

VOLUME 04

São Lucas Instituto





Seleção de Organização Social de Saúde - OSS para celebração de Termo de Colaboração destinado à gestão, à operacionalização e à execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte - José de Souza Dourado - e Sul - Gerson Pires de Aguiar - do município de Palmas/TO.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026
PROCESSO Nº SEI: 17.137010.000064-2026-78



900
06/11/2026

- Registro de óbito, quando aplicável;
- Legibilidade dos registros manuscritos;
- Sequência cronológica;
- Completude, coerência e rastreabilidade das informações.

Art. 10 A Comissão não deverá modificar registros assistenciais já realizados nem completar informações ausentes em nome do profissional responsável.

As não conformidades identificadas deverão ser registradas e encaminhadas para tratamento conforme os procedimentos institucionais.

Capítulo VI – Das reuniões

Art. 11 A Comissão realizará reuniões ordinárias mensalmente, de acordo com calendário anual previamente estabelecido.

Art. 12 Poderão ser convocadas reuniões extraordinárias:

- Pelo Presidente da Comissão;
- Por solicitação da Direção Médica;
- Diante de situação que demande análise técnica prioritária;
- Em decorrência de auditoria ou fiscalização;
- Diante de não conformidade relevante relacionada aos prontuários.
- Art. 13 As reuniões deverão possuir pauta previamente definida sempre que possível.

Art. 14 O controle de funcionamento da Comissão deverá contemplar:

Capítulo VII – Do quórum e das deliberações

Art. 15 As reuniões ocorrerão preferencialmente com a presença da maioria simples dos membros designados.

Art. 16 As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso e, quando necessária votação, por maioria simples dos membros presentes.



Art. 17 Em caso de empate, caberá ao Presidente o voto de desempate.

Art. 18 As decisões, recomendações e encaminhamentos deverão ser registrados em ata.

Capítulo VIII – Das atribuições do presidente

Art. 19 Compete ao Presidente:

- Coordenar as atividades da Comissão;
- Convocar e presidir as reuniões;
- Aprovar as pautas;
- Coordenar a elaboração do plano anual;
- Acompanhar a execução das deliberações;
- Representar a Comissão perante a Direção;
- Apresentar indicadores e relatórios;
- Solicitar apoio técnico quando necessário;
- Garantir que os trabalhos sejam conduzidos de acordo com este Regimento.

Capítulo IX – Do vice-presidente

Art. 20 Compete ao Vice-Presidente:

- Auxiliar o Presidente;
- Substituí-lo em seus impedimentos e ausências;
- Acompanhar os planos de ação;
- Colaborar na avaliação dos prontuários;
- Desempenhar outras atividades definidas pela Comissão.

Capítulo X – Do secretário

Art. 21 Compete ao Secretário:

- Organizar as reuniões;
- Elaborar as atas;
- Controlar listas de presença;
- Manter arquivo das reuniões;

- Organizar pautas, documentos e relatórios;
- Controlar as pendências e respectivos prazos;
- Manter atualizado o histórico das atividades da comissão.

Capítulo XI – Dos membros

Art. 22 Compete aos membros:

- Participar regularmente das reuniões;
- Analisar os prontuários selecionados;
- Contribuir tecnicamente nas discussões;
- Propor ações de melhoria;
- Acompanhar as ações sob sua responsabilidade;
- Manter absoluto sigilo sobre as informações acessadas;
- Declarar eventual conflito de interesse;
- Colaborar na elaboração dos relatórios e indicadores.

Capítulo XII – Das atas

Art. 23 Todas as reuniões ordinárias e extraordinárias deverão ser formalmente registradas em ata.

Art. 24 A ata deverá conter, no mínimo:

- Número da ata;
- Data;
- Horário de início e término;
- Local;
- Identificação dos participantes;
- Ausências, quando pertinente;
- Pauta;
- Assuntos discutidos;
- Número ou quantidade de prontuários avaliados, sem exposição desnecessária de dados pessoais;
- Indicadores apresentados;

- Principais não conformidades;
- Deliberações;
- Planos de ação;
- Responsáveis;
- Prazos;
- Pendências anteriores;
- Encaminhamentos;
- Data prevista da próxima reunião.

Art. 25 As atas deverão ser assinadas ou validadas pelos membros conforme procedimento institucional e mantidas sob guarda adequada.

Capítulo XIII – Do controle pela direção médica

Art. 26 A Direção Médica da unidade acompanhará o funcionamento da Comissão, preservada sua autonomia técnica de avaliação.

Art. 27 O acompanhamento deverá considerar:

- Reuniões previstas e realizadas;
- Frequência dos membros;
- Cumprimento do plano anual;
- Número de prontuários avaliados;
- Indicadores de conformidade;
- Não conformidades identificadas;
- Reincidências;
- Planos de ação;
- Cumprimento dos prazos;
- Resultados das ações educativas;
- Evolução dos indicadores.

Art. 28 Os resultados consolidados deverão ser apresentados periodicamente à Direção Médica, sem prejuízo de encaminhamento imediato de situações que representem risco relevante à assistência.

V.2.1.1.3 Capítulo XIV – Do plano de trabalho para o primeiro ano

Art. 29 No primeiro ano do Contrato de Gestão, a Comissão deverá desenvolver suas atividades em quatro etapas:

1º Trimestre – Implantação

Constituição da Comissão → aprovação do Regimento → definição da metodologia → elaboração do checklist → diagnóstico inicial.

2º Trimestre – Padronização

Auditorias regulares → identificação das principais não conformidades → capacitação das equipes → implantação dos primeiros planos de ação.

3º Trimestre – Monitoramento

Reavaliação → análise de reincidências → comparação dos indicadores → avaliação da eficácia das ações.

4º Trimestre – Consolidação

Avaliação anual → relatório de resultados → identificação das oportunidades de melhoria → definição das metas do segundo ano.

V.2.1.1.4 Capítulo XV – Dos indicadores

Art. 30 A Comissão deverá monitorar, no mínimo:

Indicador	Periodicidade
Reuniões realizadas/reuniões programadas (%)	Mensal
Número de prontuários avaliados	Mensal
Prontuários conformes (%)	Mensal
Prontuários com identificação profissional adequada (%)	Mensal
Registros assistenciais completos (%)	Mensal
Altas/transferências com registro adequado (%)	Mensal
Não conformidades por categoria	Mensal
Reincidência de não conformidades (%)	Trimestral
Planos de ação concluídos no prazo (%)	Trimestral
Evolução do índice geral de conformidade	Trimestral/Anual

Capítulo XVI – Do tratamento das não conformidades

Art. 31 As não conformidades identificadas deverão seguir fluxo institucional:

Art. 32 A atuação da Comissão deverá privilegiar abordagem educativa e de melhoria da qualidade.



Situações que possam caracterizar infração ética, risco grave, fraude, adulteração documental ou outra ocorrência que ultrapasse as competências da Comissão deverão ser encaminhadas à instância institucional competente, preservados o sigilo e o devido tratamento técnico.

Capítulo XVII – Do sigilo e da confidencialidade

Art. 33 Todos os membros ficam obrigados a preservar o sigilo das informações constantes dos prontuários.

Art. 34 É vedado:

- Divulgar informações individualizadas obtidas durante as revisões;
- Fotografar, copiar ou compartilhar documentos sem autorização e finalidade institucional legítima;
- Utilizar informações para finalidade diversa das atribuições da Comissão;
- Discutir casos ou dados identificáveis fora dos ambientes e processos institucionais autorizados.

Art. 35 Os relatórios da Comissão deverão, sempre que possível, apresentar informações consolidadas, evitando exposição desnecessária de dados pessoais dos usuários e profissionais.

Capítulo XVIII – Dos relatórios

Art. 36 A Comissão deverá elaborar:

Relatório mensal: resultados das avaliações e principais pendências.

Relatório trimestral: consolidação dos indicadores, reincidências e andamento dos planos de ação.

Relatório anual: avaliação global da qualidade dos prontuários, resultados alcançados, dificuldades, ações implantadas e metas propostas para o exercício seguinte.

Capítulo XIX – Do fluxo operacional

Art. 37 O funcionamento da Comissão observará o seguinte fluxo:



2.1.1.5 Capítulo XX – Cronograma anual proposto

Período	Atividade principal	Evidência
Mês 01	Constituição, aprovação do regimento e checklist	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 02	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 03	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 04	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 05	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 06	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 07	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 08	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 09	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 10	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 11	Auditoria de prontuários, reunião, indicadores e planos de ação	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação
Mês 12	Auditoria, avaliação anual e planejamento seguinte	Ata, lista de presença, checklist, relatório e plano de ação

Capítulo XXI – Das disposições finais

Art. 38 A Comissão deverá atuar de maneira integrada à Direção Médica, Direção Técnica, Enfermagem, Qualidade, Segurança do Paciente, Educação Permanente e demais setores envolvidos, respeitando as competências específicas de cada área.

Art. 39 Os casos omissos neste Regimento serão analisados pela Comissão e submetidos à Direção competente quando necessário.

Art. 40 O presente Regimento deverá ser revisado periodicamente ou sempre que houver alteração normativa, assistencial, administrativa ou contratual que interfira nas atividades da Comissão.

Art. 41 Este Regimento entrará em vigor após sua aprovação e formalização institucional.

Palmas/TO, ____ de _____ de 202_

Anexo I – Modelo de Portaria de Nomeação

Portaria Nº ____/2026

A Direção do Instituto Social de Saúde São Lucas, no uso de suas atribuições, considerando a Resolução CFM nº 1.638/2002 e a necessidade de manter formalmente constituída a Comissão de Revisão de Prontuários, resolve:

Art. 1º Nomear os seguintes membros para compor a Comissão de Revisão de Prontuários:

_____ – Presidente/Coordenador (médico)

_____ – Vice-Presidente

_____ – Secretário

_____ -- Membro

_____ – Membro

_____ – Membro

Art. 2º O mandato, as atribuições e o funcionamento da Comissão observarão o Regimento Interno vigente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palmas/TO, ____ de _____ de 20__.

Direção da Unidade

Anexo II – Indicadores e Fórmulas de Aferição

Indicador	Fórmula	Frequência
Conformidade de prontuários	Prontuários conformes/prontuários auditados × 100	Mensal
Identificação profissional adequada	Prontuários com identificação adequada/auditados × 100	Mensal
Registros essenciais completos	Prontuários com registros essenciais completos/auditados × 100	Mensal
Alta ou transferência documentada	Altas/transferências conformes/altas/transferências auditadas × 100	Mensal
Cumprimento de reuniões	Reuniões realizadas/previstas × 100	Mensal
Planos de ação no prazo	Ações concluídas no prazo/ações com vencimento no período × 100	Trimestral
Reincidência de não conformidades	Não conformidades reincidentes/não conformidades verificadas × 100	Trimestral

Anexo III – Referências Normativas Principais

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

BRASIL. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 – dispõe sobre digitalização e utilização de sistemas informatizados para guarda, armazenamento e manuseio de prontuário de paciente.

BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026 – Estatuto dos Direitos do Paciente.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638/2002 – define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.821/2007 – normas técnicas concernentes à digitalização e ao uso de sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217/2018 e alterações – Código de Ética Médica.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº 19/2026 – orientações sobre guarda e descarte de prontuários após o prazo legal, com requisitos de segurança, sigilo e rastreabilidade.

V.2.1.2 Comissão Revisão Óbito

V.2.1.2.1 Regimento da Comissão de óbito (CRO):

REGIMENTO INTERNO – UPA NORTE E UPA SUL | PALMAS/TO

Minuta padronizada para adoção mediante atos próprios de cada unidade.

Capítulo I

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbito (CRO) é instância técnico-científica, de caráter educativo, analítico e de melhoria da qualidade assistencial, obrigatória nas instituições de saúde, nos termos da Resolução CFM nº 2.171/2017.

Art. 2º A Comissão atuará com independência técnica, preservando a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações analisadas, não possuindo finalidade disciplinar ou punitiva.

Parágrafo único. A apuração de eventual infração ética ou profissional compete aos órgãos e conselhos profissionais legalmente competentes, observados os fluxos previstos neste Regimento.

Art. 3º Constituem referências deste Regimento, no que couber:

- Resolução CFM nº 2.171/2017, que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito;
- Resolução CFM nº 2.152/2016, quanto às Comissões de Ética Médica;
- Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica), com suas alterações vigentes;
- Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito do Ministério da Saúde (2022) e demais normas vigentes do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM;
- Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), sem prejuízo do dever de sigilo profissional e das normas institucionais de segurança da informação.

Capítulo II – Das finalidades e competências

Art. 4º Compete à Comissão de Revisão de Óbito:

- Avaliar todos os óbitos ocorridos na unidade, conforme determina a Resolução CFM nº 2.171/2017;
- Analisar, quando necessário, laudos de necropsia emitidos pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou pelo Instituto Médico Legal (IML);

- Analisar a qualidade e a completude dos registros assistenciais relacionados ao óbito, inclusive a Declaração de Óbito, respeitadas as competências profissionais;
- Identificar oportunidades de melhoria dos processos assistenciais e propor ações educativas e corretivas à Direção Técnica;
- Produzir indicadores e análises do perfil epidemiológico dos óbitos da instituição;
- Elaborar relatório anual detalhado e encaminhá-lo ao Diretor Técnico para as providências cabíveis;
- Atuar de forma articulada com Segurança do Paciente, Vigilância Epidemiológica, Comissão de Revisão de Prontuários e demais instâncias institucionais, quando pertinente e sem sobreposição de competências.

