamento, e é isso que separa a aptidão formal da aptidão real: a entidade já opera unidades públicas de saúde sob esse mesmo regime jurídico.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

1.2 Missão, valores e estrutura de governança

Declaração de missão só interessa a um processo de seleção quando se pode apontar o que ela muda na rotina do serviço. Na Associação Saúde em Movimento, a missão, a visão e os valores estão formalizados no Estatuto Social e orientam decisões concretas de escala, de seleção de pessoal e de atendimento ao usuário, e é por esse efeito prático, e não pela redação, que devem ser avaliados. Missão que não se converte em regra de plantão não passa de intenção, e intenção não organiza fila de urgência: o que vale é a regra escrita, o responsável nominado e o registro verificável.

Quadro 2 - Missão, visão e valores institucionais da ASM

Dimensão	Enunciado institucional
Missão	Alívio das mazelas humanas mediante atuação em gestão da saúde com qualidade, eficiência e humanização, em prol da preservação da vida, sem distinção de raça, gênero, nacionalidade, religião, opinião política ou status social.
Visão	Ser referência nacional em assistência à saúde, por meio da atuação em gestão, de forma ética, qualificada, eficiente e humanizada.
Valores	Ética, respeito, responsabilidade, transparência, beneficência, universalidade, amor ao paciente, sustentabilidade e eficiência.

Fonte: Estatuto Social da ASM, 15ª Alteração Estatutária, consolidada, registrada em 11 de setembro de 2026.

O trecho da missão que afasta qualquer distinção entre usuários tem tradução imediata em uma porta de urgência. Quem chega a uma unidade de pronto atendimento não escolhe a hora nem o estado em que chega, e a ordem de atendimento não pode ser definida pelo horário de chegada, pela insistência do acompanhante ou pelo conhecimento pessoal de alguém da equipe. A ordem é definida pelo risco, apurado por enfermeiro em classificação registrada, atribuição que a norma do conselho profissional reconhece expressamente à enfermagem (COFEN, 2021), ressalvadas as prioridades que a lei assegura às pessoas idosas, às gestantes, às crianças e às pessoas com deficiência (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003). É esse o compromisso que a entidade assume nas UPAs Norte e Sul.

A estrutura de governança que sustenta esse compromisso obedece a uma regra simples: quem delibera não executa sozinho, quem executa não fiscaliza as próprias contas e o controle ético não se subordina à execução. A Assembleia Geral é o órgão deliberativo soberano. O Conselho de Administração, com no mínimo dez membros e

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

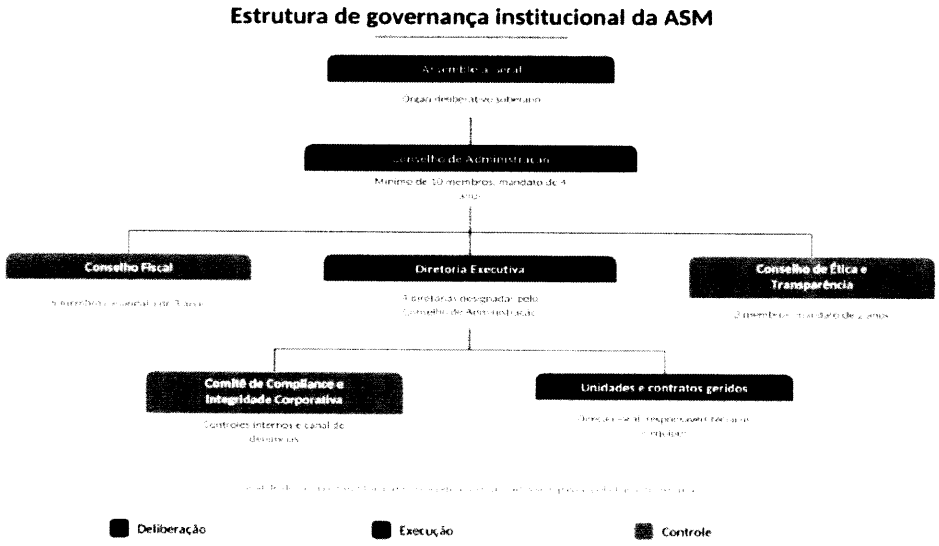
(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

mandato de quatro anos, admitida uma única recondução, define diretrizes e acompanha a execução. A Diretoria Executiva, designada por esse conselho e formada pela Presidência, pela Diretoria Administrativa, pela Diretoria Médica de Estratégia e Inovação e pela Diretoria de Estratégia e Desenvolvimento Assistencial, responde pela condução dos contratos e das unidades. O Conselho Fiscal, com seis membros, três efetivos e três suplentes, e mandato de três anos, examina as contas, vedada a seus integrantes a participação no Conselho de Administração e na Diretoria. O Conselho de Ética e Transparência, com três membros estranhos à Diretoria Executiva e mandato de dois anos, trata das questões de conduta.

Esses órgãos se comunicam por caminhos definidos, e não por conveniência. O canal de denúncias leva a ocorrência ao Conselho de Administração e ao Conselho de Ética e Transparência sem passar pela linha de execução que estiver sob exame, de modo que quem é objeto da apuração não controla o seu curso, regra que o programa de integridade da entidade estabelece de forma escrita (ASM, 2024h). As auditorias internas e os relatórios técnicos periódicos seguem o caminho inverso e levam à alta administração o que se passa dentro de cada unidade. Essa dupla via ascendente na denúncia e descendente na auditoria, é o que impede que uma ocorrência relevante fique contida na unidade em que nasceu.

Figura 1 - Estrutura de governança institucional da ASM, com a separação entre deliberação, execução e controle



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Estatuto Social (2026).

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Nas duas unidades de Palmas, essa linha de reporte começa dentro da própria UPA. Cada unidade terá direção local formada pelo Responsável Técnico Médico, pelo Responsável Técnico de Enfermagem e pelo responsável administrativo, que respondem pelo dia a dia e pelo cumprimento das rotinas. Diariamente, a direção local recebe o relatório das vinte e quatro horas e as ocorrências do plantão, e tudo o que envolva risco ao usuário ou ameaça à continuidade do serviço é comunicado no mesmo dia. Semanalmente, a direção examina produção, escala, estoque e indicadores. Mensalmente, consolida a prestação de contas, conferida pela estrutura corporativa antes de seguir à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

Do lado do Município, essa estrutura encontra a governança que a legislação de parcerias estabelece. O Gestor da Parceria acompanha e fiscaliza a execução, a Comissão de Monitoramento e Avaliação examina os resultados e homologa os relatórios, e a execução permanece aberta ao Conselho Municipal de Saúde, ao controle interno do Município e ao Tribunal de Contas do Estado do Tocantins (BRASIL, 2014). A entidade assume o compromisso de franquear a esses órgãos o acesso a documentos, sistemas e unidades, a qualquer tempo. O efeito dessa arquitetura é concreto: um problema detectado no plantão da madrugada chega, no mesmo dia, a quem tem autoridade para resolvê-lo, e uma irregularidade apurada em uma unidade não depende da boa vontade de quem a cometeu para ser investigada.

1.3 Programa de Compliance e Integridade Corporativa

Uma parceria como a que este chamamento propõe transfere à entidade selecionada a responsabilidade de comprar, contratar, pagar e prestar contas com recursos públicos. Quem adquire medicamento, contrata profissional e assina folha de pagamento precisa de regra escrita antes do fato, e não de justificativa depois dele. É essa a função do Programa de Compliance e Integridade Corporativa da Associação Saúde em Movimento, que reúne políticas de gestão de riscos, controles internos e mecanismos de prevenção à fraude e à corrupção, acompanhados por um Comitê de Compliance e Integridade Corporativa responsável pela sua aplicação (ASM, 2024h). O programa é anterior a este certame e se aplica, sem adaptação, à parceria pretendida.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

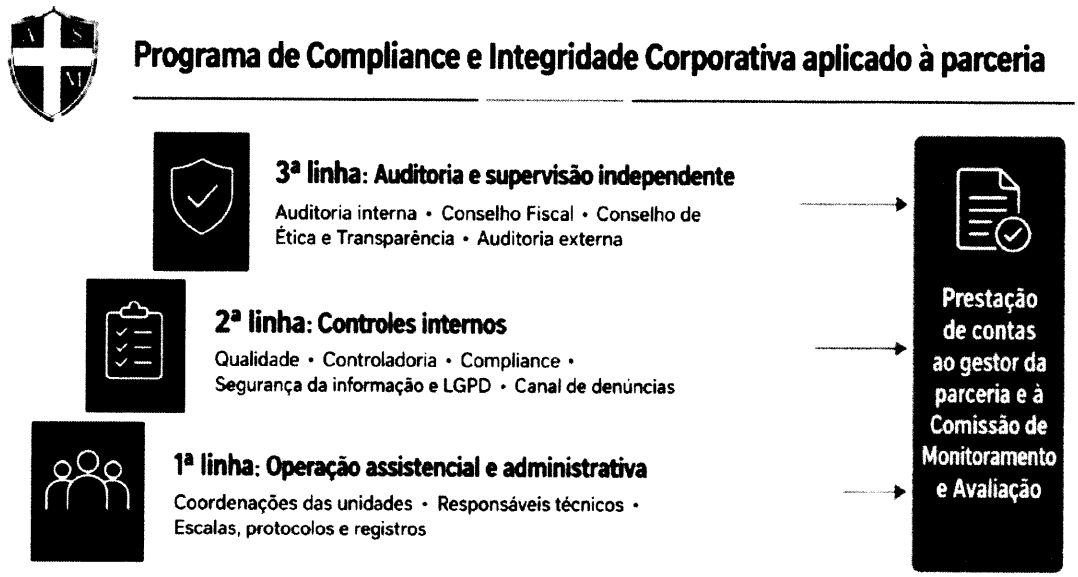
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Integra o programa um canal de denúncias que recebe manifestações de empregados, prestadores, usuários e terceiros, com garantia de sigilo ao denunciante e vedação a qualquer forma de retaliação, e cujas manifestações seguem ao Conselho de Administração e ao Conselho de Ética e Transparência. Em torno desse canal, a arquitetura do programa se organiza em três linhas. A primeira é a própria operação, formada pelas coordenações da unidade, pelos responsáveis técnicos e pelos registros do atendimento, que é onde o controle começa. A segunda reúne as áreas que verificam a operação de forma independente dela, com qualidade, controladoria, compliance, segurança da informação e canal de denúncias. A terceira é a supervisão independente, exercida pela auditoria interna, pelo Conselho Fiscal, pelo Conselho de Ética e Transparência e pela auditoria externa. As três convergem para a prestação de contas entregue ao Gestor da Parceria e à Comissão de Monitoramento e Avaliação.

Figura 2 - Programa de Compliance e Integridade Corporativa da ASM aplicado à execução da parceria



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir das Diretrizes do Programa de Compliance e Integridade Corporativa (2026).

O programa não se sustenta apenas em princípios, e sim em instrumentos normativos escritos, aprovados pela entidade e aplicados a todas as unidades sob sua gestão. As compras e contratações seguem regulamento próprio, com critérios objetivos de seleção, registro das cotações e preferência por plataformas de compras públicas (ASM, 2024). A contratação de pessoal segue política de recursos humanos e manual de

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

recrutamento e seleção que impõem processo seletivo impessoal, documentado e com divulgação pública (ASM, 2024b; ASM, 2024c). A prestação de contas tem manual próprio, com prazos e documentos definidos (ASM, 2024f). O tratamento de dados pessoais segue política específica de segurança da informação e confidencialidade (ASM, 2024g).

Quadro 3 - Instrumentos normativos da ASM e o que cada um disciplina na execução da parceria

Instrumento normativo	O que disciplina na execução da parceria
Diretrizes do Programa de Compliance e Integridade Corporativa	Gestão de riscos, controles internos e prevenção à fraude e à corrupção em todos os atos da parceria
Regimento Interno do Comitê de Compliance e Integridade	Funcionamento do comitê, recebimento de denúncias e apuração de irregularidades
Manual de Conduta Ética	Conduta dos empregados e prepostos, respeito aos direitos do usuário, sigilo de dados e vedação a cobrança indevida
Manual de Conduta de Terceiros	Responsabilidade da entidade pelos atos de fornecedores e prestadores contratados
Regulamento de Compras e Contratações e Manual de Compras	Aquisição de medicamentos, materiais e serviços, com critérios objetivos, registro de cotações e preferência por plataformas de compras públicas
Política de Recursos Humanos e Plano de Cargos, Carreiras e Salários	Contratação, remuneração, avaliação de desempenho e progressão dos profissionais alocados na parceria
Manual de Recrutamento e Seleção	Processo seletivo impessoal e documentado, com divulgação pública e cadastro de reserva
Manual de Prestação de Contas	Rotinas, prazos e documentos da prestação de contas mensal, trimestral, parcial e final
Política de Segurança da Informação e Confidencialidade	Proteção de dados pessoais dos usuários, controle de acessos e termo de confidencialidade das equipes

Fonte: documentos institucionais da ASM que acompanham esta Proposta Técnica.

Esses instrumentos acompanham a proposta na íntegra, de modo que não se trata de descrição de intenção, e sim de documento verificável por quem avaliar o conjunto. Na execução da parceria em Palmas eles valem desde o primeiro dia, e a entidade se compromete a aplicá-los sem exceção às duas unidades, aos fornecedores contratados e aos profissionais de qualquer vínculo, inclusive no que se refere à conduta exigida de terceiros (ASM, 2024d; ASM, 2024e). O descumprimento apurado segue ao Comitê de Compliance e Integridade Corporativa e, quando houver indício de dano ao recurso da parceria, é comunicado ao Gestor da Parceria junto com o relatório da apuração, porque regra que não produz consequência não é controle.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

1.4 Estrutura de suporte corporativo às unidades geridas

Uma unidade de saúde não se sustenta apenas com a equipe que está dentro dela. Quando falta um insumo, quando um equipamento para, quando um profissional pede demissão no meio do mês ou quando o faturamento é glosado, a solução depende de estruturas que ficam fora da unidade e que precisam responder em horas, não em semanas. A Associação Saúde em Movimento mantém, por isso, estrutura corporativa permanente, sediada em Salvador e replicada em bases regionais, que presta suporte transversal a todos os contratos, projetos, serviços e unidades sob a sua gestão, hoje distribuídos por quatro estados e por todos os níveis de atenção, da atenção primária à alta complexidade hospitalar. Essa estrutura não é montada a cada certame: ela existe, tem titulares, tem rotina estabelecida e atende simultaneamente a todas as praças em execução.

A estrutura se organiza em frentes com responsabilidade definida e alcance sobre o conjunto das unidades. A direção técnica médica e a gerência assistencial respondem pela padronização clínica, pelos protocolos institucionais e pela supervisão técnica das equipes, com responsabilidade técnica registrada nos conselhos profissionais de cada praça. A direção administrativa conduz a relação institucional com os entes parceiros e a governança dos instrumentos em execução. O núcleo de compras e suprimentos conduz as aquisições segundo o regulamento próprio da entidade, mantém o cadastro de fornecedores e abastece as unidades por programação de reposição (ASM, 2024). A controladoria e a contabilidade respondem pela escrituração, pela conciliação das contas específicas e pelo fechamento mensal de cada instrumento. A gerência de recursos humanos e departamento pessoal responde pelo recrutamento, pela admissão, pela folha e pelo cumprimento das obrigações trabalhistas em todas as praças (ASM, 2024b). A supervisão de tecnologia da informação mantém sistemas, rede, suporte e segurança da informação. A assessoria jurídica acompanha os instrumentos, os atos das parcerias e o contencioso. O núcleo de qualidade e segurança do paciente apoia as comissões e os núcleos de cada unidade e consolida os indicadores. O faturamento consolida a produção e organiza o envio aos sistemas oficiais de informação em saúde.

Essa estrutura responde ao conjunto, mas não se dilui nele. Para cada instrumento em execução a entidade designa profissionais corporativos de referência, que respondem

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

por aquela parceria perante a direção local e perante o ente parceiro, e é esse o desenho proposto para as UPAs 24 horas Norte e Sul: uma equipe corporativa de atuação compartilhada entre as duas unidades, com direção técnica médica, direção administrativa, gerência assistencial de enfermagem, gerência de recursos humanos e departamento pessoal, assessoria jurídica e supervisão de tecnologia da informação, somada às direções, coordenações e responsabilidades técnicas próprias de cada unidade. O custo dessa equipe é rateado entre as duas unidades por critério objetivo, demonstrado na memória de cálculo da Proposta Financeira.

É também essa estrutura que permite assumir uma unidade nova sem que a assistência pare. A entidade mobiliza equipe de implantação antes da assunção, com responsáveis de recursos humanos, suprimentos, tecnologia da informação e qualidade, que preparam contratação, estoque inicial, sistemas e rotinas enquanto a unidade segue funcionando. A ela se soma uma providência operacional que costuma passar despercebida e que faz diferença concreta na implantação: sempre que assume uma unidade, a entidade abre filial no município ou no estado correspondente, com inscrição própria no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica e registro nos conselhos profissionais locais, o que lhe permite contratar, recolher tributos, emitir documentos e responder tecnicamente a partir do próprio território, sem depender de providências remotas a cada ato. É o procedimento previsto para Palmas no plano de transição desta proposta.

A estrutura corporativa opera, ainda, sob uma regra de separação que vale para todos os instrumentos em execução: cada parceria tem conta bancária específica, centro de custo próprio e controle contábil individualizado, de modo que recursos de um instrumento não financiam outro. Essa regra é condição da prestação de contas disciplinada em manual próprio da entidade e será aplicada integralmente aos recursos desta parceria, com conciliação mensal e documentação identificada pela parceria (ASM, 2024f). O extrato da conta específica e a respectiva conciliação ficam à disposição do Gestor da Parceria e da Comissão de Monitoramento e Avaliação a qualquer tempo, e o fundo de provisão trabalhista é mantido em conta própria, com extrato trimestral encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas (PALMAS, 2026).

A operação em Palmas, portanto, não começaria sozinha. Ela se apoiaria em estruturas já montadas, que hoje sustentam instrumentos em execução em diferentes

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

estados e que têm rotina estabelecida de compra, de pagamento, de contratação, de supervisão técnica e de prestação de contas. Ficam assim estabelecidos os elementos que sustentam o restante desta proposta: uma entidade constituída há nove anos, certificada como beneficente, com governança que separa deliberação, execução e controle, com programa de integridade documentado, com estrutura corporativa permanente de suporte às suas unidades e com operação ininterrupta de serviços de urgência desde 2018. O que define o desenho dessa operação é a realidade concreta das duas unidades e do território que elas atendem, e é dessa realidade que decorrem as decisões operacionais aqui assumidas.

2 DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DA PARCERIA

A realidade sobre a qual a parceria vai incidir não se descreve para repetir dados, e sim de demonstrar que a entidade os leu, entendeu o que eles significam na operação diária de uma porta de urgência e extraiu deles as decisões que organizam o restante desta proposta.

O percurso parte do município e do seu território, passa pela população usuária e pelo seu perfil de adoecimento, descreve a rede de saúde em que as duas unidades estão inseridas e o lugar que elas ocupam na urgência, caracteriza cada uma delas, examina a demanda que recebem e o apoio diagnóstico que oferecem, compara as duas, reúne os desafios identificados e fecha com o nexo entre cada constatação e a ação proposta. Os dados provêm do instrumento convocatório e de seus anexos, do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 e de fontes oficiais indicadas ao longo do texto.