Art. 5º A análise da conduta do médico assistente será realizada obrigatoriamente por médico integrante da Comissão, sendo vedada sua realização por membro não médico.

Art. 6º Ao analisar a conduta médica, o membro médico deverá limitar-se aos fatos e registros disponíveis, elaborando relatório circunstanciado e conclusivo, sem emitir juízo de valor quanto a imperícia, imprudência ou negligência, matéria de competência dos Conselhos de Medicina.

Art. 7º Os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas deverão ser classificados como "óbito a esclarecer", sendo vedado utilizar, para essa finalidade, o termo "morte evitável".

Art. 8º Os casos que necessitem de esclarecimentos sobre condutas médicas serão encaminhados ao Diretor Técnico, que, se necessário, os encaminhará à Comissão de Ética Médica ou, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Situações relacionadas a outros profissionais deverão seguir o fluxo institucional e, quando cabível, ser encaminhadas ao respectivo conselho profissional.

V.2.1.2.2 Capítulo III – Da composição e designação

Art. 9º Os membros da Comissão serão indicados pela Direção Técnica e formalmente designados por ato institucional.

Art. 10º A Comissão será composta por, no mínimo, 3 (três) membros:

1 (um) médico,
1 (um) enfermeiro e
1 (um) outro profissional da área da saúde.

§ 1º Se houver mais de 3 (três) membros, poderão integrar a Comissão, no máximo, 3 (três) médicos e 2 (dois) enfermeiros.

§ 2º Outros profissionais de saúde poderão compor a Comissão, limitado a 1 (um) representante por profissão, observada a necessidade institucional.

§ 3º O Coordenador da Comissão será obrigatoriamente médico.

Art. 11º A Comissão poderá contar com Secretário e, se definido pela instituição, Coordenador Adjunto, sem prejuízo dos limites de composição previstos no artigo anterior.

Art. 12º O mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, permitida recondução, podendo ocorrer substituição a qualquer tempo por necessidade institucional, desligamento, impedimento ou solicitação do membro, mediante atualização do ato de designação.

Capítulo IV – Da Organização e do funcionamento

Art. 13º A Comissão reunir-se-á mensalmente quando houver óbito a ser analisado e poderá realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

§ 1º As reuniões deverão possuir pauta, data, horário e local previamente definidos, com registro em ata.

§ 2º Na ausência de óbitos no período, a Comissão poderá utilizar a reunião programada para avaliação de indicadores, ações educativas, revisão de fluxos e acompanhamento de planos de melhoria.

Art. 14º As deliberações serão tomadas por maioria simples dos membros presentes, devendo constar em ata os encaminhamentos e responsáveis, preservado o conteúdo clínico sigiloso.

Art. 15º A documentação da Comissão será mantida em ambiente institucional seguro, físico ou eletrônico, com acesso restrito às pessoas autorizadas e observância às normas de proteção de dados e sigilo profissional.

Art. 16º Os prontuários e documentos assistenciais utilizados nas análises não poderão ser retirados da instituição fora dos fluxos oficiais de guarda, custódia e acesso.

Art. 17º Poderão ser convidados profissionais ou especialistas para esclarecimentos técnicos, sem direito a voto e mediante compromisso de confidencialidade.

Art. 18º A ausência injustificada em 3 (três) reuniões consecutivas ou 5 (cinco) intercaladas no período de 12 (doze) meses poderá ensejar substituição do membro, após comunicação ao Coordenador e à Direção Técnica.

Capítulo V – Do Fluxo de Análise dos Óbitos

Art. 19º A Comissão deverá manter fluxo padronizado para identificação, seleção documental, análise, classificação, encaminhamento e monitoramento das ações decorrentes dos óbitos.

- Receber a relação de óbitos ocorridos no período e garantir que todos sejam submetidos à avaliação da Comissão;
- Requisitar ao SAME/Arquivo Médico ou setor equivalente os prontuários e documentos necessários;
- Distribuir os casos entre relatores, observando que a avaliação de conduta médica seja realizada exclusivamente por médico membro;

- Registrar os achados em instrumento institucional padronizado;
- Classificar e encaminhar os casos que demandem esclarecimento ou providências adicionais;
- Consolidar achados, indicadores, recomendações e planos de melhoria;
- Monitorar a implementação das medidas aprovadas pela Direção Técnica.

Art. 20º Quando houver indício de evento adverso, falha de processo ou oportunidade de melhoria relacionada à segurança do paciente, a Comissão deverá encaminhar a situação ao Núcleo de Segurança do Paciente ou instância equivalente, preservando o sigilo e evitando duplicidade de investigação.

Art. 21º Óbitos maternos, fetais, infantis, de mulheres em idade fértil e outros sujeitos à vigilância epidemiológica deverão seguir, adicionalmente, os fluxos específicos definidos pelo Ministério da Saúde e pela vigilância local competente.

Capítulo VI – Dos relatórios, indicadores e ações de melhoria

Art. 22º A Comissão elaborará relatório anual detalhado do perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição e o encaminhará ao Diretor Técnico, conforme a Resolução CFM nº 2.171/2017.

Parágrafo único. A instituição poderá adotar consolidações mensais ou trimestrais para fins gerenciais, sem substituir o relatório anual obrigatório.

Art. 23º O relatório deverá, sempre que aplicável, contemplar indicadores como número total de óbitos, distribuição por unidade/setor, faixa etária, causa básica e causas associadas, óbitos encaminhados ao SVO/IML, casos classificados como óbito a esclarecer, qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito, recomendações emitidas e status dos planos de ação.

Art. 24º As informações utilizadas para educação permanente ou apresentação de indicadores deverão ser anonimizadas ou apresentadas de forma agregada sempre que a identificação individual não for necessária.

Capítulo VII – Das atribuições

Art. 25º São atribuições do Coordenador:

- Convocar e coordenar as reuniões;
- Definir a pauta em conjunto com a Secretaria;
- Distribuir os casos para análise;
- Representar a Comissão perante a Direção Técnica;
- Validar atas, relatórios e encaminhamentos aprovados;
- Zelar pelo cumprimento deste Regimento e pela confidencialidade das informações.

Art. 26º São atribuições do Secretário:

- Organizar pautas, convocações e documentos;
- Lavrar e manter as atas;
- Controlar presença, prazos e encaminhamentos;
- Manter o arquivo da Comissão em ambiente seguro;
- Solicitar e devolver prontuários pelos fluxos institucionais autorizados.

Art. 27º São atribuições dos membros:

- Participar das reuniões e análises designadas;
- Emitir parecer técnico dentro de sua competência profissional;
- Cumprir prazos e encaminhamentos pactuados;
- Preservar o sigilo das informações;
- Declarar impedimento ou conflito de interesse quando houver envolvimento direto no caso analisado;
- Contribuir para ações educativas e de melhoria da qualidade assistencial.

Capítulo VIII – Das disposições gerais

Art. 28º Os casos omissos serão analisados pela Comissão e submetidos, quando necessário, à Direção Técnica, observadas as normas legais, éticas e institucionais vigentes.

Art. 29º Este Regimento deverá ser revisado sempre que houver alteração normativa relevante e, no mínimo, a cada 2 (dois) anos, para atualização institucional.

Art. 30º Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Técnica e pela autoridade institucional competente.

Referências normativas

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.171/2017. Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.152/2016. Estabelece normas das Comissões de Ética Médica.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217/2018. Código de Ética Médica, com alterações vigentes.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Óbito: Manual de Instruções para Preenchimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Lei nº 13.709/2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

V.2.1.2.3 ANEXO I – Plano anual de trabalho e cronograma

Atividade	Periodicidade	Evidência
Constituição e atualização da comissão	Na implantação e quando necessário	Portaria e lista de membros
Revisão de todos os óbitos	A cada ocorrência/consolidação mensal	Ficha individual codificada
Reunião e análise crítica	Mensal, com pauta mesmo sem óbitos	Ata e lista de presença
Indicadores e devolutiva às equipes	Mensal	Painel de indicadores
Plano de ação e verificação de eficácia	Conforme achados / trimestral	Plano 5W2H e evidências
Capacitação e educação permanente	Trimestral ou por demanda	Lista de presença e conteúdo
Relatório epidemiológico anual	Anual	Relatório ao Diretor Técnico
Revisão do regimento	Bienal ou por alteração normativa	Versão aprovada

V.2.1.2.4 ANEXO II – Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula / critério	Periodicidade
Cobertura de revisão de óbitos	Óbitos analisados ÷ óbitos ocorridos × 100	Mensal
Prazo de conclusão da análise	Dias entre óbito e conclusão da revisão; apurar mediana	Mensal
Conformidade da documentação	Casos com registros essenciais conformes ÷ casos avaliados × 100	Mensal
Adequação da Declaração de Óbito	DO avaliadas conformes ÷ DO avaliadas × 100	Mensal
Planos de ação no prazo	Ações concluídas no prazo ÷ ações com prazo vencido no período × 100	Trimestral
Reuniões realizadas	Reuniões realizadas ÷ reuniões programadas × 100	Mensal

Cronograma anual de atividades

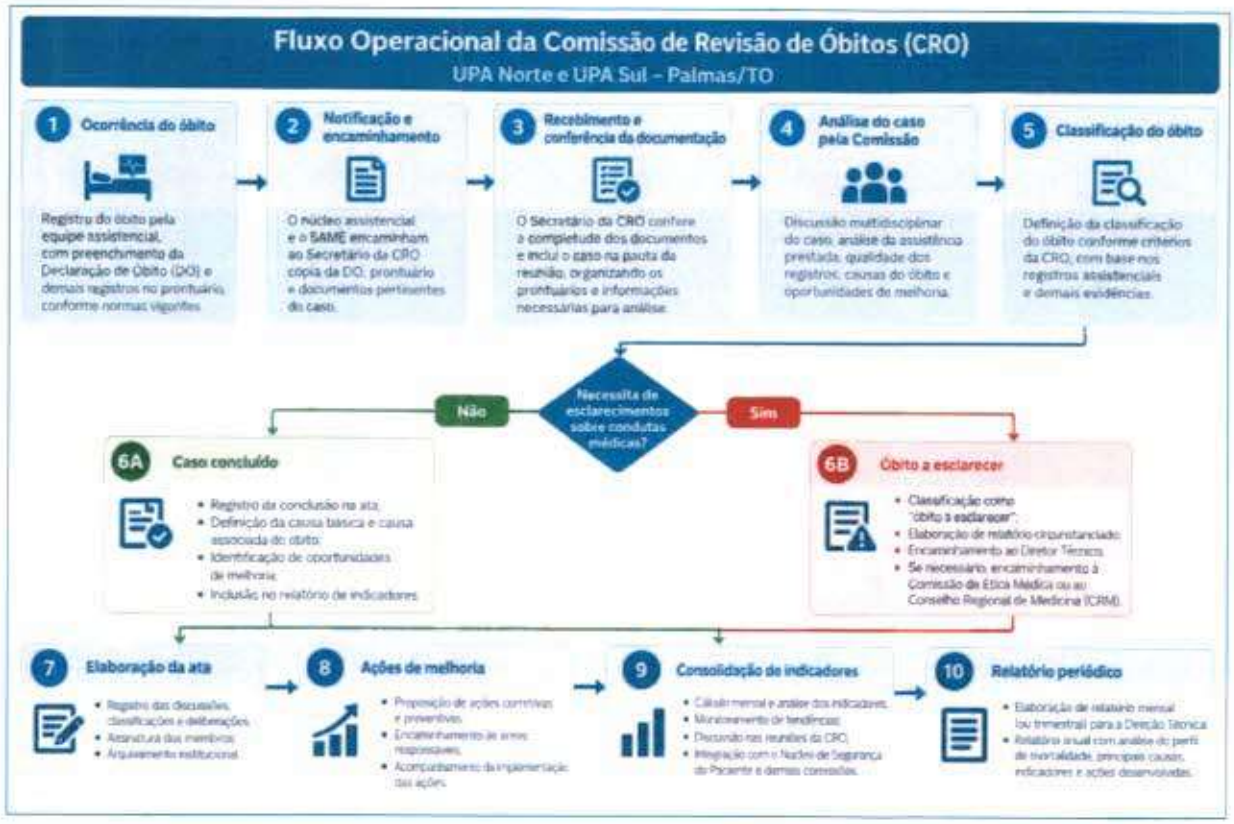
Mês	Atividades Programadas	Periodicidade /Critério	Evidência a ser Gerada
Janeiro	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos	Mensal A cada ocorrência	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada
Fevereiro	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos	Mensal Mensal A cada ocorrência	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada

Mês	Atividades Programadas	Periodicidade /Critério	Evidência a ser Gerada
Março	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos • **1º Ciclo Trimestral:** Verificação de eficácia dos planos de ação (5W2H) • **Capacitação e Educação Permanente** (1º trimestre)	Mensal Mensal A cada ocorrência Trimestral Trimestral	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada Plano 5W2H e evidências Lista de presença e conteúdo
Abril	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos	Mensal Mensal A cada ocorrência	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada
Maio	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos	Mensal Mensal A cada ocorrência	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada
Junho	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos • **2º Ciclo Trimestral:** Verificação de eficácia dos planos de ação (5W2H) • **Capacitação e Educação Permanente** (2º trimestre)	Mensal Mensal A cada ocorrência Trimestral Trimestral	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada Plano 5W2H e evidências Lista de presença e conteúdo
Julho	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos	Mensal Mensal A cada ocorrência	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada

Mês	Atividades Programadas	Periodicidade /Critério	Evidência a ser Gerada
Agosto	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos	Mensal Mensal A cada ocorrência	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada
Setembro	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos • **3º Ciclo Trimestral:** Verificação de eficácia dos planos de ação (5W2H) • **Capacitação e Educação Permanente** (3º trimestre)	Mensal Mensal A cada ocorrência Trimestral Trimestral	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada Plano 5W2H e evidências Lista de presença e conteúdo
Outubro	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos	Mensal Mensal A cada ocorrência	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada
Novembro	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos	Mensal Mensal A cada ocorrência	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada
Dezembro	• Reunião mensal e análise crítica • Apresentação do Painel de Indicadores • Revisão mensal de óbitos • **4º Ciclo Trimestral:** Verificação de eficácia dos planos de ação (5W2H) • **Capacitação e Educação Permanente** (4º trimestre)	Mensal Mensal A cada ocorrência Trimestral Trimestral Anual	Ata e lista de presença Painel de indicadores Ficha individual codificada Plano 5W2H e evidências Lista de presença e conteúdo Relatório ao Diretor Técnico

Mês	Atividades Programadas	Periodicidade /Critério	Evidência a ser Gerada
	• **Elaboração e entrega do Relatório Epidemiológico Anual** ao Diretor Técnico		

V.2.1.2.5 ANEXO III – Fluxo operacional de revisão de óbitos



V.2.1.2.6 ANEXO IV – Modelo de portaria de designação

Portaria Nº ____/2026

PORTARIA Nº ____/20__ – [UPA NORTE / UPA SUL] – PALMAS/TO

A Direção Técnica da [UPA Norte / UPA Sul], no exercício de suas atribuições, resolve constituir a Comissão de Revisão de Óbitos, observada a Resolução CFM nº 2.171/2017 e demais normas aplicáveis.

RESOLVE:

Art. 1º Designar os profissionais abaixo relacionados para compor a Comissão de Revisão de Óbito:

- Dr(a). _____, CRM/TO nº _____ – Coordenador(a);
- Enf. _____, COREN/TO nº _____ – Membro;
- _____, Conselho/TO nº _____ – Membro;

[Demais membros, se houver, respeitados os limites previstos na Resolução CFM nº 2.171/2017].

Art. Art. 2º O mandato será de 24 meses, admitida recondução e substituição por ato formal.

Art. 3º A Comissão cumprirá o Regimento Interno e manterá os registros sob sigilo.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Palmas/TO, ____ de _____ de 20__.

_____ Diretor(a) Técnico(a) – CRM/TO nº _____

V.2.1.2.7 ANEXO V – Elementos mínimos do instrumento de revisão de óbito

- Identificação codificada do caso e número do prontuário;
- Data, horário e setor de ocorrência do óbito;
- Caracterização clínica e síntese da internação/atendimento;
- Análise da Declaração de Óbito e coerência da cadeia causal;
- Necessidade de análise de laudo de SVO/IML;
- Identificação de falhas de registro, processo ou comunicação;
- Classificação como "óbito a esclarecer", quando aplicável;
- Recomendações, responsáveis, prazos e monitoramento;
- Identificação do relator e data da análise.

Observação: o formulário institucional poderá ser adaptado às características assistenciais da unidade, desde que preserve as exigências normativas, o sigilo e a rastreabilidade das análises.

V.2.1.3 Comissão Ética Médica

Modelo aplicável separadamente à cada UPA, sujeito à confirmação do quantitativo do corpo clínico, da exigência editalícia e dos procedimentos do CRM-TO. A Comissão de Ética Médica depende de eleição e homologação, não de simples nomeação pela direção.

V.2.1.3.1 Condições de constituição e composição

A Resolução CFM nº 2.152/2016 é a referência específica para organização, eleição e competências. Confirmar com o CRM-TO o procedimento local vigente. O manual antigo disponível no portal regional remete à Resolução nº 1.657/2002, revogada; não usar suas regras divergentes para substituir a norma atual. [R2, R4]

Corpo clínico	Composição conforme o regulamento do CFM
Até 30 médicos	Sem obrigatoriedade pela regra geral do CFM. Como o Termo exige CEM, solicitar ao CRM-TO orientação para constituição regular e aprovação aplicável.
31 a 999 médicos	No mínimo três membros efetivos e igual número de suplentes.
1.000 médicos ou mais	No mínimo cinco membros efetivos e igual número de suplentes.

A direção clínica deve conferir o corpo clínico elegível e registrar a contagem. Não usar apenas número de empregados como substituto do corpo clínico. Não nomear representantes de enfermagem, administração ou outras profissões como membros votantes da CEM.

Elegibilidade e impedimentos

Verificar vínculo com o corpo clínico, regularidade no CRM e elegibilidade certificada. Diretores técnico, clínico e administrativo e membros da comissão eleitoral não podem integrar a candidatura nas condições previstas no regulamento. Conferir impedimentos ético-profissionais, incluindo penalidade nos últimos oito anos com decisão administrativa definitiva e afastamento cautelar. Preservar o sigilo das informações certificadas. [R2]

Mandato e funções

Proposta de mandato: 24 meses, dentro do intervalo de 12 a 30 meses previsto no CFM; confirmar no regimento e processo eleitoral. Presidente e secretário serão escolhidos entre os efetivos. O secretário substitui o presidente em impedimentos ocasionais. Renovação, vacância e substituições seguem o regulamento e comunicação ao CREM-TO

Compatibilização com o Termo de Referência

O prazo de implantação deverá ser confirmado no edital e no Termo de Referência de Palmas/TO. O CFM exige antecedência de 30 dias do edital à eleição, além dos demais atos. Planejar imediatamente e formalizar com a contratante e o CRM-TO as providências e eventuais impedimentos. Não abreviar prazo eleitoral, presumir homologação nem retroagir documentos para aparentar cumprimento contratual.

Ato preparatório e edital eleitoral

Minuta de designação da comissão eleitoral

Ato da Direção Clínica Nº [ ]/[ ]

O(A) Diretor(a) Clínico(a) [NOME], CRM-TO [ ], considerando a Resolução CFM nº 2.152/2016, designa [NOMES E QUALIFICAÇÕES] para a comissão eleitoral responsável por organizar o pleito da CEM da unidade, observadas as orientações do CRM-TO. Os designados não poderão candidatar-se à CEM. Compete à comissão eleitoral preparar e divulgar edital, lista de votantes, inscrições, votação, apuração, recursos e documentação para homologação. Este ato não designa os futuros membros da CEM.

Data nome CRM e assinatura do diretor clínico

Modelo de edital

Edital Nº [ ] Eleição da Comissão de Ética Médica

Item	Preenchimento obrigatório
Instituição e corpo clínico	[Nome registro e quantitativo confirmado]
Publicação e eleição	[Datas com antecedência mínima de 30 dias]
Local horário e modalidade de votação	[Definir conforme orientação do CRM-TO]
Inscrição de chapas	[Canal e prazo até pelo menos 15 dias antes da eleição]
Composição da chapa	[Efetivos e igual número de suplentes conforme porte]
Documentação	[Aquiescência de todos CRM e comprovações de elegibilidade]
Eleitores	[Lista validada e canal para correção]
Divulgação das chapas	[Período mínimo de uma semana]
Apuração	[Imediatamente após o encerramento]
Recursos	[Canal; prazo de até dois dias após o fato]
Homologação	[Encaminhamento ao CRM-TO; resultado sujeito à decisão]

Votação direta e secreta pelos médicos do corpo clínico, sem procuração. Edital deve esclarecer regras de votos válidos, brancos e nulos, fiscalização e tratamento de empate conforme orientação do CRM-TO.

Não criar critério de desempate sem previsão previamente validada. [R2]

Comissão eleitoral nomes assinaturas data e comprovação da divulgação.

Inscrição de chapa e ata eleitoral

Modelo de requerimento de inscrição

À Comissão Eleitoral. Os médicos abaixo identificados requerem inscrição da chapa [NOME/NÚMERO] para a CEM, indicando como representante [NOME/CRM]. Declaram ciência das regras e apresentam documentação de elegibilidade. A inscrição fica sujeita à conferência e às decisões do processo eleitoral.

Nome e CRM	Efetivo ou suplente	Aquiescência e assinatura
[Preencher]	[Preencher]	[Preencher]
[Preencher]	[Preencher]	[Preencher]
[Preencher]	[Preencher]	[Preencher]

Reproduzir linhas para todos os integrantes e anexar comprovações. Não publicar dados de antecedentes protegidos; registrar somente o resultado de elegibilidade conforme o CRM.

Modelo de ata de eleição e apuração

Ata nº [ ] Data [ ] Instituição [ ] Local [ ] Horários [ ]

Edital comissão eleitoral e fiscais presentes

Apuração	Quantidade ou registro
Eleitores aptos e votantes	[ ] / [ ]
Chapa [ ] votos	[ ]
Chapa [ ] votos	[ ]
Votos brancos e nulos	[ ] / [ ]
Total conferido	[ ]

Apuração	Quantidade ou registro
Resultado apurado	[Preencher sem presumir homologação]
Ocorrências e recursos	[Preencher]

Concluída a apuração, lavra-se o resultado real, com os nomes e CRM dos integrantes da chapa eleita em anexo. O diretor clínico encaminhará a ata e os documentos ao CRM-TO para homologação e registro. O resultado e a posse devem seguir o procedimento do Conselho.

Assinaturas da comissão eleitoral fiscais e data

Anexos: edital e prova de divulgação, lista de votantes, inscrições e elegibilidade, divulgação das chapas, lista assinada dos votantes e recursos/decisões. Preservar sigilo do voto e documentação eleitoral.

Ato de reconhecimento e quadro de membros

Minuta de Ato Institucional Nº [ ]/[ ] Utilizar Após os Atos Competentes

O(A) [AUTORIDADE], da [INSTITUIÇÃO], considerando a eleição realizada em [DATA], a homologação e o registro pelo CRM-TO em [ATO/DATA] e a posse em [ATO/DATA], resolve:

Art. 1º Dar ciência institucional à composição regularmente constituída da Comissão de Ética Médica, descrita no quadro abaixo, para mandato de [INÍCIO] a [FIM]. Este ato reconhece o resultado e não constitui nomeação discricionária dos membros.

Art. 2º Assegurar autonomia, tempo, ambiente reservado, arquivo próprio e recursos necessários ao funcionamento, sob responsabilidade de suporte do diretor técnico, sem interferência da gestão nas apurações ou no encaminhamento ao CRM.

Art. 3º Registrar a escolha de presidente e secretário realizada na primeira reunião, mediante ata própria, sem escolha desses cargos pela direção. Disponibilizar o certificado emitido pelo CRM em local visível, observando as orientações do Conselho.

Art. 4º Os documentos organizacionais serão compatibilizados com o Termo e encaminhados à Administração Pública no que couber, preservando a subordinação ética ao CRM-TO, a autonomia e o sigilo dos autos.

Membro efetivo	CRM	Suplente e CRM
[Nome 1]	[ ]	[Nome e CRM]
[Nome 2]	[ ]	[Nome e CRM]
[Nome 3]	[ ]	[Nome e CRM]
[Adicionar quando exigido]	[ ]	[Adicionar quando exigido]

O quadro registra o elenco, sem impor vinculação individual de suplente a titular quando não definida no ato do CRM. Convocações observarão a ordem e o procedimento reconhecidos pelo Conselho.

Função ou ato	Identificação
Presidente eleito na primeira reunião	[Nome CRM ata e data]
Secretário eleito na primeira reunião	[Nome CRM ata e data]
Certificado e posse do CRM-TO	[Referências]

Autoridade institucional nome cargo assinatura e data

Regimento da finalidade e autonomia

Art. 1º A CEM é órgão de apoio ao CRM-TO, com funções educativas, fiscalizadoras e investigatórias no âmbito do corpo clínico ao qual está vinculado seu registro, nos termos da Resolução CFM nº 2.152/2016.

Art. 2º A comissão possui autonomia frente à direção e à administração. Seu suporte material não confere à instituição poder de revisar conclusões, reter comunicações ao Conselho ou exigir acesso irrestrito a apurações sigilosas.

Art. 3º São atribuições: acompanhar condições éticas do exercício médico; orientar profissionais e pacientes; promover educação ética; colaborar com o CRM; instaurar procedimentos preliminares quando cabíveis; comunicar indícios e irregularidades nos termos aplicáveis. A atuação não equivale a julgamento ético-profissional.

Art. 4º A CEM não aplica penas éticas, não declara culpa, não emite juízo de valor sobre os fatos apurados e não substitui o CRM. Não constitui comissão disciplinar de recursos humanos, comitê de ética em pesquisa ou órgão de aprovação de protocolos científicos.

Art. 5º A execução de medidas educativas ou melhorias institucionais não condiciona nem substitui encaminhamento de denúncia ou indício ao CRM-TO. Acordos informais, desistência ou cumprimento de treinamento não serão utilizados como encerramento automático de matéria ética.

Art. 6º Presidente e secretário desempenham as funções do regulamento do CFM. O presidente distribui trabalhos e representa a CEM; o secretário mantém atas e arquivo próprio e substitui o presidente em ausências ocasionais. Efetivos e suplentes convocados atuam conforme suas atribuições.

Art. 7º O mandato será de 24 meses, proposta a confirmar no processo eleitoral. Alterações de composição e impedimentos devem ser comunicados ao CRM-TO. Investidura em cargo diretivo, saída do corpo clínico e demais hipóteses serão tratadas conforme o regulamento, sem substituição arbitrária pela direção.