2.1 O Município de Palmas e o seu território

Palmas é a capital mais jovem do Brasil, fundada em 20 de maio de 1989, e o município mais populoso do Tocantins. O Censo Demográfico de 2022 registrou 302.692 habitantes em um território de 2.227,329 quilômetros quadrados, e a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2024 chegou a 328.499 (IBGE, 2022; PALMAS, 2025). A cidade foi planejada, e isso tem consequência direta sobre a organização dos serviços de saúde: o desenho urbano se estrutura em torno do eixo da Avenida Teotônio Segurado e se divide em Plano Diretor Norte e Plano Diretor Sul, com

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

quadras identificadas por sigla e número em lugar de nomes de rua. Essa divisão organiza também a administração municipal, e a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas distribui a Atenção Primária em três Distritos Administrativos, Norte, Central e Sul (PALMAS, 2025).

Sobre esse território se distribui uma população quase inteiramente urbana, 97,87% segundo o mesmo Censo, percentual superior à média nacional, de 87,1%, e à da Região Norte, de 76,6% (IBGE, 2022). A densidade, porém, é desigual: o eixo central concentra alta ocupação, enquanto distritos como Taquaruçu permanecem rarefeitos. O Censo identificou ainda as comunidades urbanas de maior vulnerabilidade social do município, entre as quais o Taquari, com 10.889 habitantes, a maior do estado, seguido de Irmã Dulce, com 3.884, e Lago Norte, com 2.541 (PALMAS, 2025). São territórios de baixa cobertura de serviços privados e de forte dependência da rede pública, o que concentra a procura por atendimento nas portas de urgência mais próximas.

A essa distribuição se somam dois determinantes sociais que pesam sobre a demanda de urgência. O saneamento avançou no abastecimento de água, com 97,9% de cobertura, mas a coleta de esgoto alcança 78,3% e o tratamento do esgoto coletado fica em 66,8%, o que mantém risco sanitário relevante e sustenta a ocorrência de doenças de veiculação hídrica e de arboviroses. A frota de veículos registrada no município gira em torno de 180 mil unidades, o que ajuda a explicar o peso das causas externas no perfil de adoecimento local (PALMAS, 2025). Palmas é ainda a sede da Região de Saúde Capim Dourado, que reúne catorze municípios, a saber Aparecida do Rio Negro, Fortaleza do Tabocão, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza do Tocantins, São Félix do Tocantins e Tocantínia, de modo que a capacidade instalada na capital não atende apenas aos palmenses.

Quadro 4 - Palmas em números

Indicador	Valor
Área territorial	2.227,329 km²
População, Censo 2022	302.692 habitantes
População estimada para 2024	328.499 habitantes
Grau de urbanização	97,87%
Domicílios particulares permanentes ocupados	106.015
População dependente do Sistema Único de Saúde	entre 70% e 80%
Cobertura de abastecimento de água	97,9%

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Indicador	Valor
Cobertura de coleta de esgoto	78,3%
Tratamento do esgoto coletado	66,8%
Maior comunidade urbana em situação de vulnerabilidade	Taquari, com 10.889 habitantes
Região de Saúde	Capim Dourado, com catorze municípios

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Palmas 2026-2029 e Censo Demográfico 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O território explica, assim, a configuração do objeto deste chamamento. Uma cidade linear, de alta concentração urbana e dividida em dois planos diretores, não se atende com uma única porta de urgência, e é por isso que o certame reúne duas unidades, uma ao norte e outra ao sul do eixo (PALMAS, 2026). A entidade assume essa geografia como premissa de operação: cada unidade recebe equipe, estoque e rotina dimensionados pela demanda do seu próprio lado do eixo e pelo seu calendário de maior procura, e a procura originada fora do município é tratada como componente permanente do planejamento, apurada mês a mês e informada à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, e não como ocorrência excepcional.

2.2 A população usuária e o perfil epidemiológico

Saber quantas pessoas vivem no município é menos útil, para quem vai operar uma porta de urgência, do que saber quantas dependem do serviço público e do que elas adoecem. O Plano Municipal de Saúde estima que entre 70% e 80% da população de Palmas seja inteiramente dependente do Sistema Único de Saúde, percentual que alcança também trabalhadores formais sem cobertura de plano coletivo (PALMAS, 2025). A estrutura etária é jovem: as faixas de 20 a 39 anos concentram 36,7% da população e as pessoas com 60 anos ou mais respondem por 7,63%, o que indica transição demográfica em estágio inicial. População jovem adoece menos de condições crônicas descompensadas e mais de causas externas, e é exatamente isso que os dados de mortalidade e de internação mostram.

A mortalidade confirma esse desenho. As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de óbito em todos os anos da série de 2015 a 2024, com 302 óbitos em 2024 e tendência de crescimento contínuo. Em seguida vêm as causas externas, com 246 óbitos, as neoplasias, com 211, e as doenças do aparelho respiratório, com 157, estas em elevação acentuada no período (PALMAS, 2025). Para uma porta de urgência isso

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

significa que dor torácica, acidente vascular cerebral, trauma e insuficiência respiratória não são eventos ocasionais: são o núcleo do que chega grave, em qualquer turno e em qualquer dia da semana, e é sobre eles que a capacidade de estabilização das duas unidades será efetivamente testada.

As internações hospitalares reforçam a mesma leitura. Em 2024, o capítulo de lesões, envenenamentos e demais consequências de causas externas respondeu por 2.324 internações de residentes em Palmas, atrás apenas do grupo de gravidez, parto e puerpério. As doenças dos aparelhos digestivo, respiratório e circulatório formam o bloco seguinte, e os transtornos mentais e comportamentais mostram tendência de alta desde 2020 (PALMAS, 2025). Trata-se de um perfil que chega primeiro à urgência e só depois ao leito, o que faz da qualidade da avaliação inicial e da solicitação de transferência um fator determinante do desfecho hospitalar.

A vigilância epidemiológica acrescenta um dado que interessa diretamente à operação das duas unidades. A violência autoprovocada é o agravo de notificação compulsória com maior taxa de incidência no município e atingiu o maior valor da série histórica em 2024, com 460,41 casos por cem mil habitantes. Somam-se a ela a intoxicação exógena, com 161,3, os acidentes com animais peçonhentos, com 146,77, e as arboviroses, cuja incidência oscila conforme o ano e a estação, com destaque para a febre de chikungunya, que registrou 384,09 em 2024 (PALMAS, 2025). São agravos que chegam pela porta da urgência e que geram notificação obrigatória ao sistema nacional de agravos de notificação (BRASIL, 2017e).

Quadro 5 - Principais causas de óbito e de internação de residentes em Palmas, 2024

Grupo de causas	Óbitos	Internações
Doenças do aparelho circulatório	302	804
Causas externas de morbidade e mortalidade	246	não aplicável
Lesões, envenenamentos e consequências de causas externas	não aplicável	2.324
Neoplasias	211	1.112
Doenças do aparelho respiratório	157	890
Doenças do aparelho digestivo	70	1.234
Transtornos mentais e comportamentais	10	392
Gravidez, parto e puerpério	2	3.756

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Palmas 2026-2029, a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

O perfil descrito não é neutro para a gestão, porque define o que precisa estar escrito, treinado e disponível em cada plantão: protocolo de dor torácica, de acidente vascular cerebral, de trauma e de insuficiência respiratória, com equipe capacitada para aplicá-los em qualquer turno e em qualquer dia. Define também que a unidade não é apenas um serviço assistencial, e sim um posto avançado de vigilância em saúde, cuja notificação alimenta o sistema municipal e, por meio dele, a série histórica que orienta a política local. Atendimento bem conduzido e mal notificado deixa de existir para a vigilância.

Diante da violência autoprovocada como agravo de maior incidência do município, a entidade estabelece nas duas unidades rotina de acolhimento do usuário em sofrimento psíquico conduzida pelo médico assistente, pelo enfermeiro responsável pelo caso e pelo assistente social de plantão, presente nas vinte e quatro horas, com avaliação de risco de repetição do ato, permanência do usuário em ambiente observado até a definição da conduta e registro integral no prontuário eletrônico, na linha da política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio (BRASIL, 2019). A notificação é emitida no mesmo plantão e o encaminhamento ao serviço de saúde mental de referência do território é formalizado em instrumento escrito, respeitada a legislação de proteção das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001), com comunicação à vigilância epidemiológica municipal no consolidado semanal.

2.3 A Rede de Atenção à Saúde de Palmas

A Atenção Primária de Palmas é extensa e tem cobertura alta, o que define o tipo de demanda que sobra para a urgência. São 34 Unidades de Saúde da Família, organizadas em oito Territórios de Saúde agrupados em três Distritos Administrativos, com 85 equipes de Saúde da Família, 75 equipes de Saúde Bucal, nove polos de equipes multiprofissionais, uma equipe de Consultório na Rua e uma equipe de atenção primária prisional. A cobertura da Estratégia Saúde da Família ficou em 93,11% em 2025 e manteve-se acima de 90% em quase toda a série iniciada em 2020 (PALMAS, 2025). É rede capilarizada, capaz de acompanhar condição crônica e de resolver agudo de baixa complexidade no horário em que funciona.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Há, porém, um dado dessa rede que importa mais do que a cobertura para quem opera urgência, e é o horário de funcionamento. Das 34 unidades, 32 funcionam de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, uma estende o atendimento até as 21h e apenas uma funciona nas vinte e quatro horas (PALMAS, 2025). Fora desse intervalo, e nos fins de semana inteiros, a porta aberta do município são as duas Unidades de Pronto Atendimento. A consequência aparece nos dados de demanda das duas unidades: a procura se desloca para a urgência nos horários em que a Atenção Primária está fechada, inclusive em condições que seriam resolvidas por ela.

A atenção especializada municipal complementa esse arranjo. É prestada pelo Ambulatório Municipal de Atenção à Saúde Dr. Eduardo Medrado, pelos Centros de Atenção Especializada à Saúde Francisca Romana e Dr. Ewaldo Borges Resende, pela Policlínica Taquaralto, pelo Centro de Referência em Fisioterapia da Região Sul e pelos laboratórios municipais de análises clínicas e de patologia clínica. Em 2024, a rede própria registrou 99.168 consultas médicas especializadas e mais de dois milhões de procedimentos diagnósticos (PALMAS, 2025). É para esse conjunto que se encaminha o usuário que precisa de seguimento especializado depois da alta da urgência, e com o qual a contrarreferência das duas unidades precisa dialogar para que o encaminhamento se converta em consulta realizada.

A retaguarda hospitalar pública de Palmas, ao contrário dessa rede, está sob gestão estadual, o que o Plano Municipal de Saúde registra expressamente (PALMAS, 2025). O acesso a esses leitos é regulado pelo Complexo Regulador Estadual, e o Município não dispõe de leitos hospitalares próprios para onde encaminhar diretamente os casos que ultrapassam a capacidade da unidade de pronto atendimento. Essa configuração define o papel das duas unidades: elas ficam entre uma Atenção Primária de cobertura alta que fecha às 19h e uma retaguarda que pertence a outro ente e cujo acesso depende de regulação. É posição de passagem obrigatória, e por isso a capacidade de resolver dentro da própria unidade, e de encaminhar bem o que não se resolve ali, determina o desempenho de toda a rede de urgência do município.

Para ocupar essa posição sem perder o usuário no caminho, a entidade organiza em cada unidade a função de acompanhamento das transferências, exercida pelo enfermeiro designado no plantão, que registra no prontuário eletrônico o horário da

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

decisão médica, formaliza a solicitação ao Complexo Regulador Estadual e acompanha o caso até a definição da vaga, com reavaliação médica a cada seis horas enquanto o usuário aguardar na unidade, conforme o protocolo institucional de articulação com a rede (ASM, 2026). O intervalo entre a decisão médica e o registro da solicitação é mantido em até sessenta minutos, parâmetro do próprio certame, apurado caso a caso pelo núcleo de qualidade da unidade (PALMAS, 2026). A extrapolação do prazo gera análise do caso e plano de ação no mês seguinte, com o resultado consolidado no relatório mensal de execução e monitoramento.

2.4 A Rede de Atenção às Urgências e o lugar das duas unidades

A Rede de Atenção às Urgências de Palmas se organiza em quatro componentes que interessam diretamente a esta proposta: a Atenção Primária, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, as duas Unidades de Pronto Atendimento e a retaguarda hospitalar estadual. Cada um deles entrega ou recebe usuários das duas unidades objeto do certame, na lógica de rede regionalizada que a consolidação das normas do Sistema Único de Saúde estabelece para a atenção às urgências (BRASIL, 2017d) e nos parâmetros assistenciais que regulamentam os sistemas estaduais de urgência e emergência (BRASIL, 2002). Conhecer esses quatro componentes não é exercício descritivo: a unidade de pronto atendimento é o único deles que recebe de todos e entrega para todos, e o seu desempenho depende do que os outros três fazem no mesmo dia.

O componente móvel mostra a dimensão desse fluxo. O SAMU 192 de Palmas recebeu 34.463 chamadas em 2024, das quais 27.292 originadas no próprio município, e realizou 14.243 atendimentos com envio de ambulância, sendo 11.878 por unidade de suporte básico e 2.365 por unidade de suporte avançado. Quanto à natureza das ocorrências, 6.657 foram clínicas, 4.417 decorreram de acidentes de trânsito e de outras causas externas, 1.732 foram psiquiátricas e 529 gineco-obstétricas (PALMAS, 2025). A composição importa tanto quanto o volume: mais de um terço das ocorrências decorre de causa externa e um contingente expressivo é de natureza psiquiátrica, dois perfis que chegam sem agendamento e exigem sala de estabilização pronta e equipe preparada para o usuário em sofrimento psíquico.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

O destino dessas vítimas revela o lugar das duas unidades na rede. Em 2024, o SAMU levou 6.437 pessoas para as Unidades de Pronto Atendimento, 3.103 para a Norte e 3.331 para a Sul, contra 3.830 encaminhadas ao Hospital Geral de Palmas, 559 ao Hospital Dona Regina e 283 ao Hospital Geral de Palmas Infantil, conforme o registro de destinos do atendimento móvel no plano municipal (PALMAS, 2025). As duas unidades recebem, somadas, mais vítimas do atendimento móvel do que qualquer estabelecimento hospitalar isolado do município. Não são, portanto, serviços de menor complexidade na ponta da rede: são o destino preferencial do componente móvel da urgência, e precisam estar permanentemente preparadas para receber usuário grave trazido por ambulância, sem aviso prévio e sem triagem anterior.

Quadro 6 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Palmas, 2024

Indicador	2024
Chamadas recebidas de toda a regional	34.463
Chamadas originadas em Palmas	27.292
Atendimentos com envio de ambulância	14.243
Atendimentos por unidade de suporte básico	11.878
Atendimentos por unidade de suporte avançado	2.365
Ocorrências de natureza clínica	6.657
Acidentes de trânsito e outras causas externas	4.417
Ocorrências psiquiátricas	1.732
Vítimas removidas para as Unidades de Pronto Atendimento	6.437
Vítimas removidas para a UPA Norte	3.103
Vítimas removidas para a UPA Sul	3.331
Vítimas encaminhadas ao Hospital Geral de Palmas	3.830
Vítimas encaminhadas ao Hospital Dona Regina	559

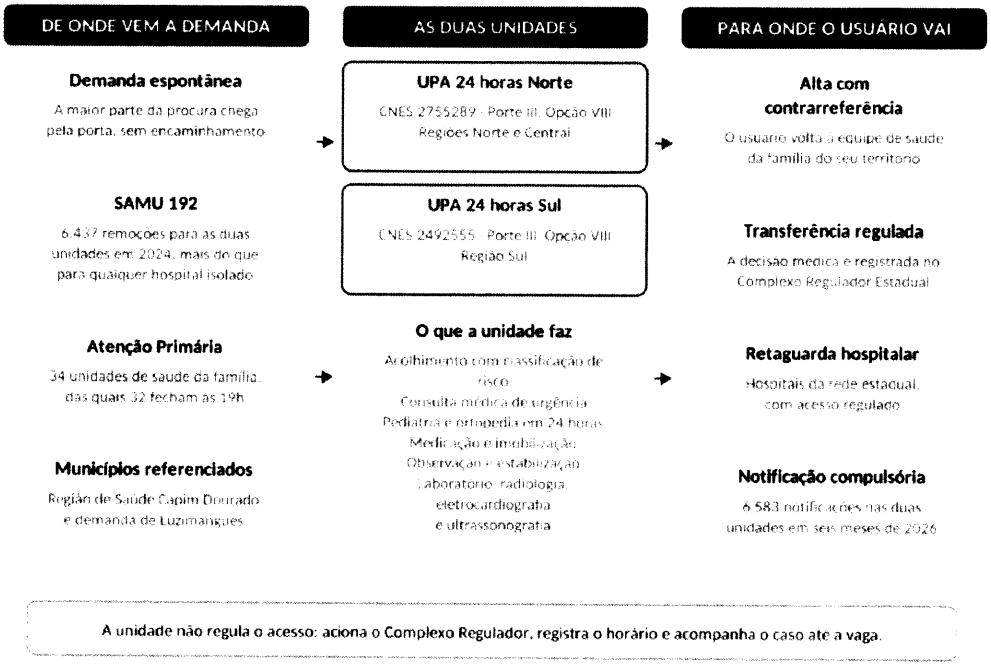
Fonte: Plano Municipal de Saúde de Palmas 2026-2029, a partir dos registros da equipe técnica do SAMU e do painel municipal de informações em saúde.

A abrangência territorial de cada unidade, por sua vez, não é simétrica. A UPA 24 horas Norte atende as regiões Norte e Central da cidade e recebe, além disso, demanda espontânea originada em Luzimangues, distrito de Porto Nacional situado na margem oposta do rio e ligado à capital pela ponte. Esse fluxo tem uma particularidade que merece registro: Porto Nacional não integra a Região de Saúde Capim Dourado, de modo que a procura vinda de Luzimangues não decorre de pactuação regional, e sim da proximidade física e da facilidade de acesso. A UPA 24 horas Sul atende a região Sul e é referência para os municípios indicados na Resolução CIB/TO nº 001/2017, a saber Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia (TOCANTINS, 2017; PALMAS, 2026).

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Todos integram a Região de Saúde Capim Dourado, o que confere a esse fluxo natureza pactuada, distinta da procura espontânea recebida pela unidade Norte.

Figura 3 - A Rede de Atenção às Urgências de Palmas e o lugar das duas unidades



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Termo de Referência e do Plano Municipal de Saúde de Palmas 2026-2029.