Art. 8º Vacância de presidente ou secretário exige nova escolha entre efetivos. Vacância em metade ou mais dos cargos exige providências eleitorais previstas no CFM. Renovação deverá observar eleição até 30 dias antes do término do mandato, com planejamento de edital e demais etapas.

Interfaces institucionais

A CEM pode encaminhar recomendações de processo à direção, NEP, NSP ou outras áreas, com o mínimo de informação necessário. Demandas de segurança imediata seguem os fluxos assistenciais competentes paralelamente. Outros profissionais podem contribuir quando apropriado, sem tornar-se membros votantes ou receber acesso indevido aos autos.

Regimento das reuniões e documentação

Art. 9º Realizar reuniões ordinárias bimestrais, conforme art. 23 do regulamento CFM, e extraordinárias sempre que necessário. Afixar o calendário em local acessível ao corpo clínico. Não adiar comunicações urgentes para a reunião ordinária.

Art. 10. As reuniões serão instaladas com a presença da maioria dos membros efetivos, admitida a substituição por suplente regularmente convocado

Art. 11. Deliberar por maioria simples, com voto qualificado do presidente em caso de empate, conforme art. 25 do regulamento CFM. A regra contratual de participação não altera as competências do Conselho. Sem presença mínima, registrar e reagendar; providências urgentes legalmente devidas continuam pelos responsáveis.

Art. 12. Toda reunião terá ata sigilosa com participantes, substituições, pauta, deliberações, responsáveis, prazos e assinaturas. Atividades didático-pedagógicas podem ter registro de divulgação, sem identificação dos envolvidos em casos. Não enviar atas de apuração à gestão como rotina administrativa.

Art. 13. A secretaria manterá arquivo próprio, registro de expedientes, calendário, atas, protocolos ao CRM-TO e controle de prazos. Relatórios administrativos externos limitar-se-ão a dados agregados e evidências de funcionamento compatíveis com o sigilo, sem expor denunciantes, médicos ou pacientes.

Art. 14. Acesso aos autos observará a restrição às partes, aos membros competentes da CEM e ao CRM, conforme art. 29. Solicitações de terceiros serão encaminhadas ao presidente e ao CRM-TO quando necessário. Não presumir acesso irrestrito da direção, auditoria contratual ou consultores.

Art. 15. Utilizar repositório institucional segregado, controle de acesso, registro de movimentação e preservação de versões. Autos deverão manter ordenação Art. 13. A secretária manterá arquivo próprio, registro de expedientes, calendário, atas, protocolos ao CRM-TO e controle de prazos. Relatórios administrativos externos limitar-se-ão a dados agregados e evidências de funcionamento compatíveis com o sigilo, sem expor denunciantes, médicos ou pacientes.

Art. 16. Acesso aos autos observará a restrição às partes, aos membros competentes da CEM e ao CRM, conforme art. 29. Solicitações de terceiros serão encaminhadas ao presidente e ao CRM-TO quando necessário.

Art. 17. Utilizar repositório institucional segregado, controle de acesso, registro de movimentação e preservação de versões. Autos deverão manter ordenação cronológica, numeração e autenticação segundo a norma e orientação do CRM, inclusive quanto ao meio eletrônico. Não adotar descarte arbitrário.

Art. 18. Revisar este regimento quando necessário. Ajustes organizacionais devem respeitar o regulamento nacional e as orientações regionais. A aprovação contratual pela Administração não substitui os atos do CRM-TO nem lhe transfere competência sobre apurações.

Ata de aprovação do CEM protocolo junto ao CRM-TO e vigência

Ciência institucional e aprovação organizacional aplicável sem acesso aos autos

Regimento do recebimento e apuração

Art. 19. Receber manifestações em canal institucional restrito, registrar data, origem, objeto e documentos. Denúncia formal deve ser escrita e identificada; informação de outra natureza será tratada segundo a competência da CEM e orientação do CRM, podendo motivar atuação de ofício, sem investigação informal secreta paralela.

Art. 20. Denúncias de natureza ética de que a CEM tenha ciência serão encaminhadas ao CRM conforme o Código de Processo Ético-Profissional e a resolução específica. Não condicionar esse encaminhamento ao término de um plano de ação, aprovação da direção ou reunião ordinária. [R3]

Art. 21. A apuração interna, quando instaurada por denúncia ou de ofício, terá despacho do presidente e comunicação imediata ao CRM-TO para protocolo e acompanhamento, nos termos do regulamento nexo a Resolução CFM n° 2.152/2016.

Art. 22. O presidente designará membro para esclarecimento dos fatos, com registro dos impedimentos.

Art. 23. Informar os envolvidos dos fatos e solicitar os esclarecimentos cabíveis mediante ofício. Observar o prazo de 15 dias contado da juntada do comprovante de recebimento, conforme art. 28. Registrar envio, recebimento, juntada e vencimento; não reduzir o prazo por meta interna.

Art. 24. Reunir documentação pertinente sem juízo de culpa, identificando fontes, relatos e lacunas. A CEM não impõe sanção nem substitui processo ético-profissional. Dúvidas procedimentais, acesso ou atos fora de sua competência devem ser submetidos ao CRM-TO.

Art. 25. Havendo denúncia envolvendo membro da CEM, esse membro se abstém e os autos devem ser remetidos diretamente ao CRM-TO, conforme art. 32. Se envolver a presidência, registrar o impedimento, acionar o secretário no limite de sua atribuição e solicitar orientação imediata ao Conselho.

Art. 26. Ao concluir a apuração factual, lavrar termo de encerramento e encaminhar os autos ao presidente, observando o art. 30 e as obrigações atuais de comunicação ao CRM. Eventual sugestão de arquivamento não equivale a absolvição nem autoriza suprimir denúncia de natureza ética do conhecimento do Conselho.

Art. 27. Manter os documentos relacionados aos fatos nos autos e preservar comprovantes de encaminhamento. O desfecho no CRM e a execução de melhorias são controles distintos. Não usar eficácia de uma ação para encerrar, retirar ou omitir denúncia.

Art. 28. Encaminhar ao CRM-TO relatório de atividades a cada seis meses ou quando solicitado. O conteúdo e o meio seguirão a orientação do Conselho. Casos omissos serão submetidos ao CRM-TO

Marco	Entrega	Responsável
Início do planejamento	Consultar CRM-TO; conferir corpo clínico, mandato e elegibilidade	Direção clínica
Antes do edital	Designar comissão eleitoral e preparar lista de votantes	Direção clínica e comissão eleitoral
Até E menos 30 dias	Divulgar edital e lista validada	Comissão eleitoral
Até E menos 15 dias	Receber candidaturas por chapas	Comissão eleitoral
No mínimo uma semana	Divulgar chapas inscritas antes do pleito	Comissão eleitoral
E	Votar, apurar e lavrar ata	Comissão eleitoral
Até dois dias após o fato	Receber protestos recursos e impugnações conforme norma	Comissão eleitoral e CRM
Após apuração	Encaminhar documentação para homologação e registro	Diretor clínico
Após atos do CRM	Posse; primeira reunião e escolha de presidente e secretário	CRM-TO e membros
Renovação	Realizar eleição até T menos 30 dias	Responsáveis pelo processo

Funcionamento contínuo

A secretaria confere entradas e vencimentos em rotina diária nos dias de funcionamento, com canal para urgência; o presidente acompanha comunicações imediatas. A comissão realiza reunião bimestral e educação conforme plano; mantém avaliação mensal de pendências administrativas; e presta relatório semestral ao CRM.

A direção técnica fornece ambiente reservado, arquivo próprio, recursos e tempo. A comissão solicita apoio por demanda de processo, preservando conteúdo sigiloso. A implantação contratual deve ser documentada com marcos reais e protocolos; o cronograma eleitoral não pode ser ficticiamente comprimido.

9 Calendário de atividades

M1 corresponde ao mês da primeira reunião após posse e assim suscetivelmente.

Mês	Data	Atividade prevista
M1	[ ]	Primeira reunião; presidente secretário regimento e plano.
M2	[ ]	Atividade educativa e controle de prazos.
M3	[ ]	Reunião ordinária; condições de trabalho e pendências.
M4	[ ]	Educação sobre registros e sigilo; avaliação de ações.
M5	[ ]	Reunião ordinária; orientações e melhoria de processos.
M6	[ ]	Relatório semestral ao CRM-TO e avaliação do semestre.
M7	[ ]	Reunião ordinária; revisão do plano educativo.
M8	[ ]	Atividade educativa sobre relação médico paciente.
M9	[ ]	Reunião ordinária; resultados de ações e pendências.
M10	[ ]	Avaliação de eficácia e necessidades de suporte.
M11	[ ]	Reunião ordinária; planejamento do ciclo seguinte.

Mês	Data	Atividade prevista
M12	[ ]	Relatório semestral e revisão anual dos instrumentos.

Pauta fixa das reuniões:

Presença substituições impedimentos e validação da ata anterior.

Expedientes e prazos, em ambiente sigiloso.

Comunicações ao CRM-TO e demandas de orientação.

Atividades educativas e condições éticas de trabalho.

Ações institucionais de melhoria, eficácia e obstáculos.

Decisões responsáveis e datas.

Planejar o próximo processo eleitoral com antecedência suficiente para concluir as etapas antes do término do mandato. Não aguardar o último mês para publicar edital de renovação.

Modelo de ata da primeira reunião

Modelo para Preenchimento Após Posse Regular

Ata nº [ ] Data [ ] Local [ ] Horários [ ]

Eleição homologação registro e posse no CRM-TO atos e datas

Efetivos suplentes convocados impedimentos e participação

Reuniram-se os membros regularmente empossados para organizar o funcionamento da CEM. Procedeu-se à escolha de presidente e secretário entre os membros efetivos, com o resultado efetivamente obtido registrado abaixo.

Deliberação	Resultado e evidência
Presidente escolhido	[Nome CRM forma de escolha e resultado]
Secretário escolhido	[Nome CRM forma de escolha e resultado]
Mandato	[Início e término reconhecidos]
Regimento e plano	[Aprovação ajustes ou pendências]
Calendário	[Datas aprovadas e divulgação]
Canal sigiloso e arquivo	[Responsáveis e condições]
Comunicação ao CRM-TO	[Responsável prazo e protocolo]
Necessidades de suporte	[Pedido sem conteúdo de apuração]

Divergências votos abstenções e providências

Próxima reunião

Nome e CRM	Condição	Assinatura e data
[Preencher]	[Efetivo ou suplente convocado]	[Preencher]
[Preencher]	[Efetivo ou suplente convocado]	[Preencher]
[Preencher]	[Efetivo ou suplente convocado]	[Preencher]

Reproduzir linhas conforme composição. Não preencher atos do CRM-TO antes de sua ocorrência nem utilizar esta ata como substituto da posse pelo Conselho.

Modelo de ata ordinária ou extraordinária

Documento Sigiloso Acesso Conforme Competência

Ata nº [ ] Tipo [ ] Data [ ] Horários [ ] Local [ ]

Presidência secretaria convocação e pauta

Composição efetiva [ ] Presentes ou substituídos [ ] Participação [ ]%

Suplentes convocados impedimentos e fundamento

Pauta ou expediente codificado	Deliberação factual	Responsável prazo e registro
Ata anterior	[Preencher]	[Preencher]
Expediente [código]	[Preencher sem juízo de culpa]	[Preencher]
Comunicação ao CRM	[Preencher]	[Preencher]
Educação e orientações	[Preencher]	[Preencher]
Melhoria institucional	[Preencher]	[Preencher]
Eficácia das ações	[Preencher]	[Preencher]

Votos abstenções empate e voto qualificado quando aplicável

Encaminhamentos próxima reunião e anexos restritos

Nome e CRM	Assinatura e data
[Preencher]	[Preencher]
[Preencher]	[Preencher]
[Preencher]	[Preencher]

A ata e os anexos de apuração são sigilosos. Para comprovação contratual de funcionamento, preparar registro administrativo agregado compatível com orientação do CRM; não encaminhar automaticamente a íntegra das atas à direção ou à contratante.

Registro de expediente e comunicação ao CRM-TO

Campo restrito	Registro
Código e data de recebimento	[Preencher]
Origem e identificação em acesso restrito	[Preencher]
Objeto factual e documentos recebidos	[Preencher]
Urgência ou risco imediato identificado	[Preencher]
Natureza ética e providência de encaminhamento	[Preencher decisão competente]
Despacho e membro designado quando cabível	[Preencher]
Comunicação imediata da instauração ao CRM	[Data canal protocolo]
Esclarecimentos solicitados	[Envio recebimento juntada e vencimento]
Impedimentos e conflitos	[Preencher]
Movimentações e próxima providência	[Preencher]
Termo de encerramento interno e destino dos autos	[Preencher sem decisão de culpa]

Modelo de ofício

Ofício Sigiloso Nº [ ]/[ ] ao CRM-TO

Assunto: [Comunicação de denúncia/instauração de apuração/remessa de autos/pedido de orientação]. A Comissão de Ética Médica de [INSTITUIÇÃO], registro [ ], encaminha o expediente [CÓDIGO], recebido em [DATA], com os documentos relacionados no índice anexo. Registra-se [DESCRIÇÃO OBJETIVA DA PROVIDÊNCIA], sem emissão de juízo de valor sobre os fatos. Solicita-se [ORIENTAÇÃO OU PROVIDÊNCIA CABÍVEL].