As duas unidades não são, assim, equipamentos de alcance estritamente municipal, e o dimensionamento e o fluxo de transferência de cada uma precisam considerar essa diferença. A entidade registra no prontuário eletrônico o município de residência de todo usuário atendido e apura mensalmente, por unidade, o volume de atendimentos a não residentes em Palmas, separando a procura espontânea recebida pela unidade Norte, originada principalmente de Luzimangues, da demanda dos municípios referenciados à unidade Sul pela pactuação regional. O responsável administrativo de cada unidade consolida esse apuramento e o encaminha à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas no relatório mensal de execução e monitoramento, para subsidiar a discussão regional do fluxo. Os casos de não residentes que demandam transferência seguem o mesmo percurso de solicitação ao Complexo Regulador Estadual aplicado aos residentes, sem distinção de prioridade, que é definida exclusivamente pelo risco classificado.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

2.5 A UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado: estrutura, serviços e território de abrangência

A UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, está cadastrada sob o CNES 2755289 e localiza-se na 203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, no Plano Diretor Norte. É habilitada no Porte III, Opção VIII, da Portaria GM/MS nº 10, de 2017, e ocupa área construída de 2.000,88 metros quadrados, dos quais 1.918,05 de área útil (BRASIL, 2017f; PALMAS, 2026). A capacidade instalada compreende área de observação com alas masculina, feminina e pediátrica, sala vermelha com posição reservada à pediatria, área de isolamento, 27 poltronas de medicação, quatro consultórios indiferenciados e três salas de classificação de risco. A unidade conta com cozinha de produção própria, reformada em 2025, e com uma ambulância de suporte básico do Tipo B.

Nessa estrutura são ofertados clínica médica de urgência e pediatria em regime ininterrupto, ortopedia com procedimentos e confecção de aparelhos gessados, acolhimento com classificação de risco, observação e estabilização, laboratório de análises clínicas, radiologia, eletrocardiografia, ultrassonografia implantada em 2026, odontologia de urgência, assistência social, imunização e profilaxias, notificação compulsória e transporte sanitário (PALMAS, 2026). A demanda apurada entre janeiro de 2025 e agosto de 2026 registra média de 392 atendimentos por dia, mediana de 391, percentil 95 de 497 e máximo observado de 590, com a segunda-feira como dia de maior procura e 70% do movimento concentrado no plantão diurno. O percentil 95 e o máximo observado interessam mais do que a média, porque é por eles que se dimensiona a capacidade de pico da unidade.

A composição dessa demanda tem três traços que orientam a gestão da unidade. Os usuários com menos de doze anos somam média mensal de 1.431 atendimentos, ou 12,0% do total, os atendimentos com diagnóstico ortopédico ou traumatológico somam 1.532, ou 12,9%, e um por cento dos usuários deixou a unidade sem aguardar o atendimento médico. O terceiro traço define a gestão mais do que qualquer outro: a média mensal de 11.908 atendimentos supera em 17,6% a referência ministerial de 10.125, mas a competência de menor produção do período registrou 10.375 atendimentos, apenas 2,5% acima do piso (PALMAS, 2026). A margem é confortável na média e estreita no

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

pior mês, e qualquer queda de produção aproxima o resultado do limite que condiciona a parcela variável.

Quadro 7 - Caracterização da UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado

Elemento	Conteúdo
Cadastro	CNES 2755289
Endereço	203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, Plano Diretor Norte
Habilitação	Porte III, Opção VIII, da Portaria GM/MS nº 10/2017
Área construída e área útil	2.000,88 m² e 1.918,05 m²
Área de observação	Alas masculina, feminina e pediátrica, com sala vermelha, nesta uma posição reservada à pediatria
Isolamento	Área própria de isolamento
Poltronas de medicação	27
Consultórios indiferenciados	4
Salas de classificação de risco	3
Nutrição	cozinha de produção própria, reformada em 2025
Transporte sanitário	1 ambulância de suporte básico do Tipo B
Abrangência	regiões Norte e Central, com demanda espontânea de Luzimangues
Atendimentos por dia	média de 392, mediana de 391, percentil 95 de 497 e máximo de 590
Atendimentos por mês	média de 11.908, 17,6% acima da referência ministerial
Menores de doze anos	1.431 por mês, 12,0% dos atendimentos
Diagnóstico ortopédico ou traumatológico	1.532 por mês, 12,9% dos atendimentos
Usuários que não aguardaram o atendimento médico	1,0%
Notificações compulsórias de janeiro a junho de 2026	2.915

Fonte: Anexo I do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A UPA Norte é, assim, a unidade de menor volume e de maior exposição ao risco de meta, e é com esse foco que a entidade organiza a sua gestão. O acompanhamento da produção registrada é diário, com consolidação mensal, a sazonalidade própria da unidade, cujo maior índice ocorre em maio, orienta o calendário de férias e os parâmetros de estoque, e a completude do registro é tratada como condição do resultado, porque ali a diferença entre cumprir e não cumprir a meta cabe em poucas centenas de atendimentos. A conferência diária do registro e a exportação tempestiva da produção são, nessa unidade, medida de proteção do resultado, e não rotina administrativa acessória.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

2.6 A UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar: estrutura, serviços e território de abrangência

A UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar, está cadastrada sob o CNES 2492555 e localiza-se na Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72 e 73, Setor Aureny II. É igualmente habilitada no Porte III, Opção VIII, da Portaria GM/MS nº 10, de 2017, e ocupa área construída de 2.131,47 metros quadrados, com 1.811,39 de área útil (BRASIL, 2017f; PALMAS, 2026). A capacidade instalada compreende área de observação com alas masculina, feminina e pediátrica, esta com posições destinadas a isolamento, além da sala vermelha, somadas 30 poltronas de medicação, cinco consultórios indiferenciados, área própria de isolamento e quatro salas de classificação de risco. A nutrição funciona em regime de porcionamento e distribuição, sem produção própria, e a unidade conta com uma ambulância de suporte básico do Tipo B.

A carteira de serviços é a mesma da unidade Norte: clínica médica de urgência e pediatria em regime ininterrupto, ortopedia com procedimentos e confecção de aparelhos gessados, acolhimento com classificação de risco, observação e estabilização, laboratório de análises clínicas, radiologia, eletrocardiografia, ultrassonografia implantada em 2026, odontologia de urgência, assistência social, imunização e profilaxias, notificação compulsória e transporte sanitário (PALMAS, 2026). A demanda apurada no mesmo período registra média de 455 atendimentos por dia, mediana de 451, percentil 95 de 566 e máximo observado de 645, sendo a segunda-feira também aqui o dia de maior procura e a concentração no plantão diurno igualmente de 70%. A diferença entre as duas unidades não está na oferta de serviços, que é idêntica, e sim no volume e na composição do que chega pela porta.

A composição da demanda, porém, afasta esta unidade da outra. Os usuários com menos de doze anos somam média mensal de 2.327 atendimentos, ou 16,8% do total, os atendimentos com diagnóstico ortopédico ou traumatológico somam 1.935, ou 14,0%, e dois vírgula um por cento dos usuários deixaram a unidade sem aguardar o atendimento médico. A média mensal de 13.836 atendimentos supera em 36,6% a referência ministerial, folga que afasta o risco de descumprimento do piso (PALMAS, 2026). O desafio é de outra ordem e tem três componentes: o volume, porque ela atende quase dois

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

mil usuários a mais por mês do que a Norte; a composição, porque quase um em cada seis usuários tem menos de doze anos; e a evasão, mais do que o dobro do percentual verificado na outra unidade.

Quadro 8 - Caracterização da UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar

Elemento	Conteúdo
Cadastro	CNES 2492555
Endereço	Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72 e 73, Setor Aureny II
Habilitação	Porte III, Opção VIII, da Portaria GM/MS nº 10/2017
Área construída e área útil	2.131,47 m² e 1.811,39 m²
Área de observação	Alas masculina, feminina e pediátrica, com sala vermelha e área própria de isolamento
Isolamento	Área própria de isolamento
Poltronas de medicação	30
Consultórios indiferenciados	5
Salas de classificação de risco	4
Nutrição	porcionamento e distribuição
Transporte sanitário	1 ambulância de suporte básico do Tipo B
Abrangência	região Sul e municípios referenciados pela Resolução CIB/TO nº 001/2017
Atendimentos por dia	média de 455, mediana de 451, percentil 95 de 566 e máximo de 645
Atendimentos por mês	média de 13.836, 36,6% acima da referência ministerial
Menores de doze anos	2.327 por mês, 16,8% dos atendimentos
Diagnóstico ortopédico ou traumatológico	1.935 por mês, 14,0% dos atendimentos
Usuários que não aguardaram o atendimento médico	2,1%
Notificações compulsórias de janeiro a junho de 2026	3.668

Fonte: Anexo I do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A UPA Sul é, portanto, a unidade de maior volume, maior pressão pediátrica e maior perda de usuários na espera, e é a esses três pontos que a entidade dirige a sua organização. A unidade recebe capacidade pediátrica instalada nas vinte e quatro horas, com ambiente separado do fluxo adulto, percurso ortopédico próprio que não ocupa consultório de clínica médica e vigilância ativa sobre quem está aguardando, com reavaliação por cor de classificação e informação periódica ao usuário, porque é na espera que a unidade perde o usuário antes de atendê-lo. A separação do fluxo pediátrico e a informação periódica a quem aguarda são, nesta unidade, as duas medidas de maior efeito sobre o resultado contratual.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

2.7 Perfil da demanda assistencial, distribuição horária e sazonalidade

A demanda das duas unidades foi apurada a partir da série de janeiro de 2025 a agosto de 2026, e é sobre ela, e não sobre a meta mínima de produção, que o dimensionamento desta proposta foi construído, como o próprio certame determina ao vedar o uso das metas quantitativas como base de cálculo de equipe (PALMAS, 2026). A escolha não é formal: a meta é um piso contratual, a demanda é o que efetivamente chega à porta, e dimensionar pelo piso produziria equipe insuficiente nas duas unidades desde o primeiro mês de execução. A série de vinte meses é longa o bastante para distinguir tendência de oscilação, e é dela que saem os parâmetros de cálculo adotados por esta proposta.

Duas medidas distintas aparecem nesses dados e não se somam nem se comparam. O atendimento é o episódio do usuário, contado da classificação de risco até o desfecho. O registro de produção médica é cada ato médico lançado no sistema, e um mesmo episódio gera mais de um registro quando há reavaliação, avaliação pediátrica ou avaliação ortopédica. A média mensal de atendimentos é de 11.900 na unidade Norte e de 13.800 na Sul, enquanto os registros de produção médica chegam a 19.000 e 22.000 (PALMAS, 2026). Dimensionar pela segunda medida superestima a equipe e confundir as duas distorce qualquer cálculo, razão pela qual esta proposta usa atendimentos para equipe e registros de produção apenas para consumo de insumos e de serviços de apoio.

Quadro 9 - Parâmetros de referência de produção das duas unidades

Parâmetro	Unidade de contagem	Norte mensal	Norte anual	Sul mensal	Sul anual
Atendimento	atendimento	11.900	142.800	13.800	165.600
Atendimento médico registrado	registro de produção médica	19.000	228.000	22.000	264.000
Atendimento de demanda espontânea	atendimento	11.000	132.000	12.000	144.000
Acolhimento com classificação de risco	atendimento	12.000	144.000	14.000	168.000
Reavaliação médica	registro de produção médica	4.300	51.600	3.900	46.800
Atendimento médico em pediatria	registro de produção médica	2.700	32.400	3.700	44.400
Atendimento médico em ortopedia	registro de produção médica	340	4.080	290	3.480
Procedimentos de apoio diagnóstico	procedimento	15.000	180.000	14.500	174.000

Fonte: Quadro 4 do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

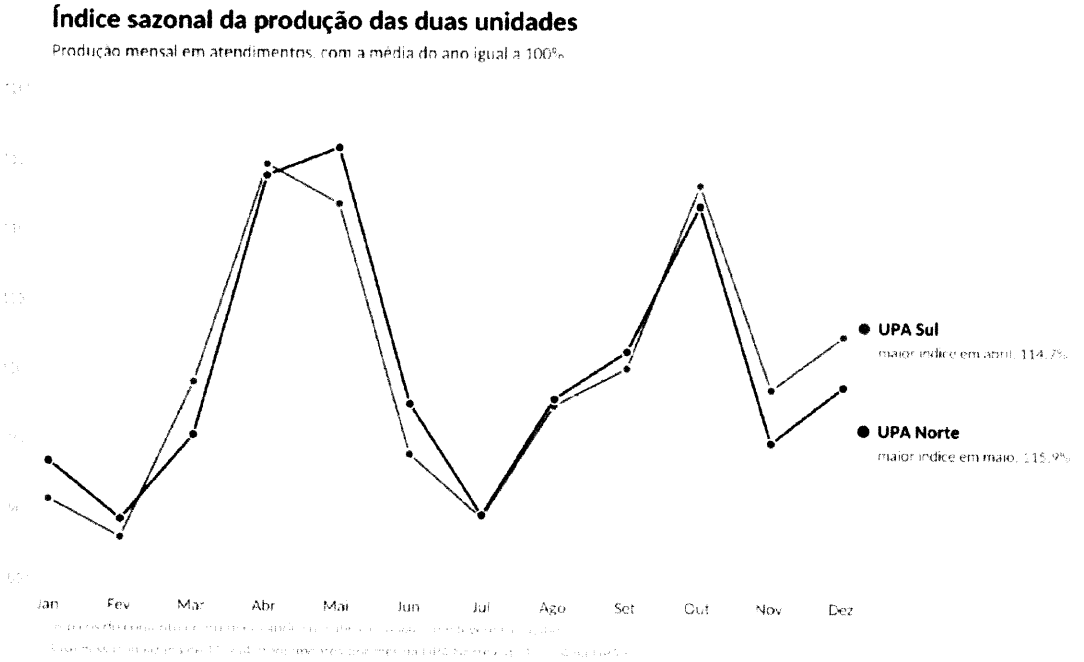
(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A distribuição ao longo do dia é desigual e repetida. Setenta por cento da demanda se concentra no plantão diurno, das 7h às 19h, com pico entre as 8h e as 10h e vale entre as 3h e as 5h, e a segunda-feira é, nas duas unidades, o dia de maior procura, resultado previsível do fechamento da Atenção Primária no fim de semana (PALMAS, 2026). Esse padrão não é ruído estatístico: é a informação que permite escalonar a equipe por turno em lugar de distribuí-la igualmente ao longo das vinte e quatro horas, e é o que orienta a diferença de cobertura entre o plantão diurno e o noturno nas duas unidades, bem como o reforço de recepção e de classificação de risco nas primeiras horas da manhã.

A sazonalidade ao longo do ano acrescenta uma segunda camada de variação, e aqui as duas unidades não se comportam igual. No conjunto, os picos ocorrem em abril, com índice de 114,3%, e em outubro, com 112,5%, e os vales em fevereiro, com 88,6%, e em julho, com 89,6%. Olhando unidade por unidade, porém, o maior índice da Norte ocorre em maio, com 115,9%, e o da Sul em abril, com 114,7% (PALMAS, 2026). A diferença importa, e não é detalhe: planejar férias, estoque e escala pela média das duas unidades expõe cada uma delas exatamente no seu próprio mês de pico.

Figura 4 - Sazonalidade mensal da demanda nas duas unidades



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Quadro 3 do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

A base dessazonalizada, que é o parâmetro adequado para o cálculo da equipe, fica em 11.954 atendimentos mensais na unidade Norte e 13.954 na Sul. Entre o mês de vale e o mês de pico a variação chega a 27 pontos percentuais, o equivalente a aproximadamente três mil atendimentos mensais na Sul e dois mil e setecentos na Norte (PALMAS, 2026). É uma oscilação que não se absorve com hora extra: absorve-se com banco de cobertura previsto na escala, estoque calibrado pelo mês de pico de cada unidade e cronograma de férias que evita abril, maio e outubro. A demanda, em resumo, é alta, previsível no dia e na semana, e distinta entre as unidades no ano. Nada disso é surpresa que se descubra no mês em que acontece.

Essa previsibilidade é a principal oportunidade de gestão identificada nos dados, porque permite antecipar o reforço em lugar de reagir à fila, e os instrumentos que a convertem em decisão têm responsável e calendário definidos. O banco de cobertura da escala, o calendário de férias e os parâmetros de estoque de cada unidade são elaborados pelo responsável administrativo em conjunto com os Responsáveis Técnicos Médico e de Enfermagem, revisados em março de cada ano e aprovados pela direção da unidade. O banco de cobertura é dimensionado para absorver a variação entre o mês de vale e o mês de pico de cada unidade, o calendário de férias evita abril, maio e outubro, e os parâmetros de ponto de ressuprimento e de estoque mínimo são calibrados pelo mês de maior demanda de cada unidade, maio na unidade Norte e abril na unidade Sul, com conferência mensal pelo almoxarife e validação do responsável administrativo.

2.8 Perfil do apoio diagnóstico e da produção assistencial

O apoio diagnóstico é o que determina, mais do que a consulta, o tempo que o usuário permanece na unidade. O indicador de desempenho do certame fixa permanência média máxima de duas horas para quem não realiza exames e de seis horas para quem realiza, de modo que o desempenho do laboratório e da radiologia pesa diretamente no resultado da parceria e, por consequência, na parcela variável do repasse (PALMAS, 2026). Exame que demora não atrasa apenas um usuário: ocupa leito de observação, prolonga a espera de quem ainda não foi atendido e desloca o tempo de toda a fila subsequente. O tempo de resposta do apoio diagnóstico é, por isso, um indicador de porta, e não um indicador restrito ao setor que executa o exame.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A produção acumulada de janeiro de 2024 a maio de 2026, somadas as duas unidades, chegou a 867.319 procedimentos. O laboratório de análises clínicas responde por 616.165, ou 71,0% do total, e a radiologia por 193.726, ou 22,3%. Completam o conjunto os testes rápidos, com 51.668, a coleta de material, com 3.149, e os métodos diagnósticos em especialidades, com 2.611 (PALMAS, 2026). A concentração em duas modalidades mostra onde a gestão do tempo de resposta precisa ser mais rigorosa. Mais de nove em cada dez procedimentos de apoio nascem do laboratório e da radiologia, de modo que ganho de minutos nessas duas modalidades se converte diretamente em redução do tempo de permanência, ao passo que atraso nelas contamina o indicador das duas unidades ao mesmo tempo.

Quadro 10 - Produção de apoio diagnóstico das duas unidades, janeiro de 2024 a maio de 2026

Modalidade	Procedimentos	Participação
Laboratório de análises clínicas	616.165	71,0%
Radiologia	193.726	22,3%
Testes rápidos	51.668	6,0%
Coleta de material	3.149	0,4%
Métodos diagnósticos em especialidades	2.611	0,3%
Total	867.319	100,0%

Fonte: Quadro 5 do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

Duas ofertas foram implantadas recentemente e ainda estão em fase de incorporação à rotina. A ultrassonografia, implantada em 2026, registrou 201 exames entre junho e julho daquele ano, 74 na unidade Norte e 127 na Sul. A pediatria, no período de 12 de abril a 30 de junho de 2026, registrou 16.676 atendimentos, 7.064 na Norte e 9.612 na Sul, e a ortopedia, no mesmo intervalo, registrou 1.665 atendimentos, 892 na Norte e 773 na Sul (PALMAS, 2026). Esses números dizem duas coisas. A primeira é que a ultrassonografia tem produção muito abaixo do que a capacidade de um plantão diário de seis horas permitiria, o que indica margem de incorporação ao fluxo de decisão clínica, especialmente nos quadros abdominais e nas urgências gineco-obstétricas. A segunda é que a pediatria já opera em volume expressivo desde a implantação e, na unidade Sul, responde por parcela da demanda que exige ambiente separado do fluxo adulto.