Presidente nome CRM assinatura data e protocolo de recebimento

Controle de esclarecimentos

Registrar destinatário, objeto, comprovante de recebimento, data da juntada, prazo normativo e resposta. Não converter ausência de resposta em confissão ou sanção pela CEM. Submeter ao CRM-TO os encaminhamentos cabíveis.

Indicadores de funcionamento

Indicadores gerenciais propostos, sem metas de condenação, arquivamento, redução de denúncias ou produção de processos. As metas de prazo não autorizam restringir acesso, suprimir comunicação ou reduzir prazo de esclarecimentos. A participação mínima de 70% dos membros.

Indicador	Cálculo	Meta proposta e fonte
Participação	Cadeiras efetivas presentes ou regularmente substituídas ÷ total efetivo × 100	≥70%; lista de presença por reunião.
Reuniões realizadas	Reuniões ordinárias realizadas ÷ previstas no período × 100	100%; calendário e atas.
Comunicação rastreável	Expedientes que exigem comunicação ao CRM com comprovante ÷ total que exige comunicação no período × 100	100%; protocolos. Conferir tempestividade individualmente.

Indicador	Cálculo	Meta proposta e fonte
Relatórios semestrais	Relatórios enviados ÷ relatórios devidos no período × 100	100%; protocolos do CRM.
Plano educativo	Atividades realizadas ÷ atividades aprovadas para o período × 100	100%; registros de educação.
Ações executadas no prazo	Ações concluídas até prazo original ÷ ações com vencimento original no período × 100	100%; plano de melhoria.
Eficácia avaliada	Avaliações realizadas até a data prevista ÷ avaliações devidas no período × 100	100%; pareceres de eficácia.

A secretaria consolida e a CEM confere. Guardar numerador, denominador, período e versão. Denominador zero significa não aplicável; ausência de informação é pendência. Prazos legais e comunicações imediatas são controlados evento a evento; resultado mensal de 100% não prova ausência de atraso.

Relatórios gerenciais à instituição devem usar dados agregados, sem identificação ou conclusão sobre casos. Volume baixo pode permitir reidentificação; ajustar a divulgação. Aumentar recebimento de manifestações pode indicar maior confiança no canal, não piora automática da ética profissional.

Painel

- Competência indicador numerador denominador resultado meta e fonte.
- Desvio providência responsável prazo e validação.

Ações de melhoria e avaliação de eficácia

As ações corretivas deste instrumento tratam de processos institucionais e educativos. Não são punição, acordo disciplinar, julgamento ou condição para comunicar matéria ética ao CRM. Seu acompanhamento fica separado dos autos individuais.

Situação ilustrativa	Ação possível	Eficácia a verificar
Canal de contato pouco conhecido	Divulgar orientação de acesso e fluxo sem expor casos	Verificar conhecimento dos profissionais e funcionamento do canal por teste autorizado.
Falhas de sigilo documental	Rever permissões e orientar equipe autorizada	Auditoria confirma acesso conforme perfil e rastreabilidade na janela aprovada.
Registro assistencial incompleto	Recomendação ao gestor e à comissão de prontuários com educação pertinente	Conferência de amostra definida demonstra melhoria sustentada dos campos pertinentes.
Dificuldade de comunicação com pacientes	Atividade educativa e revisão do processo pela área responsável	Avaliação de compreensão e registros de comunicação segundo critério aprovado.
Atrasos em protocolos ao Conselho	Definir responsável e substituto com alertas de prazo	Todos os eventos elegíveis possuem protocolo tempestivo durante a observação.

Os exemplos não representam achados reais. Medidas que afetem autonomia clínica ou direitos devem ser examinadas pela instância competente. A CEM emite recomendações de processo sem antecipar responsabilização ética individual.

Registro da ação

Campo	Preenchimento
Código problema e evidência administrativa	[Sem conteúdo indevido dos autos]
Causa ou hipótese de processo	[Preencher]
Ação responsável recursos e prazo original	[Preencher]
Critério de eficácia e linha de base	[Preencher antes de executar]
Fonte amostra e período de avaliação	[Preencher]
Execução comprovada	[Data e evidência]
Resultado da eficácia	[Eficaz parcial ineficaz ou inconclusiva]
Decisão e sustentação	[Encerrar ajustar reabrir e data de revisão]

A realização de treinamento demonstra entrega, não eficácia. Ausência de denúncias não comprova melhoria. Avaliação inconclusiva exige nova observação; não encerrar como eficaz. Prorrogações devem preservar o prazo original e a justificativa. Nenhuma dessas decisões altera o curso de expediente no CRM.

Relatórios verificação e referências

Relatório semestral ao CRM-TO

Incluir identificação e registro da CEM, composição e alterações, reuniões, atividades educativas e fiscalizadoras, expedientes e providências segundo o nível de sigilo indicado pelo Conselho, comunicações, dificuldades de funcionamento e pedidos de orientação. Preservar comprovante do envio e eventuais diligências.

Lista de verificação

Verificação	Situação e evidência
Porte do corpo clínico e composição conferidos	[Preencher]
Comissão eleitoral edital e chapas regulares	[Preencher]
Votação apuração recursos e documentação preservados	[Preencher]
Homologação registro posse e certificado do CRM-TO	[Preencher]
Presidente e secretário escolhidos entre efetivos	[Preencher]
Autonomia recursos arquivo e canal restrito assegurados	[Preencher]
Calendário atas e participação documentados	[Preencher]
Comunicações ao Conselho e relatórios em dia	[Preencher]
Indicadores e ações sem metas disciplinares	[Preencher]

Referências consultadas em 01 de outubro de 2026

Termo de Referência Edital de Palmas/TO

Resolução CFM nº 2.152/2016 e regulamento anexo. Referência específica de eleição, organização, competências, apuração e relatórios. Revoga a Resolução nº 1.657/2002. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2152_2016.pdf

CFM. Código de Processo Ético-Profissional vigente, capítulo da sindicância: encaminhamento ao CRM das denúncias de natureza ética conhecidas pela CEM. Código de Ética Médica: Resolução nº 2.217/2018 e alterações aplicáveis. https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-de-processo-etico-profissional-atual/capitulo-ii-da-sindicancia

CRM-TO. Serviços para empresas, homologação da comissão de ética. Confirmar documentação e procedimento locais antes de publicar o edital. https://crmto.org.br/servicos-para-empresas/

V.2.1.4 Comissão de Ética de Enfermagem

Comum as UPAs (UPA Norte e UPA Sul)

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da instituição Unidade de Pronto Atendimento UPA Norte José de Souza Dourado/UPA Sul Gerson Pires de Aguiar, sob gestão do Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL, exerce mediante delegação do Coren-TO, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem na instituição, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem nesta instituição.

Sera instituída uma CEE para cada unidade de saúde mantendo a composição que atenda, ao menos, o mínimo exigido pela legislação COFEN.

Capítulo II – da finalidade

Art. 2º O presente Regimento Interno tem como finalidade estabelecer as normas de funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, criada para zelar pelo cumprimento dos princípios éticos que regem a profissão, conforme estabelecido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na legislação vigente.

Art. 3º A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela (o) _____(nome instituição), estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia em assuntos pertinentes à ética em enfermagem. Parágrafo único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá estabelecer o cronograma de suas atividades.

Art. 4º A Comissão de Ética de Enfermagem tem caráter consultivo, educativo e fiscalizador, atuando em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) no âmbito da instituição.

Capítulo II – das competências

Art. 5º Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

I. Zelar pela observância do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
II. Orientar, aconselhar e fiscalizar o comportamento ético dos profissionais de enfermagem.

III. Receber, analisar e encaminhar ao COREN as denúncias ou infrações éticas que envolvam os profissionais de enfermagem da instituição.
IV. Promover ações educativas voltadas para a divulgação e atualização do Código de Ética.
V. Analisar casos relacionados a condutas antiéticas e propor medidas preventivas e corretivas.
VI. Elaborar relatórios periódicos sobre suas atividades e encaminhá-los à direção da instituição e ao COREN-TO

V.2.1.4.1 Capítulo III – da Composição e Organização

Art. 6º A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros eleitos pelos profissionais de enfermagem da instituição, respeitando-se a proporcionalidade entre enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Art. 7º A composição da Comissão será de, no mínimo, 5 (cinco) membros efetivos e 2 (dois) membros suplentes, com mandatos de 2 (dois) anos, permitida a reeleição.

Art. 8º A organização interna da Comissão de Ética de Enfermagem será composta por:

I. Presidente – responsável pela condução das atividades e representação da Comissão junto à direção da instituição e ao COREN.
II. Vice-presidente – responsável por substituir o Presidente em suas ausências e auxiliar nas atividades.
III. Secretário(a) – responsável pela documentação e atas das reuniões, bem como pela guarda dos documentos relacionados às atividades da Comissão.

Art. 9º O processo eleitoral para a escolha dos membros da Comissão será realizado a cada 2 (dois) anos, com a participação dos profissionais de enfermagem da instituição.

Capítulo IV – das Atribuições dos Membros

Art. 10º São atribuições dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

I. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão.
II. Analisar e emitir pareceres sobre os casos que envolvam questões éticas.

III. Atuar como agentes multiplicadores do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, promovendo sua disseminação entre os colegas de trabalho.
IV. Colaborar com a execução de ações educativas propostas pela Comissão.
V. Manter o sigilo das informações recebidas e discutidas no âmbito da Comissão.
VI. Exercer suas funções com imparcialidade e responsabilidade, em consonância com os princípios éticos e legais.

V.2.1.4.2 Capítulo V – das reuniões

Art. 11º A Comissão de Ética de Enfermagem se reunirá ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente ou por solicitação de, no mínimo, 2 (dois) membros.

Art. 12º As reuniões serão registradas em atas, contendo o resumo das deliberações e os encaminhamentos adotados.

Art. 13º Para que as reuniões tenham validade, é necessária a presença da maioria absoluta dos membros da Comissão.

Capítulo VI – dos processos de denúncia

Art. 14º Toda denúncia ou comunicação de infração ética deverá ser formalizada por escrito, contendo os dados do denunciante, do denunciado e a descrição dos fatos, e encaminhada à Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 15º A Comissão de Ética de Enfermagem, ao receber a denúncia, deverá proceder à análise preliminar e, caso julgue necessário, iniciar o processo de apuração dos fatos.

Art. 16º No processo de apuração, será assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa ao profissional de enfermagem envolvido.

Art. 17º Após a conclusão da análise, a Comissão poderá:

I. Propor medidas educativas ao profissional, se constatar que a conduta é passível de orientação.

II. Encaminhar a denúncia ao COREN, se houver indícios de infração ética grave.

Art. 18º O sigilo das informações e dos envolvidos no processo será mantido durante toda a apuração, exceto quando o caso exigir o encaminhamento ao COREN.

Capítulo VII - das eleições

Art. 19º - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem.

Art. 20º - O(A) Enfermeiro(a) Responsável Técnico – Gestor do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

§ 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico da instituição.

§ 2º - A convocação para eleição será feita por meio de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para as eleições.

§ 3º - Os candidatos poderão pertencer a todas as categorias de Enfermagem (enfermeiros e tecnicos de enfermagem).

Art. 21º - Os membros da Comissão Eleitoral e os candidatos que irão concorrer na eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender os seguintes requisitos:

§ 1° - Possuir registro profissional no Coren-TO, regularidade cadastral e financeira para com essa autarquia federal;

§ 2° - Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao Coren-TO, anterior à data do registro da candidatura;

§ 3° - Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.

§ 4° - Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos 5 (cinco) anos.

Art. 22º - Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no Coren-TO e com vínculo empregatício na instituição.

Art. 23º - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de no máximo 48 horas após as eleições e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último à instância superior – o Coren-TO.

Capítulo VII – das disposições gerais

Art. 24º O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta de qualquer membro da Comissão, desde que aprovado pela maioria absoluta dos membros.

Art. 25º Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão de Ética de Enfermagem, em conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a legislação vigente.

Art. 26º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Comissão de Ética de Enfermagem e pela direção da instituição.

V.2.1.4.3 Capítulo VIII – Do funcionamento e das reuniões

Art. 27. A Comissão realizará reuniões ordinárias mensais, conforme calendário aprovado, e reuniões extraordinárias quando necessário.

Art. 28. As reuniões deverão ser documentadas por meio de atas, contendo data, horário, participantes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos.

Art. 29. As deliberações observarão o quórum e as regras de funcionamento previstos nas normas profissionais e nos atos de constituição da Comissão.

Art. 30. As situações que demandarem comunicação urgente ao COREN-TO não deverão aguardar a próxima reunião ordinária.

Capítulo IX – Do sigilo e da confidencialidade

Art. 31. Os membros deverão preservar o sigilo profissional e a confidencialidade das informações recebidas, observando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e as normas do Sistema COFEN/COREN.

Art. 32. Os registros relativos a manifestações éticas deverão permanecer em ambiente seguro, com acesso restrito aos profissionais autorizados.

Art. 33. A Comissão não possui competência para aplicar penalidades ético-profissionais, atribuição reservada às instâncias legalmente competentes.

Capítulo X – Da integração institucional

Art. 34. A Comissão manterá articulação com a Coordenação de Enfermagem, Responsável Técnico de Enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente, Educação Permanente e Direção da UPA.

Art. 35. A integração institucional não poderá comprometer a autonomia técnica da Comissão nem autorizar o compartilhamento indevido de informações sigilosas.