O apoio diagnóstico instalado é, portanto, suficiente em capacidade e desigual em aproveitamento, e é sobre esse desequilíbrio que a entidade age. A ultrassonografia é

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

incorporada ao fluxo de decisão clínica das duas unidades mediante critérios escritos de indicação nas urgências abdominais, nas urgências gineco-obstétricas e na avaliação de coleções e de vias urinárias, divulgados ao corpo clínico no treinamento introdutório e revisados anualmente pelo Responsável Técnico Médico. A solicitação é registrada no prontuário eletrônico pelo médico assistente, executada pelo médico ultrassonografista no plantão diurno de seis horas e laudada no mesmo plantão, com comunicação imediata de achado crítico ao médico solicitante e registro dessa comunicação no prontuário, porque exame realizado e laudo não visto a tempo tem o mesmo efeito de exame não realizado. O número de exames realizados por mês em cada unidade é acompanhado pelo coordenador do apoio diagnóstico e reportado no relatório mensal de execução e monitoramento.

2.9 Síntese comparativa da capacidade instalada e da produção

As duas unidades têm a mesma habilitação, a mesma carteira de serviços e a mesma cobertura médica mínima exigida pelo certame, e reuni-las sob uma única gestão permite padronizar protocolo, treinamento, compra e indicador, com ganho direto de escala, de comparabilidade entre as duas operações e de uniformidade na formação das equipes (PALMAS, 2026). Mas elas não são iguais em volume, em composição de demanda nem em estrutura, e tratá-las como se fossem é o erro que esta proposta procura evitar. A gestão conjunta só produz ganho real se preservar a diferença entre as unidades naquilo que ela efetivamente muda a decisão operacional.

Quadro 11 - Comparação entre a UPA 24 horas Norte e a UPA 24 horas Sul

Elemento	UPA Norte	UPA Sul
Área útil	1.918,05 m²	1.811,39 m²
Sala vermelha	Com posição reservada à pediatria	Sem posição reservada à pediatria
Isolamento	Área própria de isolamento	Área própria de isolamento, com posições na ala pediátrica
Poltronas de medicação	27	30
Consultórios indiferenciados	4	5
Salas de classificação de risco	3	4
Nutrição	produção própria	porcionamento
Atendimentos por dia, média	392	455
Atendimentos por dia, percentil 95	497	566
Atendimentos por dia, máximo	590	645
Atendimentos por mês, média	11.908	13.836
Folga sobre a referência ministerial	17,6%	36,6%

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Elemento	UPA Norte	UPA Sul
Pior competência da série	10.375, 2,5% acima do piso	sem competência próxima do piso
Menores de doze anos	12,0%	16,8%
Diagnóstico ortopédico ou traumatológico	12,9%	14,0%
Usuários que não aguardaram o atendimento médico	1,0%	2,1%
Mês de maior sazonalidade	maio, 115,9%	abril, 114,7%
Notificações compulsórias, janeiro a junho de 2026	2.915	3.668
Origem da demanda externa	espontânea, de Luzimangues	pactuada, cinco municípios da CIB

Fonte: Anexo I e Quadros 3 e 4 do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

A comparação revela quatro diferenças com consequência operacional. A unidade Norte tem menos consultórios e menos salas de classificação, tem sala vermelha de maior capacidade, com posição reservada à pediatria, tem cozinha própria e opera com margem estreita sobre o piso de produção no seu pior mês. A unidade Sul tem mais estrutura de atendimento, maior volume, maior proporção pediátrica e ortopédica, maior evasão na espera e demanda pactuada de cinco municípios. Por isso a entidade mantém protocolo único para as duas e decide por unidade o que depende desses números: escala, calendário de férias, parâmetros de estoque, fluxo pediátrico e vigilância da sala de espera.

2.10 Desafios identificados para a gestão das duas unidades

A leitura dos dados permite nomear os problemas que a gestão vai enfrentar. Eles não são hipóteses: cada um decorre de um número apurado na série histórica das unidades ou no Plano Municipal de Saúde, e cada um recebe resposta própria, com responsável nominado, rotina definida e indicador que permite verificar se funcionou (PALMAS, 2025; PALMAS, 2026). São nove desafios, e a ordem em que aparecem acompanha o peso que têm sobre o resultado da parceria. Todos foram identificados antes do início da execução, o que permite tratá-los como risco previsto, com medida preventiva definida, e não como ocorrência a ser administrada depois de produzir efeito sobre o usuário.

O primeiro é a margem estreita de produção da unidade Norte. Com a pior competência da série a apenas 2,5% do piso de atendimentos, qualquer queda de registro, indisponibilidade de sistema ou redução de capacidade aproxima o resultado do limite que condiciona a parcela variável (PALMAS, 2026). A resposta não é produzir mais

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

atendimento, porque a demanda não se cria por decisão da gestão: é garantir que todo atendimento prestado seja registrado e exportado corretamente, e acompanhar isso diariamente. O faturista da unidade extrai todos os dias, até as dez horas, o relatório de atendimentos registrados no prontuário eletrônico no dia anterior, confere a completude dos campos exigidos para a exportação ao sistema de informações ambulatoriais e registra o resultado em planilha de acompanhamento diário validada pelo responsável administrativo.

Esse acompanhamento diário só se transforma em proteção se houver gatilho antes de a meta cair. A faixa de alerta interna é de onze mil atendimentos registrados no acumulado do mês, nível em que o responsável administrativo comunica a direção da unidade no mesmo dia e abre plano de ação com reforço da conferência de registro e verificação de indisponibilidade de sistema. A taxa de completude do registro é mantida em patamar igual ou superior a noventa e oito por cento, meta interna de gestão mais exigente do que o mínimo contratual, apurada mensalmente e informada à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas no relatório mensal de execução e monitoramento.

O segundo desafio é a evasão antes do atendimento médico, de 1,0% na unidade Norte e 2,1% na Sul. Em números absolutos, são aproximadamente 119 usuários por mês na Norte e 290 na Sul que chegam, são classificados e vão embora sem serem atendidos (PALMAS, 2026). Esses episódios comprometem o cuidado, consomem estrutura sem desfecho e afetam a satisfação do usuário, que é indicador contratual. A resposta é a vigilância ativa da sala de espera, atribuída ao enfermeiro classificador de plantão, que reavalia presencialmente o usuário classificado nas cores amarela, verde e azul nos intervalos fixados por cor, registra a reavaliação no prontuário eletrônico e comunica ao médico de plantão qualquer agravamento, conforme o protocolo institucional de classificação de risco da entidade (ASM, 2026b).

A vigilância da espera se completa com informação ao usuário, porque quem desiste quase sempre desistiu por não saber quanto tempo faltava. O usuário que não atende à chamada é procurado nominalmente antes do registro de ausência, e o recepcionista informa, a cada trinta minutos, a ordem de atendimento e o tempo estimado de espera por cor de classificação. O indicador é o percentual de usuários que deixam a unidade sem atendimento médico, com meta interna de gestão de até um e meio por cento

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

na unidade Norte e de até dois por cento na Sul, apurado diariamente pelo coordenador de enfermagem e consolidado no relatório mensal, com plano de ação obrigatório sempre que o resultado ultrapassar a meta.

O terceiro desafio é a pressão pediátrica da unidade Sul, onde 16,8% dos atendimentos envolvem menores de doze anos (PALMAS, 2026). Criança em fila de adulto é risco clínico e fonte de conflito com o acompanhante, e a proporção verificada exige fluxo pediátrico com classificação, consultório, medicação e observação próprios. A entidade implanta na unidade Sul, nos primeiros trinta dias de execução, fluxo pediátrico com ambiente de classificação de risco, consultório, posições de medicação e leitos de observação identificados para menores de doze anos, operado nas vinte e quatro horas por médico pediatra de plantão, enfermeiro e técnicos de enfermagem designados por escala nominal, cabendo ao enfermeiro coordenador do plantão manter a separação entre os fluxos pediátrico e adulto, com as prioridades que a legislação da criança e do adolescente assegura (BRASIL, 1990).

O quarto desafio é a demanda ortopédica e traumatológica, de 12,9% na unidade Norte e 14,0% na Sul, patamar que o certame trata como mínimo e não como teto (PALMAS, 2026). Com cobertura de ortopedia dimensionada no quadro de pessoal de cada unidade, o percurso do usuário com trauma precisa ser organizado para que a imobilização, a radiografia e o reencaminhamento não travem o restante do atendimento. Esse usuário segue percurso próprio da classificação de risco à sala de imobilização e à radiologia, acompanhado pelo técnico de enfermagem da imobilização, de modo que a confecção do aparelho gessado não ocupe consultório de clínica médica, e o tempo entre a solicitação e a entrega do laudo radiológico é monitorado pelo coordenador do apoio diagnóstico.

O quinto desafio é a dependência de retaguarda hospitalar sob gestão de outro ente, com acesso regulado. A unidade não decide a vaga; decide a qualidade e a tempestividade da sua solicitação, e é só essa parte que lhe pode ser cobrada. O parâmetro de até sessenta minutos entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual mede justamente o que é da unidade, e por isso a entidade o acompanha caso a caso, com análise individual de toda extrapolação e plano de ação no mês seguinte (PALMAS, 2026).

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

O sexto desafio é o volume de notificação compulsória, 2.915 na unidade Norte e 3.668 na Sul no primeiro semestre de 2026, somado ao fato de a violência autoprovocada ser o agravo de maior incidência do município (PALMAS, 2025; PALMAS, 2026). A unidade precisa tratar a notificação como parte do atendimento, e não como tarefa administrativa posterior. A emissão é atribuída ao médico assistente e ao enfermeiro responsável pelo caso, que a lançam no sistema de informação de agravos de notificação no mesmo plantão em que o caso é identificado, com registro do número da notificação no prontuário eletrônico, na forma da consolidação das normas sobre os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017e).

A conferência dessa emissão é diária e tem responsável definido. A referência técnica de vigilância em saúde de cada unidade confere todos os dias a correspondência entre os diagnósticos notificáveis registrados no prontuário e as notificações efetivamente emitidas, corrige a divergência no mesmo dia e encaminha o consolidado semanal à vigilância epidemiológica municipal. O indicador interno de gestão é o número absoluto de divergências apuradas na conferência diária, consolidado mensalmente pela própria referência técnica e levado à direção da unidade, de modo que subnotificação não se descubra meses depois, na análise de série histórica. A correção no mesmo dia preserva tanto a notificação quanto a conduta clínica que ela deveria ter desencadeado.

O sétimo desafio é a variação sazonal própria de cada unidade, com amplitude de 27 pontos percentuais entre o mês de vale e o mês de pico (PALMAS, 2026). Escala, estoque e férias planejados pela média das duas unidades expõem cada uma exatamente no mês em que ela mais precisa de capacidade, e é por isso que o calendário de férias, o banco de cobertura e os parâmetros de ressuprimento são definidos unidade por unidade, tendo o mês de maior demanda de cada uma como referência de cálculo, e nunca a média do conjunto.

O oitavo desafio é o horário da Atenção Primária, que fecha às 19h em trinta e duas das trinta e quatro unidades de saúde da família do município (PALMAS, 2025). Isso transforma as duas portas de urgência em único acesso noturno e de fim de semana, inclusive para condições que a Atenção Primária resolveria, e faz da contrarreferência qualificada uma necessidade, não uma formalidade. A entidade emite contrarreferência à Atenção Primária para todo usuário que recebe alta com necessidade de seguimento, em

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

instrumento padronizado assinado pelo médico assistente, gerado no prontuário eletrônico no momento da alta e entregue ao usuário, com encaminhamento à unidade de saúde de referência do território em até vinte e quatro horas da alta, sob responsabilidade do assistente social de plantão (ASM, 2026).

A emissão da contrarreferência é conferida semanalmente pelo coordenador administrativo, e o indicador é o percentual de altas com necessidade de seguimento que geraram contrarreferência enviada no prazo, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa por cento, apurado mensalmente e informado no relatório mensal de execução e monitoramento. O nono desafio, por fim, é a transição contratual. A assunção de duas unidades de Porte III que atendem, somadas, cerca de 850 usuários por dia não admite interrupção, e o Despacho nº 495/2026-RELT3 do Tribunal de Contas do Estado do Tocantins fixou parâmetros para esse período (TOCANTINS, 2026). O plano de transição desta proposta responde a isso com faseamento e marcos verificáveis.

São nove desafios concretos, todos mensuráveis, e nenhum deles se resolve com declaração de intenção. Cada um foi vinculado a uma rotina com responsável nominado, a um prazo e a um indicador cujo resultado chega à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas no relatório mensal de execução e monitoramento, de maneira que o Gestor da Parceria possa verificar, mês a mês, se o problema identificado nos dados está sendo efetivamente enfrentado. É esse encadeamento entre dado apurado, rotina com responsável e indicador reportado que converte diagnóstico em compromisso verificável, e nenhum dos nove desafios foi deixado sem a sua contrapartida operacional.

2.11 A visita técnica às unidades

A Associação Saúde em Movimento realizou a visita técnica às duas unidades no dia 7 de outubro de 2026, previamente agendada junto à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas. O Atestado de visita técnica às UPAs 24 horas Norte e Sul integra o Anexo XLIX. A verificação em campo confirmou os elementos de capacidade instalada considerados no dimensionamento, entre eles os três ambientes de classificação de risco, os quatro consultórios indiferenciados, as vinte e sete poltronas de medicação, os trinta e cinco leitos de observação e a cozinha de produção própria da UPA 24 horas Norte. A

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

visita foi acompanhada por servidor indicado pela Secretaria e percorreu as áreas assistenciais, de apoio e administrativas da unidade.

Na UPA 24 horas Sul, a verificação confirmou os quatro ambientes de classificação de risco, os cinco consultórios indiferenciados, as trinta poltronas de medicação, os trinta e oito leitos de observação e o regime de porcionamento e distribuição. O que foi observado quanto a leiaute, circulação e condição dos equipamentos relacionados no inventário das unidades orientou o faseamento do plano de transição e o plano anual de manutenção predial e de equipamentos. A conferência em campo permitiu também confirmar os percursos de material, de roupa e de resíduo considerados no desenho dos fluxos internos de cada unidade.

2.12 Nexo entre a realidade descrita e as ações propostas

Descrever a realidade só tem sentido se a descrição produzir decisão, e cada dado apurado nas duas unidades foi tratado como ponto de partida de uma ação determinada. O quadro a seguir liga cada constatação apurada nas duas unidades à ação correspondente, ao responsável por executá-la e ao indicador pelo qual o seu efeito será verificado ao longo da execução da parceria.

Quadro 12 - Nexo entre a realidade identificada e as ações propostas

Realidade identificada	Ação proposta	Verificação
Margem de 2,5% sobre o piso de produção na pior competência da unidade Norte	Monitoramento diário da produção registrada e conferência de exportação para o sistema oficial, com alerta interno antes de a meta cair	Metas quantitativas de atendimentos e de acolhimentos com classificação de risco
Evasão de 1,0% e 2,1% dos usuários antes do atendimento médico	Vigilância ativa da sala de espera, reclassificação periódica de quem aguarda e busca ativa por chamada nominal	Tempo porta-médico por cor da classificação e satisfação do usuário
Menores de doze anos em 12,0% e 16,8% dos atendimentos	Fluxo pediátrico com classificação, consultório, medicação e observação próprios, e pediatra em regime ininterrupto nas duas unidades	Tempo porta-médico e tempo médio de permanência
Diagnóstico ortopédico ou traumatológico em 12,9% e 14,0% dos atendimentos	Percurso definido para o usuário com trauma, articulando classificação, imobilização, radiologia e avaliação ortopédica	Tempo médio de permanência para usuários com exames

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Realidade identificada	Ação proposta	Verificação
Retaguarda hospitalar sob gestão estadual, com acesso regulado	Rotina de acionamento da regulação com registro do horário da decisão médica e acompanhamento da solicitação até o desfecho	Tempo entre a decisão de transferência e o registro no Complexo Regulador Estadual
Volume elevado de notificação compulsória e violência autoprovocada como principal agravo do município	Notificação integrada ao atendimento, com referência técnica de vigilância e conferência periódica	Completude do registro e relatórios de vigilância à Secretaria Municipal da Saúde
Variação sazonal de 27 pontos percentuais, com mês de pico distinto em cada unidade	Escala com banco de cobertura, estoque calibrado pelo pico de cada unidade e cronograma de férias que evita abril, maio e outubro	Tempo porta-médico e tempo médio de permanência nos meses de pico
Atenção Primária com funcionamento até as 19h em trinta e duas das trinta e quatro unidades	Contrarreferência com instrumento próprio, prazo contado da alta e indicador interno de envio	Indicadores próprios de contrarreferência e retorno não programado em até 48 horas
Retorno não programado à mesma unidade como indicador contratual	Revisão das altas com retorno, análise de causa e ajuste de conduta e de orientação ao usuário	Retorno não programado à mesma unidade em até 48 horas
Assunção de duas unidades de Porte III sem interrupção assistencial	Plano de transição faseado em pré-assunção, assunção, estabilização e consolidação, com marcos de 30, 60 e 90 dias	Marcos do cronograma de implantação e continuidade das escalas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O nexo é este: a proposta não parte de um modelo de gestão genérico aplicável a qualquer unidade de pronto atendimento. Parte de duas unidades identificadas, com volume apurado, composição de demanda conhecida, estrutura descrita, abrangência territorial delimitada e fragilidades nomeadas uma a uma, e organiza cada ação, cada responsável e cada indicador a partir desses dados, todos do próprio certame (PALMAS, 2026).

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Figura 5 - Da realidade constatada à ação, com o indicador que a verifica

Da realidade constatada à ação, com o indicador que a verifica

Constatação	Unidade	Ação da ASM	Indicador e meta
Margem estreita sobre a meta de produção	Norte	Conferência diária do registro e da exportação ao sistema oficial, pelo faturista	Atendimentos registrados no mês, com alerta interno abaixo de 11.000
Usuário que sai sem atendimento médico	Ambas	Vigilância ativa da espera, reclassificação periódica de quem aguarda e chamada nominal	Tempo porta-médico por cor da classificação e satisfação do usuário
Proporção pediátrica de 16,8%	Sul	Fluxo pediátrico próprio nas 24 horas, com classificação, consultório, medicação e observação identificados	Tempo porta-médico e tempo médio de permanência
Demanda ortopédica e traumatológica	Ambas	Percurso ortopédico com analgesia precoce, radiologia e imobilização sem ocupar consultório clínico	Analgesia em até 30 minutos da classificação em 90% dos casos
Dependência de retaguarda hospitalar regulada	Ambas	Registro do horário da decisão médica e acompanhamento da solicitação até o desfecho	Decisão médica até o registro na regulação em 60 minutos, com meta interna de 30
Volume de notificação compulsória	Ambas	Notificação no mesmo plantão e conferência diária pela referência técnica de vigilância	Completude do registro, com alerta interno em 98%
Sazonalidade própria de cada unidade	Norte em maio, Sul em abril	Banco de cobertura, calendário de férias e estoque calibrados pelo mês de pico da unidade	Cumprimento da escala e ausência de ruptura de estoque
Retorno não programado em 48 horas	Ambas	Revisão semanal dos retornos pelo Responsável Técnico Médico, com classificação de causa	Retorno de até 20%, com alerta interno em 17%

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

3 AÇÕES A EXECUTAR E PRAZOS DE EXECUÇÃO

A Associação Saúde em Movimento se obriga ao seguinte conjunto: o que vai executar e em que prazos. Cada elemento decorre da realidade descrita nesta proposta e cada um deles é verificável.

As ações aparecem organizadas por eixo de gestão, com o responsável, a rotina e o registro de cada uma, de modo que nenhuma atividade do escopo fique sem dono. Os prazos aparecem em cronograma com marco, produto verificável e responsável, de modo que o cumprimento possa ser conferido etapa a etapa e não por declaração de andamento.

3.1 Síntese das ações a executar por eixo de gestão

A execução das duas unidades reúne atividades de naturezas muito diferentes, da classificação de risco à manutenção predial, e todas elas precisam funcionar ao mesmo tempo para que a porta permaneça aberta. Uma unidade de pronto atendimento raramente falha por falta de um grande recurso: falha quando um exame atrasa, quando falta um

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

item de farmácia, quando um posto de escala fica descoberto ou quando um equipamento crítico para sem que alguém responda por ele. A Associação Saúde em Movimento organiza o escopo definido para a parceria em oito eixos de gestão, e cada eixo tem responsável nomeado na estrutura da unidade, rotina com periodicidade expressa em dias, turnos ou horas, instrumento de registro e ponto de conferência (PALMAS, 2026). Não há eixo sem dono, e não há dono sem registro do que faz.

Figura 6 - Os oito eixos de gestão das UPAs 24 horas Norte e Sul



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

O primeiro eixo é a assistência e o fluxo do usuário, sob responsabilidade do Responsável Técnico Médico e do Responsável Técnico de Enfermagem. Compreende o acolhimento com classificação de risco em sala própria, o atendimento médico em clínica médica, pediatria e ortopedia nas vinte e quatro horas, a assistência de enfermagem, a estabilização, a observação com limite de vinte e quatro horas, a reavaliação periódica, os procedimentos de pequena complexidade, as imobilizações e os aparelhos gessados, o atendimento odontológico de urgência, a assistência social, a imunização e as profilaxias, e a alta ou o encaminhamento regulado (PALMAS, 2026). A norma que disciplina o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento é a referência desse arranjo e exige presença médica ininterrupta e responsabilidade técnica identificada (CFM, 2014).

A rotina desse eixo tem três momentos fixos. A passagem de plantão ocorre às sete e às dezenove horas, com repasse nominal dos usuários em observação e das

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

pendências de exame e de regulação. O round interdisciplinar acontece duas vezes ao dia na área de observação, conduzido pelo médico plantonista com o enfermeiro assistencial e o assistente social, e define para cada usuário a conduta, a previsão de desfecho e o responsável pela próxima ação (ASM, 2026d). A conferência da sala de espera é horária e cabe ao enfermeiro classificador, que reclassifica quem aguarda há mais tempo do que o tempo-alvo da sua cor e chama nominalmente quem não respondeu à senha (ASM, 2026b). Tudo isso é registrado no prontuário eletrônico, e a direção local recebe o relatório das vinte e quatro horas todas as manhãs.

O segundo eixo é o apoio diagnóstico e terapêutico, sob responsabilidade do coordenador de apoio diagnóstico de cada unidade, e reúne laboratório de análises clínicas, testes rápidos, radiologia, ultrassonografia, eletrocardiografia, coleta, acondicionamento, transporte e processamento de material biológico. A regra operacional é exigente: todo exame nasce com tempo de resposta comprometido conforme a cor da classificação do usuário, e o laudo é disponibilizado no prontuário eletrônico por profissional habilitado. Resultado crítico não espera o laudo, porque quem o identifica comunica imediatamente o médico assistente, registra em prontuário o horário da comunicação e o nome de quem recebeu, e a ocorrência entra no relatório do turno. O painel do dia seguinte mostra quantos exames ultrapassaram o tempo comprometido e em qual etapa, para que a causa seja corrigida onde ela está, e não no exame seguinte.

O terceiro eixo é a assistência farmacêutica e os insumos, sob responsabilidade do farmacêutico, e abrange aquisição, armazenamento, controle, dispensação e rastreabilidade de medicamentos, inclusive os sujeitos a controle especial, além do fornecimento de material médico-hospitalar, material de radiologia, gases medicinais e equipamentos de proteção individual. O estoque trabalha com ponto de ressuprimento e estoque mínimo calculados sobre o consumo histórico de cada unidade e corrigidos pelo índice sazonal da própria unidade, de modo que a compra de março antecipe o pico de abril na UPA 24 horas Sul e a de abril antecipe o pico de maio na UPA 24 horas Norte (PALMAS, 2026). A conferência de validade é semanal, a de inventário é mensal e a escrituração dos medicamentos de controle especial é diária. Toda ruptura de item, mesmo resolvida no mesmo dia, gera registro de ocorrência com causa identificada, porque ruptura repetida é problema de parâmetro de compra e não de azar.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

O quarto eixo é o apoio técnico, logístico e hoteleiro, sob responsabilidade do coordenador administrativo da unidade, e reúne higienização e desinfecção das áreas internas e externas, controle de pragas, processamento de materiais na Central de Material e Esterilização, rouparia e lavanderia, enxoval e uniformes, alimentação e nutrição com responsável técnico nutricionista nas duas unidades, vigilância patrimonial ininterrupta, gerenciamento dos resíduos dos grupos A, B, D e E, almoxarifado, apoio administrativo nas vinte e quatro horas e transporte sanitário (PALMAS, 2026). O processamento de produtos para saúde observa os requisitos de boas práticas da legislação sanitária, e o gerenciamento dos resíduos observa as boas práticas da norma sanitária específica (ANVISA, 2012; ANVISA, 2018).

Cada um desses serviços tem periodicidade escrita e supervisão registrada. A higienização é verificada por lista de verificação assinada por turno e por área, com periodicidade diferenciada segundo o risco de contaminação. A esterilização tem monitoramento físico, químico e biológico com registro por carga. A rouparia opera por fluxo unidirecional com pesagem de entrada e de saída, e os resíduos são pesados por grupo e registrados em manifesto. O transporte sanitário mantém tripulação dedicada de condutor de veículo de urgência e técnico de enfermagem por plantão, nas vinte e quatro horas, com controle diário de quilometragem e de combustível e lista de verificação do veículo e dos materiais de bordo antes de cada turno. Esses registros são conferidos pelo coordenador administrativo, que responde por eles perante a direção local.

O quinto eixo é a infraestrutura, as utilidades e a manutenção, sob responsabilidade do coordenador administrativo com apoio da engenharia clínica corporativa da entidade. Compreende a manutenção predial preventiva e corretiva nas áreas predial, hidráulica, elétrica e de proteção contra descargas atmosféricas, a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares e administrativos, a engenharia clínica com inventário, calibração e controle de conformidade, e a contratação e o custeio de energia elétrica, telefonia e internet (PALMAS, 2026). A unidade opera com plano anual de manutenção preventiva por equipamento, construído a partir do inventário recebido na vistoria de assunção e dos manuais dos fabricantes, e com sistema de chamados que registra data e hora da abertura, prazo de atendimento conforme a criticidade e data do encerramento. Equipamento parado em área crítica tem prazo próprio

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

de atendimento e aciona plano de contingência imediato, com remanejamento do equipamento reserva. Permanecem a cargo da entidade a manutenção das instalações hidráulicas internas, a limpeza dos reservatórios e a análise de potabilidade da água, com laudo arquivado.

O sexto eixo é a gestão de pessoas e a educação permanente, sob responsabilidade do coordenador administrativo com apoio da área corporativa de recursos humanos. Compreende a seleção impessoal e documentada, a contratação, a integração, a escala ininterrupta, a cobertura de ausências, a avaliação de desempenho, a saúde e a segurança ocupacional, o cadastramento e a atualização de todos os profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o programa permanente de educação em saúde, na forma da política de recursos humanos e do manual de recrutamento e seleção da entidade (ASM, 2024b; ASM, 2024c). A escala do mês seguinte é publicada até o dia vinte e cinco do mês anterior e afixada em mural de ampla visibilidade, com nome, especialidade e horário de entrada e de saída de cada profissional (PALMAS, 2026).

A cobertura de ausência não depende de improviso, porque há escala de sobreaviso por categoria e banco de cobertura dimensionado, e o posto descoberto é comunicado à direção local no mesmo turno. A conferência mensal, atribuída ao coordenador administrativo, compara a base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com as escalas, os registros de frequência e a folha de pagamento, porque profissional que atende sem estar cadastrado produz atendimento que não se sustenta na prestação de contas (BRASIL, 2017e). Divergência apontada nessa conferência tem prazo de quarenta e oito horas para regularização, e o seu resultado é levado pela direção local à reunião semanal de gestão.

O sétimo eixo é a qualidade, a segurança do paciente e a vigilância em saúde, sob responsabilidade da área de qualidade e informação da unidade, articulada ao Núcleo de Segurança do Paciente. Reúne as comissões e os núcleos obrigatórios, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica com referência técnica própria, a ouvidoria articulada à Ouvidoria do SUS Municipal, a pesquisa de satisfação e a notificação compulsória, com as ações que o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a norma sanitária de segurança do paciente em serviços de saúde determinam (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013). Cada instância tem cronograma anual

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

com reunião em data fixa, pauta previamente distribuída e ata com deliberações, responsáveis e prazos, e a execução das deliberações é verificada na reunião seguinte.

A notificação compulsória é tratada como parte do atendimento, e não como tarefa posterior. O profissional que identifica o agravo preenche a ficha no momento do atendimento, a referência técnica de vigilância confere diariamente as notificações do dia anterior e a transmissão aos sistemas oficiais é verificada semanalmente, com relatório mensal à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas (BRASIL, 2017e). O volume registrado nas duas unidades no primeiro semestre de 2026, de 2.915 notificações na UPA 24 horas Norte e 3.668 na UPA 24 horas Sul, mostra que essa conferência diária não é formalidade administrativa, e sim condição para que a vigilância epidemiológica municipal receba dado útil (PALMAS, 2026).

O oitavo eixo é a gestão, a informação, a governança e a prestação de contas, sob responsabilidade da direção local com apoio das áreas corporativas de controladoria e de tecnologia da informação. Compreende o prontuário eletrônico, o sistema de gestão integrado ao controle de estoques, de custos e de serviços de apoio, a alimentação dos sistemas oficiais de informação em saúde, o faturamento registrado no CNPJ da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, o acesso da Secretaria aos bancos de dados e às imagens de monitoramento em tempo real, a publicização na forma da legislação das parcerias, e os relatórios e as prestações de contas (BRASIL, 2014; PALMAS, 2026).

O calendário desse último eixo é rígido, com fechamento da competência até o quinto dia útil, conferência corporativa até o décimo e relatório mensal protocolado até o dia vinte. A apuração de custos é feita por centro de custo e por unidade desde o primeiro mês, na forma do manual de prestação de contas da entidade, porque relatório financeiro construído apenas no fechamento do trimestre não permite corrigir desvio dentro do trimestre (ASM, 2024f). O resultado dessa apuração é conferido pela controladoria corporativa antes do protocolo do relatório mensal, e divergência entre o registrado no sistema de gestão e o apurado por centro de custo é tratada antes do fechamento, e não na prestação de contas.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 13 - Ações a executar por eixo de gestão, com responsável, rotina e produto verificável

Eixo	Responsável na unidade	Rotina de verificação	Produto verificável
Assistência e fluxo do usuário	Responsável Técnico Médico e Responsável Técnico de Enfermagem	Passagem de plantão a cada 12 horas; round interdisciplinar duas vezes ao dia; conferência da sala de espera a cada hora	Registro no prontuário eletrônico com as cinco cores da classificação, horário da classificação, horário do primeiro atendimento médico e desfecho
Apoio diagnóstico e terapêutico	Coordenador de apoio diagnóstico	Painel diário de exames fora do tempo comprometido; registro imediato de resultado crítico	Laudo de profissional habilitado no prontuário eletrônico dentro do tempo de resposta comprometido
Assistência farmacêutica e insumos	Farmacêutico responsável técnico	Escrituração diária dos medicamentos de controle especial; conferência semanal de validade; inventário mensal	Controle informatizado de estoque, livro de controle especial e registro de ocorrência de ruptura com causa
Apoio técnico, logístico e hoteleiro	Coordenador administrativo	Lista de verificação de higienização por turno e por área; monitoramento por carga na esterilização; pesagem dos resíduos; lista de verificação do veículo antes de cada turno	Listas de verificação assinadas, registros de monitoramento da esterilização, manifesto de resíduos e controle de quilometragem e combustível
Infraestrutura, utilidades e manutenção	Coordenador administrativo, com engenharia clínica corporativa	Plano anual de manutenção preventiva por equipamento; sistema de chamados com prazo por criticidade	Ordens de serviço, laudos de calibração, análises de potabilidade e relatório de chamados
Gestão de pessoas e educação permanente	Coordenador administrativo, com apoio corporativo de recursos humanos	Publicação da escala até o dia 25; comunicação do posto descoberto no mesmo turno; conferência mensal entre CNES, escala, frequência e folha	Escala afixada em mural, conferência mensal documentada e registros de capacitação com tema, carga horária e participantes
Qualidade, segurança do paciente e vigilância em saúde	Área de qualidade e informação, com o Núcleo de Segurança do Paciente	Reuniões das instâncias em data fixa, com verificação das deliberações anteriores; conferência diária das notificações do dia anterior	Atas com deliberações, responsáveis e prazos; notificações transmitidas; relatórios de ouvidoria e da pesquisa de satisfação
Gestão, informação, governança e prestação de contas	Direção local, com controladoria e tecnologia da informação corporativas	Fechamento da competência até o 5º dia útil; conferência corporativa até o 10º; protocolo do relatório até o dia 20	Relatórios mensal e trimestral, prestações de contas parcial e final e página pública da parceria

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do escopo definido no Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

Os oito eixos cobrem integralmente o escopo e nenhum deles depende de recurso, de estrutura ou de decisão estranha ao que a parceria prevê. A verificação de cada um é mensal e tem caminho único: o responsável nomeado consolida os seus registros, a direção local os confere na reunião semanal de gestão e o resultado chega à Secretaria

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Municipal da Saúde de Palmas no relatório mensal de execução e monitoramento (PALMAS, 2026). Eixo que não produz registro verificável é tratado como não executado, e o seu responsável responde por plano de ação com causa, medida corretiva e prazo. As metas e os indicadores tratados adiante incidem principalmente sobre o primeiro eixo, mas o seu resultado depende dos oito, porque exame atrasado, farmácia desabastecida, escala descoberta ou sistema indisponível aparecem, todos, no tempo que o usuário espera.

3.2 Prazos de execução e cronograma geral

A parceria vigora por doze meses contados da assinatura, prorrogável por termo aditivo até o limite de sessenta meses, sem prorrogação automática (BRASIL, 2014; PALMAS, 2026). Dentro desses doze meses há dois tempos distintos, e confundi-los é a origem da maior parte dos problemas de uma assunção: o tempo da assunção, que vai da assinatura ao nonagésimo dia e precisa acontecer sem qualquer interrupção da assistência, e o tempo da execução ordinária, que vai do quarto ao décimo segundo mês. A vigência é contada da assinatura, e não da publicação, o que antecipa para a véspera da assinatura todas as providências que a execução pressupõe.

A assunção é conduzida por uma equipe de transição que a entidade mobiliza antes da assinatura e mantém nas unidades durante os noventa primeiros dias. Ela reúne um coordenador de transição, que responde pelo cronograma e pela interlocução com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, os profissionais indicados para a direção local de cada unidade, que assumem desde o primeiro dia, e especialistas corporativos de recursos humanos, suprimentos, tecnologia da informação, engenharia clínica, controladoria e qualidade, que permanecem em campo pelo tempo necessário à implantação da sua área e depois seguem acompanhando à distância. A equipe se reúne diariamente nos trinta primeiros dias e semanalmente depois disso, e o status é reportado à Secretaria em relatório semanal, até as dezoito horas de toda sexta-feira, nos noventa primeiros dias.

A fase de pré-assunção começa com a convocação para a assinatura. Nela a entidade apresenta o Plano de Trabalho, abre a conta bancária específica e a conta do fundo de provisão trabalhista, publica os processos seletivos, inicia o contato com a

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

gestão em exercício para a transferência ordenada de informações e prepara a implantação do prontuário eletrônico. A fase de assunção corresponde aos trinta primeiros dias de execução e tem uma prioridade acima de todas: nenhum plantão fica descoberto. As escalas assistenciais são mantidas sem solução de continuidade desde o primeiro turno, com aproveitamento prioritário dos profissionais em exercício que atendam aos requisitos, seleção complementar já concluída e equipe de reserva mobilizada para a primeira semana.

Em paralelo, correm nessa mesma fase o inventário e a vistoria dos bens com representante da Secretaria, a transferência de estoques com contagem conjunta, a continuidade dos contratos essenciais até a mobilização plena, a transferência da titularidade das unidades consumidoras de energia e de telecomunicações, o cadastramento de todos os profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o treinamento introdutório e a comunicação a usuários, trabalhadores, fornecedores e demais pontos da rede. A fase de estabilização vai do trigésimo primeiro ao sexagésimo dia e consolida o que foi montado: o quadro de pessoal completo, a instalação das comissões e dos núcleos com a primeira reunião de cada um, as rotinas dos serviços de apoio com as suas listas de verificação em uso, e a primeira rodada completa de apuração dos onze componentes do IN 2 com a taxa de completude de cada indicador.