Capítulo XI – Do monitoramento e avaliação

Art. 36. A Comissão acompanhará indicadores relacionados ao cumprimento do cronograma de reuniões, participação dos membros, atividades educativas realizadas e encaminhamentos administrativos concluídos.

Art. 37. Os resultados serão consolidados periodicamente em relatório institucional, respeitados os limites de confidencialidade.

Capítulo XII – Das disposições finais

Art. 38. O Regimento deverá ser revisto quando houver alterações normativas ou necessidades institucionais relevantes.

Art. 39. Os casos omissos serão tratados conforme as normas do Sistema COFEN/COREN-TO.

Art. 40. Este Regimento entrará em vigor após sua aprovação pelas instâncias competentes, observados os procedimentos de regularização da Comissão junto ao COREN-TO.

V.2.1.4.4 ANEXO I – Cronograma anual de reuniões

Calendário proposto para cada UPA, a ser aprovado pela Comissão após sua regular constituição.

Datas e horários serão definidos pela unidade.

Mês	Pauta prioritária	Evidência
Janeiro	Instalação, regimento e plano anual	Ata, presença e encaminhamentos
Fevereiro	Código de Ética e responsabilidades	Ata, presença e encaminhamentos
Março	Sigilo, LGPD e prontuário	Ata, presença e encaminhamentos
Abril	Comunicação e respeito entre equipes	Ata, presença e encaminhamentos
Maio	Segurança do paciente e dever profissional	Ata, presença e encaminhamentos
Junho	Análise semestral das ações e indicadores	Ata, presença e encaminhamentos
Julho	Direitos dos usuários e humanização	Ata, presença e encaminhamentos
Agosto	Registros de enfermagem e rastreabilidade	Ata, presença e encaminhamentos
Setembro	Ética no acolhimento e classificação de risco	Ata, presença e encaminhamentos
Outubro	Comunicação de eventos e encaminhamentos	Ata, presença e encaminhamentos
Novembro	Avaliação de eficácia das ações educativas	Ata, presença e encaminhamentos
Dezembro	Relatório anual e planejamento seguinte	Ata, presença e encaminhamentos

V.2.1.4.5 ANEXO II – Indicadores

Reuniões realizadas (%) = reuniões realizadas/reuniões previstas × 100.
Participação (%) = presenças registradas/presenças esperadas × 100.
Ações educativas executadas (%) = ações realizadas/ações programadas × 100.
Encaminhamentos concluídos no prazo (%) = encaminhamentos concluídos no prazo/encaminhamentos vencidos × 100.

V.2.1.5 CCIH/CPCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/Comissão de Prevenção e Controle de IRAS"

V.2.1.5.1 Regimento Interno da Comissão de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde -CPCIRAS

Capítulo I – Da denominação, natureza e finalidade

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da UPA Norte e UPA Sul em Palmas/TO, constitui instância técnico-científica permanente, de caráter multiprofissional, vinculada à Direção da unidade, responsável pela coordenação, acompanhamento e avaliação das ações destinadas à prevenção e ao controle das **Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS**. Cada UPA (Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar) constituirá sua Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CCIRAS, com membros consultores e executores designados por portaria da Direção da unidade.

§ 1º Para fins deste Regimento, a expressão CCIH será mantida em consonância com a denominação prevista na legislação federal aplicável, adotando-se, tecnicamente, o conceito de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS.

§ 2º As ações da CCIH deverão considerar as características assistenciais, estruturais, epidemiológicas e operacionais da UPA Norte e UPA Sul em Palmas/TO

Art. 2º A CCIH tem como finalidade promover ações sistemáticas destinadas à redução dos riscos de aquisição e transmissão de infecções relacionadas à assistência, contribuindo para a segurança dos usuários, trabalhadores e demais pessoas que utilizam ou circulam na unidade.

Art. 3º Constituem objetivos da CCIH:

I. Prevenir e controlar as IRAS;
II. Identificar precocemente situações de risco;
III. Desenvolver e acompanhar ações de vigilância epidemiológica;
IV. Monitorar indicadores relacionados às IRAS;
V. Investigar casos, agregados de casos e surtos, quando aplicável;
VI. Elaborar e acompanhar protocolos e medidas de prevenção;
VII. Promover práticas adequadas de higienização das mãos;

VIII. Acompanhar medidas de precaução e isolamento;

IX. Contribuir para o uso racional de antimicrobianos;

X. Desenvolver ações de educação permanente;

XI. Promover integração entre os diferentes setores da unidade;

XII. Apoiar a cultura de segurança do paciente;

XIII. Propor ações corretivas e preventivas;

XIV. Avaliar a efetividade das medidas implementadas;

XV. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Capítulo II – Da fundamentação legal e técnica

Art. 4º A organização e o funcionamento da CCIH observarão a legislação sanitária vigente e as normas técnicas aplicáveis à prevenção e ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Parágrafo único. A Comissão deverá acompanhar alterações legislativas, regulamentares e técnico-científicas, propondo atualização deste Regimento, protocolos e demais documentos institucionais sempre que necessário.

V.2.1.5.2 Capítulo III – Da estrutura e composição

Art. 5º A CCIH terá composição multiprofissional compatível com o porte, perfil assistencial e estrutura disponível na UPA Norte e UPA Sul em Palmas/TO.

Art. 6º A composição deverá contemplar, conforme aplicabilidade e disponibilidade institucional, representantes das seguintes áreas:

I. Serviço Médico;

II. Serviço de Enfermagem;

III. Farmácia;

IV. Administração;

V. Laboratório/Microbiologia, quando disponível ou contratado;

VI. Higienização e Limpeza/Hotelaria;

VII. Saúde e Segurança do Trabalho;

VIII. Qualidade e Segurança do Paciente, quando houver estrutura específica;

IX. Outros setores cuja participação seja considerada necessária.

Art. 7º A CCIH deverá possuir:

I. Presidente ou Coordenador;

II. Vice-Presidente ou substituto formal;

III. Membros consultores;

IV. Profissionais responsáveis pela execução das atividades de prevenção e controle das IRAS;

V. Apoio administrativo, quando necessário.

Art. 8º Os membros serão formalmente designados pela autoridade competente da unidade mediante portaria, ordem de serviço ou instrumento institucional equivalente.

Art. 9º Poderão participar das reuniões profissionais convidados, especialistas e representantes de outros setores, sempre que a natureza da matéria exigir conhecimento específico.

Capítulo IV – Das competências da CCIH

Art. 10. Compete à CCIH:

I. Elaborar, implementar, acompanhar e avaliar o Programa de Controle de Infecções;

II. Estabelecer prioridades anuais para prevenção e controle das IRAS;

III. Implantar e acompanhar sistema de vigilância compatível com o perfil da unidade;

IV. Analisar periodicamente os indicadores;

V. Identificar situações epidemiológicas relevantes;

VI. Investigar suspeitas de surtos;

VII. Estabelecer medidas de prevenção e controle;

VIII. Elaborar e revisar protocolos institucionais;

IX. Estabelecer orientações sobre precauções e isolamento;

X. Monitorar práticas de higienização das mãos;

XI. Participar das ações relacionadas ao uso racional de antimicrobianos;

XII. Acompanhar aspectos relacionados à limpeza e desinfecção;

XIII. Participar da avaliação dos processos relacionados aos produtos para saúde;

XIV. Contribuir para medidas de biossegurança;

XV. Participar da avaliação de riscos relacionados à estrutura física, quando pertinente;

XVI. Promover educação permanente;

XVII. Emitir recomendações técnicas;

XVIII. Elaborar relatórios periódicos;

XIX. Comunicar situações epidemiológicas relevantes às autoridades competentes, conforme legislação e fluxo institucional;

XX. Atuar de maneira integrada ao Núcleo de Segurança do Paciente e às demais estruturas institucionais.

Capítulo V – Das Atribuições dos Membros

Seção I – Do Presidente/Coordenador

Art. 11. Compete ao Presidente ou Coordenador:

I. Coordenar as atividades da CCIH;

II. Convocar e presidir reuniões;

III. Elaborar as pautas;

IV. Acompanhar as deliberações;

V. Definir responsáveis e prazos;

VI. Representar a Comissão perante a Direção;

VII. Encaminhar recomendações técnicas;

VIII. Acompanhar os indicadores;

IX. Supervisionar os planos de ação;

X. Apresentar periodicamente os resultados à Direção.

Seção II – Da enfermagem

Art. 12. Compete ao representante da Enfermagem:

I. Participar da vigilância das IRAS;

II. Realizar ou colaborar com busca ativa, quando aplicável;

III. Acompanhar a adesão às medidas de prevenção;
IV. Monitorar práticas assistenciais;
V. Orientar as equipes;
VI. Participar da investigação de casos e surtos;
VII. Colaborar na elaboração de protocolos;
VIII. Promover ações educativas;
IX. Acompanhar precauções e isolamento;
X. Participar da elaboração e análise dos indicadores.

Seção III – Do médico

Art. 13. Compete ao representante médico:

I. Participar das decisões técnico-assistenciais;
II. Colaborar na investigação epidemiológica;
III. Participar da elaboração de protocolos;
IV. Orientar o Corpo Clínico;
V. Colaborar com as políticas de utilização de antimicrobianos;
VI. Avaliar situações clínicas relacionadas às IRAS;
VII. Emitir pareceres técnicos quando necessário;
VIII. Participar das atividades educativas.

Seção IV – Da Farmácia

Art. 14. Compete ao representante da Farmácia:

I. Acompanhar o consumo de antimicrobianos;
II. Promover seu uso seguro e racional;
III. Participar da elaboração de protocolos;
IV. Acompanhar armazenamento e validade de medicamentos, saneantes e produtos relacionados;
V. Contribuir para análise de resistência antimicrobiana, quando houver dados disponíveis;
VI. Participar das reuniões e atividades educativas.

Seção V – Da Administração

Art. 15. Compete à Administração assegurar apoio institucional às ações da CCIH, incluindo recursos, documentos, infraestrutura e articulação entre os setores necessários ao cumprimento das medidas estabelecidas.

Capítulo VI – Da vigilância das IRAS

Art. 16. A vigilância epidemiológica deverá ser organizada considerando o perfil assistencial e os riscos existentes na UPA Norte e UPA Sul em Palmas/TO.

Art. 17. A vigilância poderá contemplar:

I. Identificação de casos suspeitos;
II. Análise de culturas e resultados microbiológicos disponíveis;
III. Monitoramento de microrganismos de importância epidemiológica;
IV. Acompanhamento de padrões de resistência;
V. Investigação de surtos;
VI. Monitoramento de exposições e procedimentos de risco;
VII. Acompanhamento de indicadores definidos pela CCIH.

Art. 18. A identificação de situação epidemiológica relevante deverá desencadear investigação e adoção tempestiva das medidas necessárias.

Capítulo VII – Das medidas de prevenção e controle

Art. 19. A CCIH deverá promover e acompanhar medidas relacionadas a:

I. Higienização das mãos;
II. Precauções padrão;
III. Precauções baseadas na transmissão;
IV. Uso adequado de equipamentos de proteção individual;
V. Limpeza e desinfecção de ambientes;
VI. Processamento de produtos para saúde, quando aplicável;
VII. Gerenciamento seguro de resíduos;
VIII. Prevenção de acidentes com material biológico;

IX. Segurança na manipulação de medicamentos e soluções;

X. Boas práticas assistenciais;

XI. Prevenção da transmissão cruzada;

XII. Organização dos fluxos assistenciais.

Capítulo VIII – Do uso racional de antimicrobianos

Art. 20. A CCIH deverá participar, em articulação com o Corpo Clínico e a Farmácia, das ações voltadas ao uso racional de antimicrobianos.

Art. 21. As ações poderão contemplar:

I. Acompanhamento do consumo;

II. Elaboração de recomendações;

III. Avaliação de padrões de resistência disponíveis;

IV. Educação dos prescritores;

V. Revisão periódica dos protocolos;

VI. Monitoramento de situações consideradas prioritárias.

Capítulo IX – Da educação permanente

Art. 22. A CCIH desenvolverá ações permanentes de capacitação dos profissionais.

Art. 23. Deverão ser priorizados temas como:

I. Higienização das mãos;

II. Precauções e isolamento;

III. Uso de EPIs;

IV. Limpeza e desinfecção;

V. Gerenciamento de resíduos;

VI. Acidentes com material biológico;

VII. Uso racional de antimicrobianos;

VIII. Prevenção das IRAS;

IX. Investigação e comunicação de surtos;

X. Segurança do paciente.

Art. 24. As atividades educativas deverão possuir registro, contendo tema, data, responsável, público-alvo e lista de presença, sempre que aplicável.