A fase de consolidação vai do sexagésimo primeiro ao nonagésimo dia e encerra o ciclo com a auditoria interna do registro, a calibração das faixas de alerta a partir do comportamento real de cada unidade, a conclusão do plano anual de manutenção e a preparação da primeira avaliação trimestral. O faseamento observa os parâmetros de transição fixados pelo Tribunal de Contas do Estado do Tocantins para as duas unidades (TOCANTINS, 2026). Cada fase encerra com relatório próprio, de modo que a passagem de uma para a seguinte seja verificável, e não apenas cronológica.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Figura 7 - As quatro fases da assunção das unidades



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

Quadro 14 - Cronograma de implantação por fase, com marcos e produtos

Fase	Período	Principais marcos	Produto verificável
Pré-assunção	Da convocação à assinatura	Apresentação do Plano de Trabalho; mobilização da equipe de transição; abertura da conta bancária específica e da conta do fundo de provisão trabalhista; publicação dos processos seletivos; contato com a gestão em exercício; preparação da implantação do prontuário eletrônico	Plano de Trabalho aprovado, comprovantes de abertura das contas e editais de seleção publicados
Assunção	Dias 1 a 30	Continuidade integral das escalas assistenciais desde o primeiro turno; inventário e vistoria dos bens com representante da Secretaria; transferência de estoques com contagem conjunta; continuidade dos contratos essenciais; transferência da titularidade das unidades consumidoras; implantação do prontuário eletrônico com capacitação; cadastramento de todos os profissionais no CNES; treinamento introdutório; comunicação a usuários, trabalhadores, fornecedores e rede	Termos de Permissão de Uso assinados com inventário conferido; escalas publicadas em mural; CNES atualizado; primeiro relatório mensal
Estabilização	Dias 31 a 60	Consolidação do quadro de pessoal; instalação das comissões e dos núcleos com a primeira reunião de cada um; rotinas dos serviços de apoio em uso, com listas de verificação; primeira rodada completa de apuração dos indicadores; início da pesquisa de satisfação	Atas de instalação das instâncias; painel de indicadores com taxa de completude; instrumento de pesquisa submetido à Comissão de Monitoramento e Avaliação

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Fase	Período	Principais marcos	Produto verificável
Consolidação	Dias 61 a 90	Auditoria interna do registro; calibração das faixas de alerta interno; conclusão do plano anual de manutenção; entrega do regulamento de compras e contratações e do manual de gestão de pessoas, dentro dos 45 dias da assinatura; preparação da primeira avaliação trimestral	Relatório de auditoria interna; plano anual de manutenção; comprovante de entrega dos regulamentos
Execução ordinária	Mês 4 ao mês 12	Operação em regime permanente; aferição mensal e consolidação trimestral dos indicadores; execução do cronograma das comissões e do programa de educação permanente; prestação de contas parcial ao final do exercício	Relatórios mensais e trimestrais; prestações de contas; resultados dos indicadores por unidade

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do capítulo de transição e continuidade da assistência do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

Sobre esse cronograma incide um calendário fixo de obrigações, que não depende da fase e se repete ao longo de toda a vigência. O relatório mensal de execução e monitoramento é entregue até o dia vinte do mês subsequente à competência e condiciona a liberação da parcela seguinte. O relatório trimestral consolidado é entregue até o dia vinte do mês subsequente ao trimestre. A prestação de contas parcial é apresentada em até noventa dias contados do encerramento do exercício e a prestação de contas final em até noventa dias contados do término da vigência (BRASIL, 2014; PALMAS, 2026). O demonstrativo analítico dos profissionais de enfermagem para fins do complemento do piso nacional é encaminhado até o quinto dia útil de cada mês, e o extrato da conta do fundo de provisão trabalhista é enviado trimestralmente.

O mesmo calendário fixa obrigações voltadas ao usuário e à transparência. A escala médica e multiprofissional é publicada mensalmente em mural de ampla visibilidade, com nome, especialidade e horário de entrada e de saída de cada profissional. As reclamações relativas aos serviços são respondidas em até quinze dias corridos, e qualquer incidente de segurança da informação é comunicado em até vinte e quatro horas do seu conhecimento, na forma da política de segurança da informação da entidade e da legislação de proteção de dados (BRASIL, 2018; ASM, 2024g). O controle do cumprimento de cada prazo é do responsável administrativo de cada unidade, com verificação da controladoria corporativa no fechamento mensal.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 15 - Calendário permanente de obrigações e prazos

Obrigação	Prazo
Relatório mensal de execução e monitoramento	Até o dia 20 do mês subsequente à competência
Relatório trimestral consolidado de execução e monitoramento	Até o dia 20 do mês subsequente ao trimestre
Prestação de contas parcial	Até 90 dias contados do encerramento do exercício
Prestação de contas final	Até 90 dias contados do término da vigência
Demonstrativo analítico dos profissionais de enfermagem para o complemento do piso nacional	Até o 5º dia útil de cada mês
Extrato da conta do fundo de provisão para despesas trabalhistas	Trimestral
Regulamento de compras e contratações e manual de gestão de pessoas	Até 45 dias contados da assinatura
Comunicação das aquisições de bens móveis realizadas com recursos da parceria	Até 30 dias após a aquisição
Publicação da escala médica e multiprofissional em mural	Mensal
Resposta às reclamações relativas aos serviços	Até 15 dias corridos
Comunicação de incidente de segurança da informação	Até 24 horas do conhecimento
Manifestação sobre o resultado da apuração trimestral	15 dias úteis da notificação

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Termo de Referência, do Sistema de Repasse e do Sistema de Prestação de Contas do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

Os recursos são repassados em doze parcelas mensais, com a primeira liberada em até cinco dias úteis contados da assinatura e do início da execução e as demais até o décimo dia útil de cada mês de referência. Não há parcela específica de mobilização, de modo que os custos de assunção estão diluídos ao longo da vigência. A liberação de cada parcela depende da apresentação do último relatório mensal exigível, da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária da entidade e da inexistência de relatório ou de prestação de contas pendente (PALMAS, 2026). A entidade mantém controle próprio dessas condicionantes, com alerta interno quinze dias antes do vencimento de cada certidão, porque parcela retida por certidão vencida é interrupção de fluxo de caixa que recai sobre a folha de pagamento.

O cumprimento desse cronograma é verificado marco a marco, e não por declaração de andamento. O coordenador de transição encaminha à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas relatório semanal de status da assunção, até as dezoito horas de toda sexta-feira, nos noventa primeiros dias, com o estágio de cada marco, os desvios identificados, as medidas adotadas e os responsáveis, e relatório de encerramento de cada fase em até cinco dias úteis do seu término. A periodicidade e o conteúdo podem ser ampliados a critério da Secretaria, sem prejuízo desse mínimo assumido pela entidade.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

O cronograma apresentado não contém margem reservada para ajuste posterior. Ele foi construído a partir do que o chamamento fixa e do que a assunção de duas unidades de Porte III, que atendem juntas cerca de oitocentos e cinquenta usuários por dia, efetivamente exige. É o compromisso que a Associação Saúde em Movimento assume e sobre o qual aceita ser medida desde o primeiro mês de execução. Os marcos estão datados, os responsáveis estão identificados e o reporte é semanal nos noventa primeiros dias e mensal depois disso, de maneira que qualquer atraso apareça na semana em que ocorre.

4 ÁREA DE ATIVIDADE FA.1

Esta parte da proposta trata do que acontece dentro das duas unidades todos os dias. Até aqui a Associação Saúde em Movimento descreveu quem é, qual realidade vai enfrentar, a que metas se obriga e como assume as unidades sem interromper a assistência. A partir daqui descreve a operação: como o usuário percorre a unidade, como os materiais e as roupas circulam, como os resíduos saem, como o prontuário nasce e é guardado, que regras governam a unidade, a enfermagem e o corpo clínico, que tecnologia sustenta o registro, que protocolos orientam a conduta clínica, que rotinas regem o almoxarifado, a farmácia, o patrimônio e o transporte sanitário, que controles governam a administração e as contas, e que projetos ampliam a resolutividade sem custo adicional.

Há um critério comum a todos esses itens. Não basta descrever o processo correto; é preciso dizer quem o executa, em que momento, com que instrumento, onde o ato fica registrado, quem confere, que indicador mede o resultado e o que acontece quando ele falha. Um fluxo que existe apenas no papel não protege o usuário nem sustenta a prestação de contas. Por isso cada item desta parte foi escrito de modo que um coordenador recém-contratado consiga, lendo apenas aquele item, colocar o processo para funcionar já no primeiro plantão.

O conteúdo é comum às duas unidades, porque a carteira de serviços, a habilitação e a cobertura médica mínima são idênticas. Onde a estrutura física, a composição da demanda ou o fluxo diferem, a diferença aparece em subseção própria, identificada pela unidade a que se refere.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Fluxos operacionais

V.1.1 Fluxo assistencial do usuário, do acolhimento à alta ou transferência

O fluxo assistencial é o processo mais importante de uma unidade de pronto atendimento, porque é dele que dependem todos os indicadores contratuais e, antes deles, a segurança de quem chega. Em uma unidade que recebe demanda espontânea vinte e quatro horas por dia, sem agendamento e sem triagem prévia na rede, a ordem de atendimento não pode ser definida pela hora de chegada, pela insistência do acompanhante ou pelo conhecimento pessoal de alguém da equipe. Ela é definida pelo risco, apurado por enfermeiro em avaliação registrada, ressalvadas as prioridades asseguradas em lei. É esse o problema a resolver todos os dias nas UPAs 24 horas Norte e Sul.

Esse desenho decorre de normas que já governam o atendimento de urgência no Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Humanização institui o acolhimento com classificação de risco como diretriz do atendimento de urgência (BRASIL, 2017c), e a Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, define o modelo assistencial das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (BRASIL, 2017f). A classificação de risco é ato privativo do enfermeiro, em sala específica, nos termos da Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021 (COFEN, 2021), e o serviço médico observa a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014, que trata do funcionamento das unidades de pronto atendimento e da responsabilidade técnica (CFM, 2014). A inserção na Rede de Atenção às Urgências segue as normas de consolidação das redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017d).

Duas definições delimitam o início e o fim do episódio. O conceito de alta é o da Portaria GM/MS nº 312, de 30 de abril de 2002: o ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada, seja por alta propriamente dita, transferência externa, evasão, desistência do tratamento ou óbito. Todo o percurso é registrado em prontuário, documento único por usuário, na forma da Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002 (CFM, 2002). Essa definição importa porque é o ato de alta

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

que encerra o episódio para efeito de registro, e é o prontuário que documenta o percurso inteiro, do acolhimento ao desfecho.

Fixados o início e o fim do episódio, resta a regra que ordena quem é atendido antes dentro dele. As prioridades legais convivem com a classificação de risco sem anulá-la. A pessoa idosa, nos termos da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), a criança e o adolescente, na forma da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990), a pessoa com deficiência, na forma da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (BRASIL, 2015), e a gestante e a lactante, na forma da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000), têm atendimento prioritário dentro da sua cor de classificação, e não acima dela.

A consequência dessa regra precisa ser dita com clareza a quem espera. Quem é classificado como azul e tem prioridade legal é atendido antes dos demais azuis, e não passa à frente de um amarelo. Essa explicação é dada pela recepção ao acompanhante e repetida pelo enfermeiro classificador ao final da classificação, porque a maior parte do conflito na espera nasce dessa confusão. O percurso é o mesmo nas duas unidades. A estrutura física difere: três salas de classificação de risco, quatro consultórios indiferenciados, trinta e cinco leitos de observação, dos quais seis de estabilização e dois de isolamento, vinte e sete poltronas de medicação na UPA 24 horas Norte, contra quatro salas, cinco consultórios, trinta e oito leitos de observação, dos quais quatro de estabilização e dois de isolamento, e trinta poltronas de medicação na UPA 24 horas Sul.

Quadro 16 - Estrutura física dedicada ao fluxo assistencial, por unidade

Ambiente	UPA 24 horas Norte	UPA 24 horas Sul
Recepção e cadastro	Posto de recepção com acolhimento presencial, chamada nominal e prioridade assegurada por lei	Posto de recepção com acolhimento presencial, chamada nominal e prioridade assegurada por lei
Salas de classificação de risco	3	4
Consultórios indiferenciados	4	5
Sala de estabilização, sala vermelha	Com posição reservada à pediatria	Sem posição reservada à pediatria
Área de observação	Alas masculina, feminina e pediátrica	Alas masculina, feminina e pediátrica
Isolamento	Área própria de isolamento	Área própria de isolamento
Poltronas de medicação	27	30
Sala de imobilização ortopédica	Sim, com confecção de aparelhos gessados	Sim, com confecção de aparelhos gessados

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Ambiente	UPA 24 horas Norte	UPA 24 horas Sul
Apoio diagnóstico no mesmo turno	Laboratório, radiologia, eletrocardiografia e ultrassonografia	Laboratório, radiologia, eletrocardiografia e ultrassonografia
Odontologia de urgência	Sim	Sim
Transporte sanitário	1 ambulância de suporte básico do Tipo B, com garagem própria	1 ambulância de suporte básico do Tipo B, com garagem própria

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Anexo I do Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

A equipe que executa o fluxo compreende, nas duas unidades, clínica médica de urgência, pediatria, ortopedia e ultrassonografia na cobertura médica, e enfermeiros e técnicos de enfermagem na cobertura assistencial, em plantão diurno das sete às dezenove horas e noturno das dezenove às sete, nos quantitativos do quadro de pessoal de cada unidade. Cada etapa gera lançamento com horário no prontuário eletrônico, de modo que a execução seja verificável sem depender de memória de plantão. A supervisão é do Responsável Técnico Médico e do Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade, e o resultado consolidado do fluxo, com os indicadores pactuados e a completude dos registros que os sustentam, chega à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas no relatório mensal de execução e monitoramento até o dia 20 do mês seguinte (PALMAS, 2026).

V.1.1.1 Descrição do percurso do usuário desde a recepção até a alta, a transferência para outro serviço ou o óbito, com identificação dos pontos de decisão e dos profissionais responsáveis por cada etapa

O percurso começa antes do primeiro contato com um profissional de saúde. Ele começa na porta, quando o usuário entra e precisa saber para onde ir, e a dúvida nesse instante produz dois efeitos ruins, o deslocamento errado e a demora em ser visto por quem pode avaliar gravidade. A sinalização das duas unidades indica, em linguagem simples e com apoio visual, o caminho da recepção, da classificação de risco, dos consultórios, da sala de medicação e dos banheiros. A chamada do usuário é feita por voz e por nome completo, reforçada pela comunicação visual da área de espera, de maneira que a pessoa com deficiência auditiva ou visual seja alcançada pela chamada e o acompanhante saiba a quem ela se dirige.

A primeira etapa formal é a abertura do episódio pela recepção, e é dela que depende tudo o que será medido depois. O recepcionista identifica o usuário, confere

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

documento e Cartão Nacional de Saúde e abre o episódio no prontuário eletrônico, registrando nome completo, nome social quando informado, data de nascimento, nome da mãe, endereço, município de residência e telefone de contato. O município de residência é campo obrigatório e tem finalidade assistencial e de gestão, porque é ele que permite distinguir, no relatório mensal, a demanda de Palmas da demanda vinda de Luzimangues e dos municípios referenciados pela Comissão Intergestores Bipartite (TOCANTINS, 2017). Sem esse campo preenchido, a unidade perde a capacidade de demonstrar a origem da procura que atende.

Aberto o episódio, o sistema gera automaticamente a entrada na fila da classificação de risco, e não existe outro caminho de acesso ao consultório. O usuário recebe senha e a orientação de que será chamado para a avaliação de enfermagem em instantes, e não para a consulta médica, distinção que evita frustração na espera e reduz a procura do balcão por informação. Há uma exceção, e ela é tratada como regra escrita. Quando o usuário chega em situação de gravidade evidente, trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, por terceiros ou pelos próprios meios, a recepção não é a primeira etapa: ele segue diretamente à sala de estabilização, e o cadastro é feito em paralelo, por profissional administrativo deslocado para isso, com registro do horário real de entrada.

A etapa que define a ordem de todo o atendimento é o acolhimento com classificação de risco, conduzido pelo enfermeiro classificador em sala específica, com privacidade, em tempo compatível com a gravidade, no contexto do Processo de Enfermagem (COFEN, 2024) e segundo o protocolo institucional da entidade (ASM, 2025; ASM, 2025b). A avaliação reúne a escuta da queixa, o exame dirigido, a aferição dos sinais vitais, a avaliação da dor por escala, a glicemia capilar quando indicada, a oximetria de pulso e a aplicação dos discriminadores do protocolo adotado. Ao final, o enfermeiro atribui uma das cinco cores de prioridade, registra a cor, o horário da classificação, os sinais vitais aferidos e a justificativa clínica da cor atribuída, e orienta o usuário e o acompanhante sobre o significado daquela classificação e sobre o tempo estimado de espera.

Esse registro é o marco inicial dos indicadores de tempo da parceria, e por isso o campo de horário é preenchido pelo próprio sistema, no momento do salvamento, e não

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

digitado manualmente (PALMAS, 2026). A cor atribuída determina o destino imediato. O usuário classificado como vermelho não aguarda em nenhuma hipótese: é conduzido à sala de estabilização e o médico é acionado por chamada direta, com registro do horário do acionamento e do horário do primeiro atendimento. O classificado como laranja é encaminhado ao consultório com prioridade sobre os demais ou diretamente à sala de estabilização, conforme a avaliação do enfermeiro e a disponibilidade do posto. Os classificados como amarelo, verde e azul aguardam em sala de espera sob vigilância ativa, organizados por ordem de prioridade e, dentro de cada cor, por horário de classificação e pelas prioridades asseguradas em lei.

A sala de espera não é um lugar neutro do percurso: é onde o usuário pode piorar sem que ninguém perceba, e por isso ela é percorrida de hora em hora pelo enfermeiro classificador, com rotina própria descrita adiante. Chamado ao consultório, o usuário é recebido pelo médico, que realiza anamnese e exame físico, formula hipótese diagnóstica registrada com o código da Classificação Internacional de Doenças e define a conduta. A conduta pode ser a prescrição e a alta imediata, a prescrição de medicação ou procedimento na própria unidade, a solicitação de exames, o encaminhamento à imobilização ortopédica, o encaminhamento à odontologia de urgência, a admissão em observação ou a decisão de transferência. A prescrição é eletrônica, legível e identificada com o nome do profissional e o registro no conselho, e a orientação de alta é emitida no mesmo ato, no consultório, para que o usuário não precise retornar ao balcão apenas para receber papéis.

A partir do atendimento médico o percurso se ramifica, e cada ramo tem rotina própria e responsável nominado. Na sala de medicação, o técnico de enfermagem confere a prescrição com os nove certos da administração de medicamentos, confirma a identificação do usuário por dois identificadores, administra, registra o horário e observa a resposta, cabendo ao enfermeiro a supervisão e a responsabilidade pelas medicações de maior risco. No apoio diagnóstico, o exame é solicitado com prioridade herdada da cor da classificação, a coleta ocorre no ponto mais próximo do usuário e a liberação do laudo dispara aviso ao médico assistente, de modo que nenhum resultado fique disponível sem que alguém o veja. Resultado crítico é comunicado de imediato, com registro do horário e do nome de quem recebeu.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

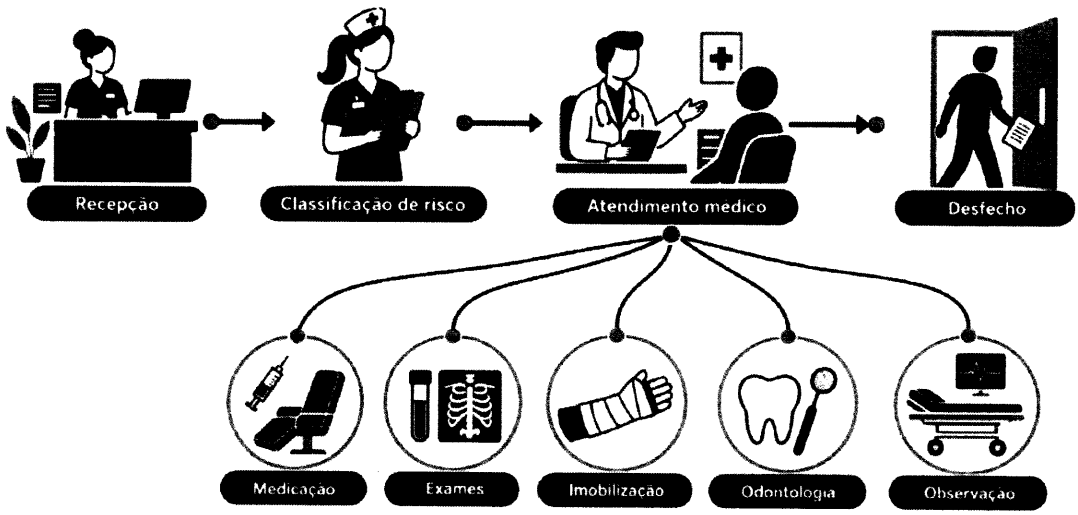
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Os demais ramos completam a capacidade resolutiva da unidade e seguem a mesma lógica de prescrição, execução e registro. Na sala de imobilização, o técnico de imobilização ortopédica executa o procedimento prescrito, confecciona o aparelho gessado e orienta sobre sinais de alerta, retorno e cuidados. Na odontologia de urgência, o cirurgião-dentista atende a dor dentária, o trauma e a infecção, com apoio do auxiliar em saúde bucal. A assistência social é acionada nas situações de vulnerabilidade, violência, ausência de referência familiar, dificuldade de acesso à rede e necessidade de articulação intersetorial. A imunização e as profilaxias aplicáveis à urgência, como a antitetânica e a profilaxia antirrábica, são realizadas conforme indicação clínica e registradas nos sistemas próprios. E sempre que o atendimento identificar agravo de notificação compulsória, a ficha é preenchida no momento do atendimento, e não depois.