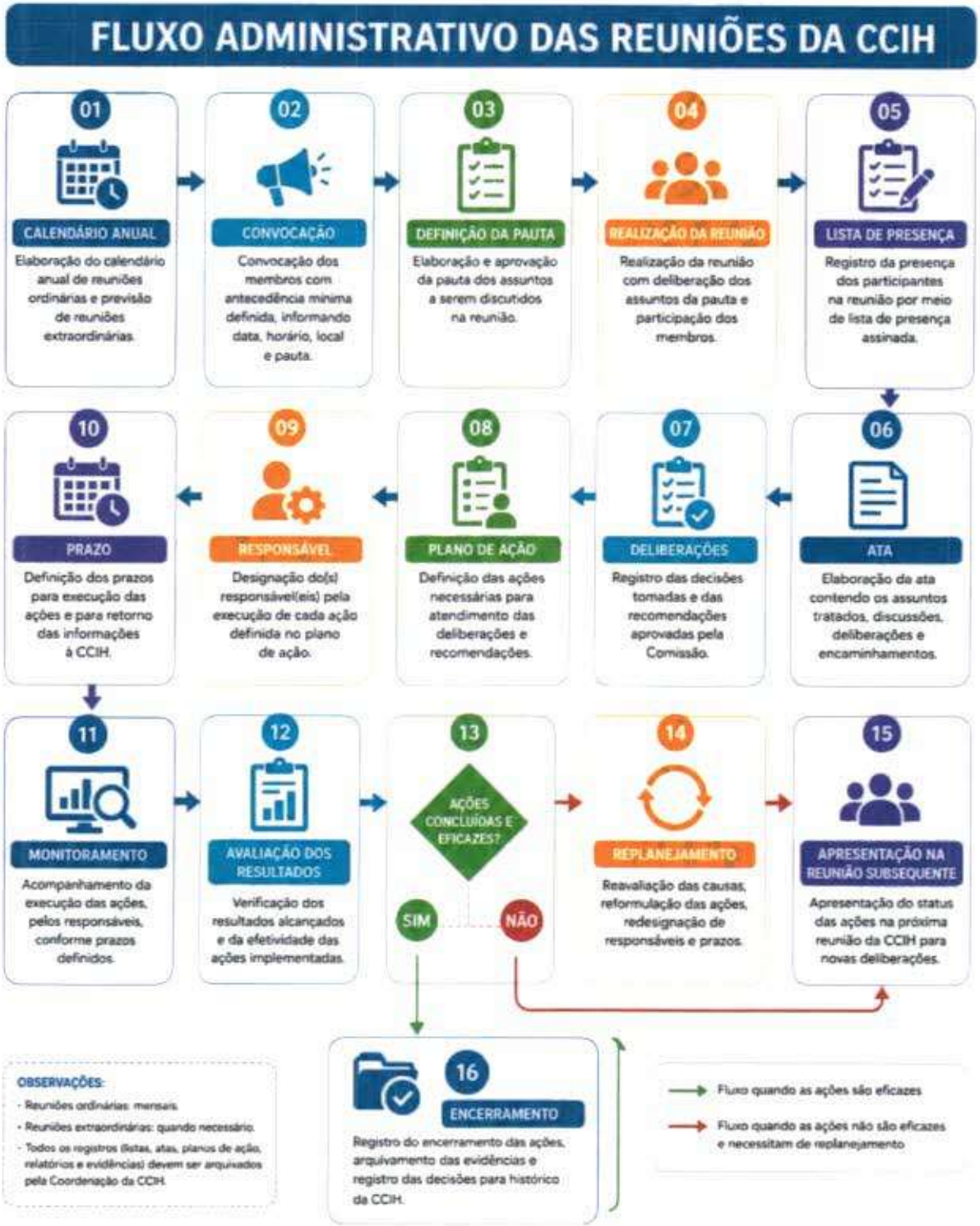
V.2.1.5.3 Capítulo X – Das reuniões

Art. 25. A CCIH realizará reuniões ordinárias **mensalmente**, conforme calendário previamente estabelecido.

Art. 26. Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias sempre que houver necessidade, especialmente diante de:

I. Suspeita de surto;
II. Aumento inesperado de infecções;
III. Identificação de microrganismo de relevância epidemiológica;
IV. Risco sanitário relevante;
V. Necessidade de decisão técnica urgente.

Art. 27. O fluxo administrativo das reuniões será:



Capítulo XI – Dos indicadores

Art. 28. A CCIH deverá estabelecer indicadores compatíveis com o perfil assistencial da unidade.

Art. 29. Poderão ser utilizados, conforme aplicabilidade:

I. Adesão à higienização das mãos;
II. Consumo de preparação alcoólica;
III. Consumo de antimicrobianos;
IV. Ocorrência de IRAS sob vigilância;
V. Eventos epidemiológicos relevantes;
VI. Adesão às precauções;
VII. Conformidade da limpeza e desinfecção;
VIII. Percentual de profissionais capacitados;
IX. Execução dos planos de ação;
X. Reincidência de não conformidades relacionadas à prevenção de infecções.

Art. 30. Os indicadores serão analisados periodicamente e apresentados à Direção e às áreas envolvidas.

Capítulo XII – Dos planos de ação

Art. 31. As não conformidades identificadas deverão, conforme sua relevância, gerar plano de ação.

Art. 32. O plano deverá conter, no mínimo:

I. Problema identificado;
II. Causa ou fatores contribuintes;
III. Ação proposta;
IV. Responsável;
V. Prazo;
VI. Indicador ou forma de acompanhamento;
VII. Resultado;
VIII. Avaliação da eficácia.

Capítulo XIII – Da integração institucional

Art. 33. A CCIH deverá manter integração com:

I. Direção;
II. Coordenação Médica;
III. Coordenação de Enfermagem;
IV. Núcleo de Segurança do Paciente;
V. Educação Permanente;
VI. Farmácia;
VII. Laboratório;
VIII. Higienização e Limpeza;
IX. Saúde e Segurança do Trabalho;
X. Vigilância Epidemiológica;
XI. Demais setores relacionados.

Capítulo XIV – Dos registros e documentos

Art. 34. A CCIH deverá manter organizados:

I. Ato de constituição e nomeação;
II. Regimento Interno;
III. Calendário de reuniões;
IV. Convocações;
V. Listas de presença;
VI. Atas;
VII. Relatórios;
VIII. Indicadores;
IX. Planos de ação;
X. Protocolos;
XI. Registros de treinamentos;
XII. Investigações epidemiológicas;
XIII. Documentos de comunicação às autoridades sanitárias, quando aplicável.

Capítulo XV – Do fluxo operacional

Art. 35. As ações da CCIH observarão, de maneira geral, o seguinte fluxo:



Capítulo XVI – Do monitoramento e relatório

Art. 36. A CCIH deverá elaborar periodicamente relatório consolidado de suas atividades.

Art. 37. O relatório poderá contemplar:

I. Reuniões realizadas;
II. Indicadores monitorados;
III. Situações epidemiológicas identificadas;
IV. Investigações realizadas;
V. Capacitações;
VI. Auditorias;
VII. Não conformidades;
VIII. Planos de ação;
IX. Ações concluídas e pendentes;
X. Recomendações para a gestão.

Art. 38. Os resultados deverão subsidiar o planejamento das atividades subsequentes e a melhoria dos processos assistenciais.

V.2.1.5.4 Capítulo XVII – Do cronograma

Comissão De Controle De Infecção Hospitalar												
Ações	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	7° mês	8° mês	9° mês	10° mês	11° mês	12° mês
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Capacitação Biosegurança												
Capacitação de Lavagem das Mãos												
Avaliação de Indicadores												

Capítulo XVIII- Das disposições finais

Art. 39. Todos os profissionais deverão colaborar com as ações de prevenção e controle das IRAS estabelecidas pela CCIH.

Art. 40. As recomendações técnicas emitidas pela Comissão deverão ser encaminhadas aos setores responsáveis para conhecimento e providências.

Art. 41. Situações de risco sanitário relevante deverão ser imediatamente comunicadas à Direção e, quando aplicável, às autoridades competentes.

Art. 42. Os casos omissos serão analisados pela CCIH em conjunto com a Direção da unidade.

Art. 43. O presente Regimento deverá ser revisado periodicamente e sempre que ocorrer alteração relevante na legislação, estrutura, perfil assistencial ou processos da unidade.

Art. 44. O presente Regimento entra em vigor após aprovação pela autoridade competente da UPA Norte e UPA Sul em Palmas/TO.

Portaria de Nomeação

A autoridade máxima, sob gestão do Instituto Social de Saúde São Lucas, no uso de suas atribuições,
CONSIDERANDO o Contrato de Gestão nº [NÚMERO/ANO], quando aplicável;
CONSIDERANDO a necessidade de formalizar a composição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e assegurar a execução do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH);

Resolve:

Art. 1º Nomear os seguintes membros para compor a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

I - [NOME] - Presidente / Representante do Serviço Médico;

II - [NOME] - Vice-Presidente / Representante do Serviço de Enfermagem;

III - [NOME] - Representante do Serviço de Farmácia;

IV - [NOME] - Representante do Serviço de Microbiologia/Laboratório;

V - [NOME] - Representante da Administração;

VI - [NOME] - Representante do Serviço de Nutrição;

VII - [NOME] - Representante da Hotelaria Hospitalar;

VIII - [NOME] - Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST).

Parágrafo único. Deverão ser identificados no ato de nomeação os membros executores que integrarão o SCIRAS, conforme o art. 5º deste Regimento.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palmas/TO ____ de _____ de 20__.

_____

[Nome da Autoridade Máxima]

[Cargo]

V.2.1.6 Plano de Trabalho da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio

Diretrizes para constituição, funcionamento, participação e acompanhamento das ações da CIPA

Introdução

O Plano de Trabalho da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA estabelece diretrizes para organização das atividades preventivas, participação dos trabalhadores, acompanhamento das condições de trabalho e integração da Comissão com o SESMT e demais áreas da organização.

A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, de modo a tornar permanentemente compatível o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. A NR-05 determina que a CIPA seja constituída por estabelecimento, observados os critérios de dimensionamento e as demais regras da norma.

Nas **UPAS Norte e Sul de Palmas/TO**, trabalho da CIPA deverá considerar os diferentes perfis de serviço e os riscos identificados no PGR. A Comissão deverá atuar de forma integrada ao SESMT, sem substituir suas atribuições técnicas, e contribuir para identificação de situações de risco, proposição de medidas preventivas e acompanhamento das ações.

Objetivo

Estabelecer a metodologia de gerenciamento dos riscos ocupacionais, definindo critérios para identificação de perigos, avaliação dos riscos, seleção de medidas de prevenção, elaboração de planos de ação, monitoramento e revisão contínua.

Objetivos Específicos

- Participar da prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- Acompanhar as condições de segurança e saúde nos ambientes de trabalho.
- Registrar e encaminhar situações de risco identificadas.
- Participar da elaboração e acompanhamento de ações preventivas.
- Acompanhar medidas relacionadas aos riscos identificados no PGR.
- Promover comunicação e participação dos trabalhadores.

- Participar de campanhas e ações educativas.
- Apoiar a prevenção e o enfrentamento de situações de assédio e outras formas de violência no trabalho.
- Acompanhar a execução das ações propostas pela Comissão.
- Integrar as ações da CIPA ao planejamento do SESMT.
- Reavaliar riscos diante de mudanças, acidentes, incidentes ou novas informações.

Abrangência

- Estabelecimentos e serviços abrangidos pela obrigação legal de constituição da CIPA, conforme dimensionamento da NR-05.
- UPAs 24h.
- Unidade /equipe assistencial, considerando o enquadramento aplicável e a organização dos estabelecimentos.
- Demais estabelecimentos ou áreas que venham a integrar a operação.
- A definição de uma CIPA única, por estabelecimento, ou de representantes/designados deverá ser feita após levantamento do número de empregados, estabelecimento, atividade econômica e grau de risco, observando integralmente o enquadramento da NR-05. Esta Pasta não substitui o dimensionamento legal.

Fundamentações e Princípios

- Participação dos trabalhadores.
- Prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- Atuação integrada com o gerenciamento de riscos.
- Respeito às atribuições legais da CIPA e do SESMT.
- Confidencialidade e respeito às pessoas.
- Prevenção de assédio e violência no trabalho.
- Busca de melhoria contínua.
- Registro e acompanhamento das ações.
- Atuação preventiva e não apenas reativa.

V.2.1.6.1 Constituição e Dimensionamento

O dimensionamento deverá ser realizado conforme o Quadro I da NR-05, considerando o estabelecimento, número de empregados e grau de risco correspondente à atividade econômica.

A NR-05 estabelece que as organizações abrangidas devem constituir e manter a CIPA quando enquadradas nos critérios previstos na norma.

- Identificar cada estabelecimento para fins da NR-05.
- Confirmar atividade econômica e grau de risco aplicável.
- Levantar número de empregados do estabelecimento.
- Aplicar o Quadro I da NR-05.
- Verificar eventual regra específica para a organização dos serviços.
- Definir membros representantes do empregador e dos empregados conforme a norma.
- Registrar formalmente a composição e o mandato.
- Quando não houver enquadramento para constituição da CIPA, verificar a regra da NR-05 aplicável à nomeação de representante para cumprimento dos objetivos de prevenção.

O quantitativo mínimo exigido em cada unidade deverá ser ajustado e definido após inicio das atividades e conhecimento concreto do quantitativo de profissionais celetistas para execução dos serviços de acordo com a legislação e NR correspondente.

Processo Eleitoral

Quando houver obrigação de constituição da CIPA com eleição dos representantes dos empregados, o processo deverá seguir as etapas, prazos, garantias e registros previstos na NR-05.

- Constituição da comissão eleitoral conforme a norma.
- Convocação e divulgação do processo eleitoral.
- Inscrição dos candidatos.
- Divulgação dos candidatos.
- Realização da eleição.
- Apuração dos votos.
- Registro do resultado.

- Posse dos eleitos.
- Organização da documentação do processo.
- Os prazos e procedimentos do processo eleitoral deverão ser conferidos na redação vigente da NR-05 antes de cada eleição, não devendo ser substituídos por prazos genéricos neste plano.