Figura 8 - O percurso do usuário e suas ramificações



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

Nenhum usuário permanece na unidade sem reavaliação, e essa é a regra que impede que o percurso se interrompa em silêncio. Quem aguarda em sala de espera é reavaliado pelo enfermeiro classificador a cada hora. Quem aguarda resultado de exame é reavaliado pelo médico assim que o laudo é liberado. Quem está em observação é reavaliado pelo médico pelo menos a cada seis horas e pela enfermagem a cada três, com registro de evolução a cada reavaliação. Quem está em estabilização é monitorado de forma contínua. A reavaliação é um ato registrado, e não uma passagem de olhos: cada

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

uma gera evolução no prontuário, com horário e identificação do profissional, e é esse conjunto de evoluções que demonstra, depois, que a permanência foi acompanhada.

O episódio termina de uma entre cinco maneiras, todas registradas com horário. A alta é o desfecho mais frequente, e nela o médico registra a conduta, emite a prescrição e a orientação por escrito em linguagem acessível, com o que fazer, o que observar e quando retornar, e emite a contrarreferência à Atenção Primária quando houver necessidade de continuidade do cuidado, conforme o protocolo institucional de articulação com a rede (ASM, 2026). A permanência em observação é desfecho intermediário, limitado a vinte e quatro horas, destinado à estabilização ou à elucidação diagnóstica, ao fim do qual o usuário recebe alta ou é encaminhado à unidade hospitalar de referência. Esses dois desfechos respondem pela maior parte dos episódios e são os que mais dependem da clareza da orientação entregue ao usuário.

A transferência ocorre quando a complexidade ultrapassa a capacidade instalada, e é o desfecho que mais depende de registro tempestivo. O médico registra a decisão no prontuário com horário e o enfermeiro designado monta e registra a solicitação no Complexo Regulador Estadual, com o resumo clínico, os exames e a classificação, permanecendo o caso em acompanhamento ativo até a definição da vaga. A evasão, quando o usuário deixa a unidade antes do atendimento, é registrada pela recepção ou pela enfermagem, com horário e, quando possível, com o motivo informado. Esse registro importa clinicamente, porque permite busca ativa, e importa também para a apuração correta dos indicadores, já que somente o episódio registrado é excluído do cálculo dos tempos pactuados (PALMAS, 2026).

O quinto desfecho exige cuidado assistencial e cuidado com a família na mesma medida. O óbito é constatado pelo médico, que emite a declaração nos termos da Resolução CFM nº 1.779, de 11 de novembro de 2005, encaminha ao Serviço de Verificação de Óbitos ou ao Instituto Médico Legal quando for o caso, notifica a Comissão de Revisão de Óbitos e assegura o acolhimento da família por profissional preparado para a comunicação de notícia difícil, com espaço reservado e apoio da assistência social. O registro do horário do óbito e da comunicação à família integra o prontuário, e o caso é levado à comissão com a documentação completa, para que a revisão alcance o processo de cuidado e não apenas a causa da morte.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 17 - Etapas do percurso assistencial, profissional responsável e registro gerado

Etapa	O que acontece	Profissional responsável	Registro gerado
Chegada e orientação	Recepção do usuário, orientação sobre o fluxo e encaminhamento ao cadastro; acesso direto à estabilização nos casos de gravidade evidente	Recepcionista e, nos casos graves, enfermeiro	Horário de entrada no prontuário eletrônico
Abertura do episódio	Identificação, conferência de documento e Cartão Nacional de Saúde, cadastro com município de residência e geração da fila de classificação	Recepcionista	Episódio aberto, com dados cadastrais e origem do usuário
Acolhimento com classificação de risco	Escuta da queixa, exame dirigido, sinais vitais, escala de dor, glicemia e oximetria quando indicadas, aplicação dos discriminadores e atribuição da cor	Enfermeiro classificador	Cor atribuída, horário da classificação, sinais vitais e justificativa clínica
Encaminhamento conforme a prioridade	Condução à estabilização, ao consultório prioritário ou à sala de espera sob vigilância ativa	Enfermeiro classificador	Destino registrado no episódio
Vigilância da espera	Percurso horário da sala de espera, reclassificação de quem ultrapassa o tempo-alvo e chamada nominal de quem não respondeu à senha	Enfermeiro classificador	Reclassificação registrada, com nova cor e horário
Atendimento médico	Anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica com código da CID e definição da conduta	Médico plantonista	Evolução, hipótese diagnóstica, prescrição e horário do primeiro atendimento
Medicação e procedimentos	Conferência da prescrição, confirmação da identificação por dois identificadores, administração e observação da resposta	Técnico de enfermagem, com supervisão do enfermeiro	Horário da administração e resposta observada
Apoio diagnóstico	Solicitação com prioridade herdada da cor, coleta, realização, laudo e aviso ao médico assistente	Equipe de apoio diagnóstico e médico assistente	Laudo no prontuário e registro da comunicação de resultado crítico
Imobilização ortopédica	Execução do procedimento prescrito, confecção do aparelho gessado e orientação de cuidados e sinais de alerta	Técnico de imobilização ortopédica, sob prescrição médica	Procedimento registrado e orientação entregue
Odontologia de urgência	Atendimento de dor, trauma e infecção odontológica	Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal	Evolução odontológica e procedimento registrado

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Etapa	O que acontece	Profissional responsável	Registro gerado
Assistência social	Acolhimento das situações de vulnerabilidade, violência, ausência de referência familiar e necessidade de articulação intersetorial	Assistente social	Registro do atendimento e dos encaminhamentos
Vigilância em saúde	Preenchimento da ficha de notificação compulsória no momento do atendimento	Profissional que identifica o agravo, com conferência da referência de vigilância	Ficha de notificação e transmissão aos sistemas de vigilância
Reavaliação	Reavaliação do usuário em espera, em observação ou aguardando exame, com evolução registrada	Enfermeiro e médico plantonista	Evolução com horário e identificação do profissional
Desfecho	Alta com orientação e contrarreferência, admissão em observação, transferência regulada, evasão registrada ou óbito	Médico plantonista	Desfecho registrado com horário e qualificação

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Três regras sustentam o percurso inteiro e são cobradas em cada plantão. Não existe atalho para o consultório sem passagem pela classificação de risco, não existe permanência sem reavaliação e não existe saída sem desfecho registrado. Dentro da sala de estabilização essas regras ganham periodicidade própria: o usuário permanece sob monitorização multiparamétrica contínua, com o técnico de enfermagem da área crítica registrando pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e nível de consciência a cada quinze minutos enquanto houver instabilidade e a cada trinta minutos após a estabilização. O enfermeiro assistencial da área crítica confere e assina o registro ao fim de cada hora, e o médico plantonista das áreas críticas lança evolução a cada duas horas, ou imediatamente a cada intercorrência.

A comunicação de resultado crítico tem rotina escrita porque é um dos pontos em que a informação se perde com mais facilidade. O profissional do laboratório ou da radiologia que libera o laudo comunica o resultado crítico por contato direto ao médico assistente em até dez minutos da liberação, registrando no prontuário o horário da comunicação, o nome de quem recebeu e a conduta determinada. Não localizado o médico assistente em dez minutos, a comunicação é feita ao enfermeiro coordenador do turno, que aciona o médico plantonista das áreas críticas e registra a ocorrência para análise do Núcleo de Segurança do Paciente na reunião do mês, nos termos do programa

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

nacional de segurança do paciente e das ações de segurança exigidas dos serviços de saúde (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013).

O fechamento do percurso depende de uma conferência diária que ninguém vê e sem a qual o resto não se sustenta. O recepcionista de plantão desloca-se à sala de estabilização e abre o episódio no prontuário eletrônico em até dez minutos da entrada do usuário, registrando o horário real de chegada informado pelo enfermeiro assistencial da área crítica. O enfermeiro coordenador do turno confere, ao fim de cada plantão, se todos os usuários admitidos diretamente em estabilização tiveram episódio aberto e classificação de risco lançada, de modo a preservar a cobertura da classificação na demanda espontânea. A divergência encontrada é corrigida no mesmo turno, sob supervisão do Responsável Técnico de Enfermagem, e o resultado consolidado da conferência integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

V.1.1.2 Pontos de decisão e profissional responsável por cada etapa

Um fluxo assistencial é, no dia a dia, uma sequência de decisões. Entre a chegada e o desfecho há momentos em que alguém precisa escolher entre caminhos diferentes, e é nesses momentos que o atendimento melhora ou piora. Deixar essas escolhas implícitas é a origem mais comum das falhas em pronto atendimento, porque ninguém se sente responsável, ninguém registra e, quando o resultado aparece no indicador, já não se sabe onde intervir. Nas UPAs 24 horas Norte e Sul, com troca de equipe a cada doze horas, a decisão sem dono e sem registro desaparece na passagem de plantão e reaparece como tempo perdido na apuração do mês.

Por isso a Associação Saúde em Movimento identifica formalmente cada ponto de decisão do percurso e fixa, para cada um, quatro informações: quem decide, segundo qual critério, em que prazo e onde a decisão fica registrada. Essas quatro informações constam do regimento interno da unidade e do regimento do corpo clínico, são apresentadas no treinamento introdutório conduzido antes da primeira escala e ficam afixadas, em versão resumida, nos postos de trabalho correspondentes. Quem assume o posto de classificação, o consultório, a área crítica ou a observação encontra ali, por escrito, o que lhe cabe decidir e o que precisa ser escalonado.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

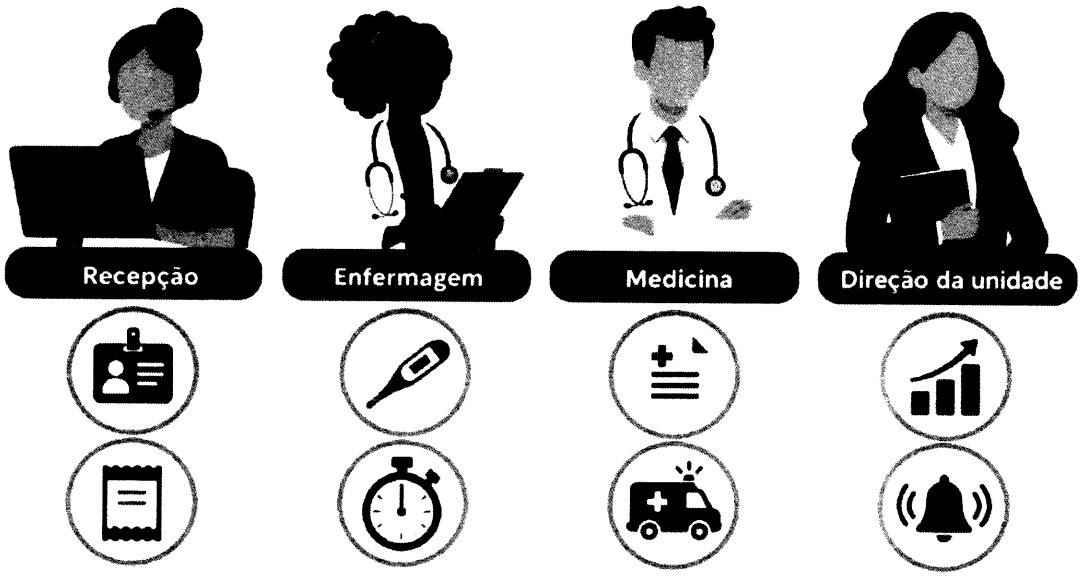
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Três princípios organizam a atribuição das decisões e explicam por que ela não é arbitrária. O primeiro é a competência legal: a classificação de risco é privativa do enfermeiro (COFEN, 2021) e a decisão diagnóstica, terapêutica e de transferência é privativa do médico, sem exceção e sem delegação, na forma da norma que disciplina o funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014). O segundo é a proximidade: decide quem está mais perto do usuário e tem a informação necessária, de modo que a decisão não suba a escala hierárquica quando não precisa subir. O terceiro é a rastreabilidade: toda decisão registrada tem autor identificado, horário e justificativa, porque decisão sem registro não pode ser revista nem defendida (CFM, 2002).

Figura 9 - Quem decide em cada etapa do percurso



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

Há decisões que, por sua gravidade ou por seu efeito sobre a unidade inteira, não ficam apenas com quem está no posto. A admissão em observação de usuário que já ultrapassou doze horas, a ativação do plano de contingência por superlotação, a recusa de admissão em observação por indisponibilidade de estrutura e a reiteração de solicitação de regulação não respondida no turno são comunicadas à direção local no mesmo turno e, conforme a gravidade, à estrutura corporativa da entidade no mesmo dia. A comunicação não transfere a decisão clínica, que permanece do médico assistente, mas garante que a direção saiba o que está acontecendo enquanto ainda é possível agir, em lugar de descobrir o problema na consolidação do mês.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Quadro 18 - Pontos de decisão do fluxo assistencial, responsável, critério, prazo e registro

Ponto de decisão	Quem decide	Critério	Prazo	Onde fica registrado
Abertura do episódio e encaminhamento à classificação	Recepcionista	Todo usuário que procura a unidade por demanda espontânea entra na fila da classificação, sem exceção	Na chegada	Episódio aberto no prontuário eletrônico, com horário
Acesso direto à sala de estabilização sem passar pela recepção	Enfermeiro, ou médico quando presente na entrada	Gravidade evidente, instabilidade ou comprometimento de via aérea, respiração ou circulação	Imediato	Registro do horário real de entrada, com cadastro feito em paralelo
Atribuição da cor de classificação de risco	Enfermeiro classificador	Discriminadores do protocolo adotado, aplicados sobre queixa, exame dirigido, sinais vitais, dor, glicemia e oximetria	Na avaliação	Cor, horário, sinais vitais e justificativa clínica no prontuário
Reclassificação do usuário em espera	Enfermeiro classificador	Tempo de espera superior ao tempo-alvo da cor, mudança do quadro ou solicitação do usuário ou do acompanhante	A cada hora, ou a qualquer momento se houver alteração	Nova cor, horário e motivo da reclassificação
Hipótese diagnóstica e definição da conduta	Médico plantonista	Anamnese, exame físico e protocolos assistenciais adotados	No atendimento	Evolução, hipótese com código da CID e prescrição
Solicitação de exames e prioridade de realização	Médico plantonista	Indicação clínica, com prioridade herdada da cor da classificação	No atendimento	Solicitação eletrônica com prioridade registrada
Comunicação de resultado crítico	Profissional que identifica o resultado	Valores e achados definidos como críticos nos protocolos do serviço	Imediato	Registro do horário da comunicação e do nome de quem recebeu
Admissão em sala de estabilização	Médico plantonista	Instabilidade clínica ou necessidade de suporte avançado e monitorização contínua	Imediato	Evolução com horário de admissão
Admissão em área de observação	Médico plantonista	Necessidade de estabilização ou de elucidação diagnóstica, com previsão de desfecho em até 24 horas	No atendimento	Registro da admissão em observação, com horário
Manutenção em observação após 12 horas	Médico plantonista, com revisão do Responsável Técnico Médico	Reavaliação do caso, da previsão de desfecho e da necessidade de transferência	Ao completar 12 horas	Evolução de revisão e comunicação à direção local
Decisão médica de transferência	Médico plantonista	Complexidade que ultrapassa a capacidade instalada da unidade	Quando configurada a indicação	Registro da decisão no prontuário, com horário
Montagem e registro da solicitação de regulação	Enfermeiro designado para a articulação com a regulação, com validação clínica do médico	Decisão médica registrada, com resumo clínico, exames e classificação	Meta interna de 30 minutos	Solicitação registrada no Complexo Regulador Estadual, com horário

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Ponto de decisão	Quem decide	Critério	Prazo	Onde fica registrado
Reiteração da solicitação não respondida	Enfermeiro designado	Intervalo fixo definido em rotina, enquanto não houver definição de vaga	A cada duas horas, com comunicação ao Responsável Técnico Médico em seis horas e à direção da unidade em doze horas	Registro de cada reiteração, com horário e nome
Acionamento do SAMU 192 para remoção com suporte avançado	Médico plantonista	Necessidade de suporte avançado de vida no transporte	Imediato	Registro do acionamento, do horário e da resposta obtida
Alta do usuário	Médico plantonista	Resolução do quadro ou estabilização que permita continuidade em outro ponto da rede	No desfecho	Alta registrada, com orientação escrita e contrarreferência quando indicada
Registro da evasão	Recepção ou enfermagem	Saída do usuário antes do atendimento médico, identificada na chamada ou informada por ele	Ao ser identificada	Evasão registrada com horário e, quando possível, motivo
Constatação de óbito e emissão da declaração	Médico plantonista	Critérios clínicos e legais aplicáveis	No evento	Declaração de óbito, notificação à Comissão de Revisão de Óbitos e registro do acolhimento da família
Notificação compulsória	Profissional que identifica o agravo	Lista Nacional de Notificação Compulsória	No atendimento	Ficha preenchida e transmitida, com conferência da referência de vigilância
Ativação do plano de contingência por superlotação	Direção local, por proposta do enfermeiro coordenador do turno	Gatilhos de ocupação e de tempo de espera definidos em rotina	Ao atingir o gatilho	Registro da ativação, das medidas adotadas e do horário de desativação

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O escalonamento tem instrumento e prazo definidos, e não depende da iniciativa de cada plantão. O médico plantonista comunica a ocorrência ao Responsável Técnico Médico da unidade no mesmo turno, por registro em livro de ocorrências e por mensagem eletrônica. Ocupação da observação acima de noventa por cento, solicitação de regulação sem resposta por mais de doze horas e ativação do plano de contingência são escalonadas no mesmo dia à direção da unidade e à estrutura corporativa de assistência da entidade, com retorno escrito em até vinte e quatro horas. As ocorrências com repercussão assistencial são informadas à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas no relatório mensal de execução e monitoramento.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Os dezenove pontos de decisão assim definidos cobrem o percurso inteiro, da porta ao desfecho. Nenhum deles depende de interpretação individual sobre quem deve agir, e todos geram registro recuperável, conferido pela direção local na ronda de fluxo de cada plantão e consolidado na reunião mensal de indicadores. É isso que permite, quando um indicador cai, identificar não apenas que o resultado piorou, mas em qual decisão, em qual turno e sob responsabilidade de qual posto de trabalho. Sem esse detalhamento, a resposta a um resultado ruim é cobrar o resultado de novo; com ele, a resposta é corrigir a decisão que o produziu.

V.1.1.3 Protocolo de acolhimento com classificação de risco adotado, com a identificação dos níveis de prioridade e dos tempos-alvo de atendimento correspondentes

A classificação de risco é o único instrumento que permite a uma porta aberta atender primeiro quem corre mais risco, e o seu resultado depende inteiramente da padronização do julgamento. Dois enfermeiros avaliando a mesma queixa com critérios próprios produzem duas ordens de atendimento diferentes, e a unidade perde ao mesmo tempo a segurança do usuário e a comparabilidade do indicador. A Associação Saúde em Movimento adota, nas unidades que administra, protocolo institucional próprio de Acolhimento com Classificação de Risco, documento normativo escrito, codificado, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido (ASM, 2025; ASM, 2025b). Para as UPAs 24 horas Norte e Sul esse protocolo é reproduzido com as adaptações exigidas pela realidade das duas unidades. O Protocolo institucional de Classificação de Risco integra o **Anexo XIV** e o Protocolo institucional de Serviço de Acolhimento, o **Anexo XV**.

O conteúdo que esse protocolo fixa é exatamente aquilo de que o profissional precisa no posto. O enfermeiro que assume a classificação às sete da manhã precisa saber o que avaliar, com que parâmetro, em que ordem e o que registrar, sem consultar ninguém e sem interpretar por conta própria o que significa cada cor. Por isso o documento desce ao nível do discriminador clínico, da faixa de sinal vital e do campo de registro, e não se limita a enunciar diretrizes. É esse grau de detalhe que torna a classificação reprodutível entre plantões e entre as duas unidades, e é também o que permite auditar depois, caso a caso, se a cor atribuída correspondeu ao quadro descrito.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 19 - Identificação do protocolo institucional de classificação de risco

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Classificação de Risco
Natureza	Protocolo assistencial institucional da Associação Saúde em Movimento
Aplicação nesta parceria	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Elaboração	Gerente Assistencial e Enfermeira Responsável Técnica, com Farmacêutica Responsável Técnica
Revisão	Médico Responsável Técnico
Aprovação	Superintendência Assistencial Corporativa
Responsável pela atualização nas unidades	Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade, com validação do Responsável Técnico Médico
Periodicidade de revisão	A cada 24 meses, ou a qualquer tempo diante de evento adverso relevante, alteração de referência técnica ou não conformidade recorrente
Documento comprobatório	Protocolo assinado, que está no **Anexo XIV, Protocolo institucional de Classificação de Risco**

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM, adaptado às UPAs 24 horas Norte e Sul de Palmas.

O objetivo do protocolo é padronizar o processo de Acolhimento com Classificação de Risco nas UPAs 24 horas Norte e Sul, assegurando que a priorização do atendimento seja definida pela gravidade clínica e pelo potencial de risco do usuário, e não pela ordem de chegada. Dele decorrem três resultados buscados em cada plantão: agilidade na identificação das situações de risco, segurança do usuário durante o período de espera e uso racional dos recursos assistenciais. O documento é elaborado em conformidade com o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2017c), com a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014), e com a Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021 (COFEN, 2021).

A abrangência do protocolo é deliberadamente ampla, porque a classificação não se executa apenas dentro da sala. Ele se aplica aos enfermeiros classificadores, à equipe de enfermagem de apoio, à equipe médica, à recepção e à direção local das duas unidades, nas vinte e quatro horas, em todos os dias da semana. Alcança todo usuário que procure a unidade por demanda espontânea e todo usuário conduzido por serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, por terceiros ou pelos próprios meios. A inclusão da recepção e da direção local no alcance do documento é intencional, já que o encaminhamento imediato

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

à sala e o escalonamento das ocorrências dependem de quem está no balcão e de quem responde pela unidade, e não só de quem classifica.

As definições do protocolo evitam que termos de uso corrente signifiquem coisas diferentes em cada turno. Classificação de risco é o processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento apresentado, atividade privativa do enfermeiro. Acolhimento com Classificação de Risco é o modelo de organização do serviço de urgência que associa a escuta qualificada do acolhimento à priorização do atendimento por gravidade clínica. Esses três conceitos são os que separam a competência do enfermeiro da competência do médico e sustentam a recusa de dispensar usuário sem avaliação médica.

Definidos o processo e o modelo, seguem os termos que descrevem os instrumentos usados na sala de classificação. Discriminador clínico é o sinal, o sintoma ou o parâmetro objetivo utilizado para definir a categoria de risco, sem constituir diagnóstico médico. Escala Visual Analógica é o instrumento padronizado de mensuração da intensidade da dor, graduado de zero a dez. Escala de Coma de Glasgow é o instrumento clínico padronizado de avaliação do nível de consciência. Tempo-alvo é o intervalo máximo entre a classificação de risco e o início do atendimento médico, definido conforme a categoria atribuída. Reavaliação é a nova avaliação do usuário durante o período de espera, realizada de forma periódica ou sempre que houver alteração do quadro clínico.

Cinco princípios governam a aplicação do protocolo e não admitem flexibilização por conveniência de plantão. A classificação de risco é atividade privativa do enfermeiro, que não exerce nenhuma outra atividade concomitantemente durante a sua realização, e é executada no contexto do Processo de Enfermagem (COFEN, 2024). O protocolo é baseado em sinais e sintomas objetivos e não envolve diagnóstico médico. Nenhum usuário classificado pelo enfermeiro é dispensado do serviço ou encaminhado a outra unidade sem antes ser avaliado por médico. A classificação ocorre em ambiente que assegure privacidade e sigilo. E todo usuário tem acesso imediato à sala de classificação, independentemente de o registro administrativo estar ou não concluído, para que a pendência de cadastro nunca retarde a identificação de uma gravidade.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 20 - Responsabilidades no processo de classificação de risco

Responsável	Atribuições
Recepção e equipe administrativa	Identificar o usuário e direcioná-lo imediatamente à sala de classificação de risco, sem intermediar filas por ordem de chegada, sinalizando à enfermagem qualquer sinal evidente de gravidade
Enfermeiro classificador	Realizar a escuta qualificada, aferir os sinais vitais, aplicar os discriminadores clínicos, atribuir a categoria de risco, registrar a classificação com horário e justificativa e comunicar de imediato à equipe médica os casos de maior gravidade
Técnico ou auxiliar de enfermagem	Apoiar a aferição de sinais vitais e a reavaliação periódica dos usuários em espera, sob supervisão do enfermeiro classificador
Médico plantonista	Avaliar e atender o usuário conforme a prioridade definida na classificação, não podendo dispensar ou encaminhar a outro serviço usuário já classificado sem realizar a consulta médica
Direção local da unidade	Garantir o dimensionamento adequado de enfermeiros classificadores, a capacitação da equipe no protocolo, a infraestrutura da sala de classificação, a privacidade do usuário e o monitoramento dos indicadores

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM, adaptado às UPAs 24 horas Norte e Sul de Palmas.

O sistema de classificação organiza os usuários em cinco categorias de risco, identificadas por cor, cada uma associada a um tempo-alvo máximo de espera até o atendimento médico. Trata-se do mesmo referencial utilizado nos protocolos municipais estruturados sobre o sistema de triagem por cores da Rede de Atenção às Urgências, o que assegura interoperabilidade da classificação com os demais pontos da rede (BRASIL, 2017d). Nas UPAs Norte e Sul os tempos-alvo adotados são os do instrumento desta parceria: atendimento imediato, assim considerado o tempo não superior a cinco minutos, para a categoria vermelha; até dez minutos para a laranja; até sessenta minutos para a amarela; até cento e vinte minutos para a verde; e até duzentos e quarenta minutos para a azul (PALMAS, 2026).

Os tempos-alvo só operam com o instrumento que atribui a cor, e esse instrumento tem origem declarada. Os discriminadores clínicos por queixa, os fluxogramas por motivo de procura e a metodologia de aplicação são adotados a partir do protocolo de referência do Município de Palmas e certificados pela Gestão da Qualidade e pela Direção Técnica da entidade antes da entrada em vigor operacional, na forma do protocolo institucional de classificação de risco, assinado pelo Responsável Técnico Médico e pelo Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade, de modo que estejam vigentes no primeiro dia de operação (ASM, 2026b).

A aplicação uniforme desses discriminadores depende de habilitação individual verificada antes do posto, e não de experiência presumida. Cada enfermeiro classificador

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

é capacitado e certificado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde antes da sua primeira escala no posto, com aproveitamento mínimo de oitenta por cento em avaliação teórica e prática e recertificação anual. Instrumento municipal de referência superveniente é incorporado por revisão extraordinária em até trinta dias da sua publicação, sem suspensão da rotina vigente, de modo que a atualização não abra intervalo sem protocolo aplicável. O método de triagem está centrado na queixa principal, o principal sinal ou sintoma identificado pelo próprio usuário ou pelo profissional, e a partir dela o enfermeiro aplica os discriminadores gerais, comuns a todos os fluxogramas de queixa.

Quadro 21 - Discriminadores clínicos gerais e efeito sobre a categoria de risco

Discriminador	Definição	Efeito sobre a categoria
Risco de morte	Qualquer perda ou ameaça das funções vitais, compreendidas via aérea, respiração e circulação	Posiciona o usuário no grupo de maior prioridade, vermelho ou laranja
Dor	Desconforto físico graduado pela Escala Visual Analógica: leve de 1 a 3, moderada de 4 a 6 e intensa de 7 a 10	A intensidade orienta a categoria, conforme o quadro seguinte
Hemorragia	Perda sanguínea de grande volume, não controlada por compressão direta e constante, que ensopa rapidamente compressas	Discriminador de alta prioridade
Nível de consciência	Alteração do nível de consciência ou do estado mental, avaliada pela Escala de Coma de Glasgow	O rebaixamento configura via aérea desprotegida e classifica como vermelho ou laranja, com encaminhamento imediato à sala de estabilização
Temperatura	Temperatura corporal aferida	Igual ou superior a 41 °C classifica como laranja; de 38,5 a 40,9 °C como amarelo; de 37,5 a 38,4 °C como verde; hipotermia grave é discriminador de emergência
Agravamento	Avaliação de a lesão ou o quadro ser recente ou de longa evolução	Problemas de longa evolução, sem sinais de deterioração, podem ser incluídos em categoria não urgente sem risco clínico

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM, adaptado às UPAs 24 horas Norte e Sul de Palmas.

Na escuta qualificada o enfermeiro classificador realiza a coleta objetiva dos dados necessários à atribuição da categoria, contemplando, no mínimo, a queixa principal, com início, evolução e tempo de doença; as medicações em uso, as doenças preexistentes e as alergias; o estado físico e mental; os sinais vitais, compreendidos pressão arterial, temperatura, saturação de oxigênio, frequência cardíaca e frequência respiratória; e a categoria de gravidade resultante. Esse conjunto mínimo é o que permite reproduzir a decisão depois, porque a categoria atribuída precisa estar sustentada por dado registrado e não por impressão.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Antes dessa coleta detalhada, porém, o enfermeiro realiza análise sucinta destinada a identificar risco iminente de morte, atentando para complicações das vias aéreas, com incapacidade de manter via aérea pérvia, sendo o estridor inspiratório e expiratório sinal de grave risco; grave esforço respiratório, com batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória; ausência de pulso central, jugular, radial, braquial ou femoral, verificada entre cinco e dez segundos, que indica parada cardiorrespiratória; hemorragia exsanguinante, com grande perda de fluxo sanguíneo e instabilidade hemodinâmica; e sinais de choque, com ausência de pulso periférico ou pulso fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.

O atendimento à gestante tem coleta adicional, porque o risco obstétrico não se expressa nos mesmos parâmetros do adulto em geral. Além dos dados iniciais, o enfermeiro coleta a data da última menstruação, o uso de medicações contínuas durante a gestação, a perda, a coloração e as características de líquidos, e o histórico obstétrico, com o número de gestações, partos naturais, partos cesáreos e abortamentos. Sinaliza-se a gestação de alto risco, assim considerada a presença de doença infecciosa ou condição mórbida que influencie o risco gestacional, entre as quais cardiopatia, tireopatias, hipertensão arterial crônica, diabetes melito, lúpus eritematoso sistêmico, asma, epilepsia, transtornos psiquiátricos, trombofilia, tromboembolismo venoso, gravidez na adolescência, idade materna avançada, obesidade, doença renal crônica, tabagismo e uso de álcool ou de drogas ilícitas, encaminhando-se conforme a prioridade e a rede de referência materno-infantil.

O processo assistencial se cumpre em seis passos encadeados, cada um com executor definido. O primeiro é a identificação e o encaminhamento imediato, em que a recepção identifica o usuário e o encaminha sem demora à sala de classificação, sinalizando à enfermagem qualquer sinal evidente de gravidade. O segundo é a escuta e a avaliação clínica, em que o enfermeiro classificador realiza a escuta qualificada da queixa principal, afere os sinais vitais e aplica os discriminadores. O terceiro é a atribuição da categoria de risco, sem estabelecer diagnóstico médico.

Os três passos seguintes transformam a categoria atribuída em ato registrado, em direcionamento e em vigilância. O quarto é o registro e a identificação visual, com a

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

classificação registrada no prontuário eletrônico, comunicada ao usuário e materializada em pulseira instalada pelo enfermeiro classificador ao fim da classificação, com nome completo, data de nascimento e cor da categoria atribuída, nas duas unidades e nas vinte e quatro horas. O quinto é o direcionamento ao fluxo assistencial correspondente, sala de estabilização, consultório prioritário ou sala de espera, vedada a dispensa ou o encaminhamento a outro serviço sem avaliação médica. O sexto é a reavaliação periódica, realizada dentro do tempo-alvo da categoria e sempre que houver queixa de piora, com comunicação imediata de qualquer alteração relevante à equipe médica.

Quadro 22 - Escala Visual Analógica da dor e correspondência com a categoria de risco

Escore	Nomenclatura	Intensidade	Categoria de risco
0	Sem dor	Ausência de dor	Azul
1 a 3	Dor leve	Pouca limitação das atividades	Azul ou verde
4 a 6	Dor moderada	Dificuldade para algumas atividades	Verde ou amarelo
7 a 10	Dor intensa	Incapacitante, não realiza atividades habituais	Amarelo ou laranja

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM. Nota: a dor máxima igual a 10 é classificada como laranja, por não representar risco de morte imediato.

Quadro 23 - Escala de Coma de Glasgow, adultos e crianças

Resposta	Variáveis, do maior ao menor escore	Escore
Adultos, abertura ocular	Espontânea, estimulação verbal, estímulo doloroso, sem abertura	4 a 1
Adultos, resposta verbal	Orientado, confuso, inapropriado, incompreensível, não responde	5 a 1
Adultos, resposta motora	Obedece comando, localiza a dor, movimentos inespecíficos, flexão à dor, extensão à dor, nenhuma	6 a 1
Crianças, abertura ocular	Espontânea, ordem verbal, estímulo doloroso, não abre	4 a 1
Crianças, melhor resposta verbal	Balbucio, choro irritado, choro à dor, gemido à dor, não responde	5 a 1
Crianças, melhor resposta motora	Movimento espontâneo, reage ao toque, reage à dor, flexão anormal, extensão anormal, nenhuma	6 a 1

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM. Interpretação: 13 a 15 pontos, leve; 9 a 12 pontos, moderada; 3 a 8 pontos, grave, com necessidade de proteção de via aérea e intubação imediata. Escore máximo 15 e mínimo 3.

As faixas de referência dos sinais vitais fecham o método, porque é delas que depende a objetividade do discriminador. Em adultos, a pressão arterial normal, abaixo de 130 por 85 milímetros de mercúrio, e a normal-limítrofe, de 130 a 139 por 85 a 89, correspondem às categorias azul ou verde; a hipertensão em estágio 1, de 140 a 159 por 90 a 99, corresponde ao verde; os estágios 2 e 3, de 160 a 179 por 100 a 109 e iguais ou

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

superiores a 180 por 110, correspondem ao amarelo; a crise hipertensiva, com sistólica igual ou superior a 200, corresponde ao amarelo ou laranja; e a hipotensão, abaixo de 90 por 60, corresponde ao laranja, em harmonização com a diretriz brasileira de hipertensão arterial (SBC, 2025).

Quadro 24 - Parâmetros de sinais vitais de referência, adultos

Parâmetro	Faixa	Nomenclatura	Categoria de risco
Temperatura	Abaixo de 35 °C	Hipotermia	Vermelho ou laranja
Temperatura	35 a 37,4 °C	Afebril	Azul ou verde
Temperatura	37,5 a 38,4 °C	Febrícula	Verde
Temperatura	38,5 a 40,9 °C	Febre ou hipertermia	Amarelo
Temperatura	41 °C ou mais	Hiperpirexia	Laranja
Frequência cardíaca	60 a 100 bpm	Normocardia	Azul ou verde
Frequência cardíaca	40 a 59 bpm	Bradicardia	Amarelo ou laranja
Frequência cardíaca	Abaixo de 40 bpm	Bradicardia grave	Vermelho
Frequência cardíaca	101 a 150 bpm	Taquicardia	Verde ou amarelo
Frequência cardíaca	Acima de 150 bpm	Taquicardia grave	Laranja
Frequência respiratória	12 a 20 rpm	Eupneia	Azul ou verde
Frequência respiratória	Abaixo de 12 rpm	Bradipneia	Amarelo ou laranja
Frequência respiratória	Acima de 20 rpm	Taquipneia	Amarelo ou laranja
Frequência respiratória	Ausente	Apneia	Vermelho
Oximetria	95% ou mais	Normal	Azul ou verde
Oximetria	90 a 94%	Baixa saturação	Verde ou amarelo
Oximetria	Abaixo de 90%	Muito baixa saturação	Laranja ou vermelho
Glicemia capilar	70 a 179 mg/dL	Normoglicemia	Azul ou verde
Glicemia capilar	180 a 399 mg/dL	Hiperglicemia	Amarelo
Glicemia capilar	400 mg/dL ou mais	Hiperglicemia	Laranja
Glicemia capilar	Abaixo de 70 mg/dL	Hipoglicemia	Laranja ou vermelho

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM, harmonizado com as Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2025 e com o Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência, Ministério da Saúde, 2009.

Os parâmetros pediátricos têm quadro próprio porque a criança não é um adulto pequeno. A frequência respiratória, a frequência cardíaca e a pressão arterial normais variam muito com a idade, e aplicar a faixa do adulto a um lactente produz erro de classificação em qualquer direção, tanto para mais quanto para menos. As faixas de normalidade dos três parâmetros não coincidem entre si, e por isso a referência pediátrica é organizada em três quadros, um por parâmetro, de modo que a leitura de cada um se faça na faixa etária em que ele é válido. Os três são afixados na sala de classificação das duas unidades, e o sistema exibe automaticamente a faixa correspondente à idade informada no momento da aferição, o que retira do enfermeiro a necessidade de consultar tabela impressa em meio à avaliação de uma criança grave e reduz a chance de leitura cruzada entre faixas etárias vizinhas.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br