Composição e Atribuições

A composição e as atribuições dos membros deverão observar a NR-05. O SESMT poderá prestar apoio técnico, sem retirar da CIPA suas responsabilidades próprias.

- Acompanhar identificação de riscos.
- Registrar percepção dos trabalhadores.
- Participar da análise das condições de trabalho.
- Acompanhar medidas preventivas.
- Participar de ações de prevenção.
- Acompanhar plano de ação da Comissão.
- Participar de reuniões ordinárias e extraordinárias conforme necessidade.
- Apoiar campanhas de prevenção.
- Contribuir para prevenção do assédio e da violência no trabalho.
- Comunicar situações de risco à organização.

V.2.1.6.2 Relação da CIPA e SESMT

CIPA e SESMT possuem funções complementares. O SESMT exerce atuação técnica especializada em segurança e saúde do trabalho; a CIPA amplia a participação dos trabalhadores e contribui com percepção prática das condições de trabalho.

Tema	SESMT	CIPA
PGR	Atuação técnica e apoio ao gerenciamento.	Participação e acompanhamento das condições de risco.
Inspeções	Avaliação técnica e orientação.	Participação, identificação e comunicação.
Acidentes	Gestão técnica, investigação e medidas preventivas.	Participação e acompanhamento das ações, conforme aplicável.
Treinamentos	Planejamento técnico de SST.	Participação e apoio à sensibilização.
Campanhas	Coordenação técnica.	Participação e mobilização.
Assédio/violência	Apoio técnico dentro das atribuições de SST.	Atuação preventiva e acompanhamento conforme NR-05 e políticas institucionais.

V.2.1.6.3 Plano Anual das Atividades

Ação	Periodicidade	Responsável	Participantes	Evidência
Reunião ordinária da CIPA	Conforme NR-05	CIPA	Membros	Ata
Acompanhamento de riscos/PGR	Contínuo	CIPA + SESMT	Conforme necessidade	Registro/relatório
Inspeções participativas	Conforme planejamento	CIPA + SESMT	Setores	Checklist/registro
Acompanhamento de acidentes/incidentes	Quando ocorrer	CIPA + SESMT	Conforme evento	Registro/ação
Campanhas de prevenção	Conforme calendário	CIPA + SESMT	Trabalhadores	Evidência
Sipat	Anual	CIPA + áreas envolvidas	Trabalhadores	Projeto/relatório
Ações de prevenção ao assédio	Contínuo/campanhas	CIPA + Gestão/RH	Trabalhadores	Registro
Revisão do plano	Anual	CIPA + SESMT	Membros	Plano revisado

Reuniões da CIPA

- Realizar reuniões conforme periodicidade e regras da NR-05.
- Registrar atas e encaminhamentos.
- Definir responsáveis e prazos para ações.
- Acompanhar ações pendentes.
- Registrar participação dos membros.
- Encaminhar demandas que dependam de outras áreas.
- Acompanhar reincidências.
- As atas e demais registros deverão permanecer organizados e disponíveis conforme os requisitos legais e os procedimentos institucionais.
- Capacidade de manter acompanhamento contínuo das ações.

Não integram este dimensionamento: salários, custos, dimensionamento das categorias assistenciais, jornadas dos trabalhadores das unidades ou folha de pagamento. Esses temas pertencem às áreas competentes.

Inspeções e Participação dos Trabalhadores

- A CIPA poderá participar das inspeções e ações de campo planejadas pelo SESMT, contribuindo com conhecimento das condições reais de trabalho. Os resultados deverão ser encaminhados para tratamento conforme a gravidade e responsabilidade de cada área.
- Ouvir trabalhadores.
- Registrar condições inseguras.
- Identificar situações recorrentes.
- Encaminhar demandas.
- Acompanhar respostas.
- Participar da verificação das melhorias quando aplicável.

Assédio e Outras Formas de Violência no Trabalho

- A CIPA deverá incorporar ações de prevenção e enfrentamento do assédio sexual, assédio moral e outras formas de violência no trabalho, conforme as atribuições estabelecidas na NR-05 e as políticas institucionais.

- Participar de ações de prevenção e conscientização.
- Divulgar canais institucionais de comunicação e acolhimento.
- Apoiar campanhas educativas.
- Preservar confidencialidade e respeito às pessoas.
- Encaminhar situações aos canais responsáveis.
- Não realizar investigação clínica, psicológica ou jurídica fora de sua competência.
- Evitar exposição da pessoa envolvida.

Treinamento dos Membros

- Os membros da CIPA deverão receber treinamento conforme os requisitos da NR-05, observando conteúdo, carga horária, modalidade e prazo definidos pela norma vigente.
- Princípios e atribuições da CIPA.
- Identificação de perigos e avaliação de riscos.
- Noções sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- Medidas de prevenção.
- Metodologia de investigação, quando prevista.
- Noções sobre legislação de SST pertinentes às atividades da Comissão.
- Prevenção e combate ao assédio e outras formas de violência.
- Temas adicionais definidos pela avaliação de risco ou legislação.
- O detalhamento da carga horária e modalidade não será fixado neste documento de forma genérica; deverá ser conferido na NR-05 vigente e conforme o enquadramento da organização.

V.2.1.6.4 Indicadores da CIPA

- Percentual de reuniões realizadas conforme planejamento.
- Percentual de atas emitidas/organizadas.
- Número de ações abertas e encerradas.
- Percentual de ações encerradas no prazo.
- Número de inspeções participativas realizadas.
- Número de condições inseguras comunicadas.
- Número de ações de prevenção ao assédio realizadas.

- Participação dos trabalhadores nas campanhas.
- Número de reincidências identificadas.

Interface com o PGR

As informações levantadas pela CIPA deverão ser consideradas pelo SESMT no gerenciamento de riscos. Quando houver identificação de perigo novo, mudança de condição ou falha de controle, o fato deverá ser encaminhado para avaliação e eventual atualização do PGR.

Trabalhador → CIPA → SESMT/Gestão → Avaliação → Controle → Retorno ao Trabalhador

V.2.1.6.5 Participação por Perfil de Serviço

UPA 24H- Norte e UPA 24H- Sul

- Perfurocortantes e riscos biológicos.
- Agressões e violência.
- Quedas e condições ambientais.
- Ergonomia e plantões.
- Emergência e organização do trabalho.
- Vacinação, curativos e coleta.
- Ergonomia.
- Condições ambientais.

Documentação e Arquivamento

- Documentos de constituição da CIPA.
- Editais e documentos eleitorais, quando aplicáveis.
- Lista de candidatos e resultado da eleição.
- Termos de posse, quando aplicáveis.
- Atas de reuniões.
- Plano de trabalho.
- Registros de inspeções e ações.
- Registros de treinamentos.
- Campanhas e ações educativas.

- Planos de ação e evidências de encerramento.
- Registros relacionados às ações de prevenção ao assédio, respeitando confidencialidade.

Premissas e Limites

Este plano estabelece diretrizes para atuação da CIPA e sua integração com o SESMT. O dimensionamento, processo eleitoral, treinamento, reuniões, garantias e demais requisitos legais deverão seguir a NR-05 vigente. O SESMT não substitui a CIPA e a CIPA não substitui a atuação técnica do SESMT.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 – Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-05 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio – CIPA. Texto vigente disponibilizado pelo MTE.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-01 – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-04 – Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-06 – Equipamento de Proteção Individual.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-07 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-17 – Ergonomia.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.
- BRASIL. Lei nº 14.457, de 21 de setembro de 2022 – medidas de prevenção e combate ao assédio sexual e outras formas de violência no trabalho.

V.2.1.7 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é instância colegiada, multiprofissional, consultiva e deliberativa no âmbito institucional, destinada a apoiar a seleção, padronização, avaliação, uso seguro e racional de medicamentos e outras tecnologias farmacoterapêuticas. Sua atuação deve integrar critérios de eficácia, efetividade, segurança, qualidade, custo-efetividade, disponibilidade e impacto assistencial.

Aplicável à UPA Norte José de Souza Dourado e à UPA Sul Gerson Pires de Aguiar – Palmas/TO, com CFT constituída por ato próprio de cada unidade

Base normativa e técnica considerada

- Lei nº 8.080/1990 – organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- Resolução CNS nº 338/2004 – Política Nacional de Assistência Farmacêutica;
- Portaria GM/MS nº 4.283/2010, incorporada à consolidação normativa do Ministério da Saúde – diretrizes para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia hospitalar;
- Decreto nº 7.508/2011 – regulamentação da Lei nº 8.080/1990;
- Portaria GM/MS nº 529/2013 e Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 – Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- RDC Anvisa nº 36/2013 – ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;
- Portaria MS nº 2.095/2013 – Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- Normas sanitárias, profissionais e institucionais aplicáveis ao serviço de farmácia, farmacovigilância, gerenciamento de riscos e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

V.2.1.7.1 Regimento interno

Capítulo I – Da natureza, finalidade e objetivos

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT do Instituto Social de Saúde São Lucas é instância colegiada multiprofissional, de caráter técnico, consultivo e deliberativo, vinculada à

Direção da unidade de saúde, com atuação integrada à Diretoria Clínica, Serviço de Farmácia, Enfermagem, Controle de Infecção, Núcleo de Segurança do Paciente e demais áreas pertinentes.

Art. 2º A CFT tem por finalidade promover o uso racional, seguro, efetivo e economicamente sustentável de medicamentos e apoiar a qualificação contínua da farmacoterapia institucional.

Art. 3º São objetivos da CFT:

- Selecionar e padronizar medicamentos com base em evidências científicas, perfil assistencial e necessidades da população atendida;
- Manter e revisar periodicamente a relação institucional de medicamentos e o Guia/Formulário Farmacoterapêutico;
- Estabelecer critérios para inclusão, exclusão, substituição e uso restrito de medicamentos;
- Definir fluxo para medicamentos não padronizados e situações excepcionais ou urgentes;
- Contribuir para protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e práticas seguras de prescrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento;
- Atuar de forma articulada com o Controle de Infecção na política institucional de antimicrobianos;
- Promover avaliação de utilização de medicamentos, farmacoeconomia, segurança e resultados assistenciais;
- Fortalecer farmacovigilância, tecnovigilância relacionada a produtos farmacêuticos, prevenção de erros de medicação e gerenciamento de riscos;
- Promover educação permanente e divulgação de informações independentes e baseadas em evidências.

V.2.1.7.2 Capítulo II – Da composição e designação

Art. 4º A CFT será formalmente instituída por portaria ou ato equivalente da Direção da unidade, com indicação de membros titulares e, quando possível, suplentes.

Art. 5º A composição deverá ser multiprofissional e compatível com a complexidade assistencial da unidade, contemplando, preferencialmente:

- Médico representante da Diretoria/Corpo Clínico;

- Farmacêutico do Serviço de Farmácia;
- Enfermeiro;
- Representante do Serviço de Controle de Infecção/CCIH;
- Representante da Administração/Gestão;
- Representantes de especialidades médicas ou áreas assistenciais, conforme o perfil da unidade;
- Representante do Núcleo de Segurança do Paciente ou Gestão de Riscos, quando aplicável.

§ 1º Poderão ser convidados especialistas internos ou externos, na condição de membros consultivos ad hoc, sem direito a voto, quando a matéria exigir conhecimento técnico específico.

§ 2º Os membros deverão declarar potenciais conflitos de interesse. O membro em situação de conflito deverá declarar-se impedido e abster-se de discutir ou votar a matéria correspondente.

Art. 6º O mandato dos membros será de 2 (dois) anos, permitida recondução, conforme ato de designação institucional.

Art. 7º A CFT contará com Presidente, Vice-Presidente e Secretário, definidos no ato de designação ou eleitos entre os membros efetivos, conforme decisão institucional.

Capítulo III – das Competências

Art. 8º Compete à CFT:

- Aprovar critérios técnicos de seleção e padronização de medicamentos;
- Avaliar solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos;
- Propor e revisar protocolos de utilização, restrição e monitoramento de medicamentos;
- Estabelecer critérios para medicamentos de alta vigilância, antimicrobianos, medicamentos sujeitos a controle especial e outros grupos de maior risco, em articulação com as áreas responsáveis;
- Analisar dados de consumo, custos, eventos adversos, erros de medicação, queixas técnicas, desabastecimentos e indicadores de desempenho;

- Promover ações de educação permanente e comunicação sobre uso seguro e racional de medicamentos;
- Apoiar decisões institucionais de incorporação de tecnologias farmacoterapêuticas, considerando evidências, segurança, impacto orçamentário e capacidade operacional;
- Elaborar relatório periódico das atividades e recomendações da Comissão.

Capítulo IV – Das atribuições dos membros

Art. 9º Compete ao Presidente convocar e presidir as reuniões, aprovar a pauta, coordenar discussões, representar a CFT, encaminhar deliberações e exercer voto de desempate quando necessário.

Art. 10. Compete ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos e colaborar na coordenação das atividades.

Art. 11. Compete ao Secretário organizar convocações e pautas, registrar atas, manter arquivo e controle documental, acompanhar pendências e encaminhar cronogramas, atas e relatórios ao núcleo ou setor institucional responsável pelas comissões.

Art. 12. Compete aos membros participar das reuniões, analisar matérias, emitir pareceres quando designados, declarar conflitos de interesse, cumprir deliberações e colaborar na divulgação das decisões da CFT.

Capítulo V – Das reuniões e deliberações

Art. 13. reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, conforme cronograma anual aprovado, e extraordinariamente quando convocada.

§ 1º Recomenda-se periodicidade mensal, ajustável ao porte e à complexidade da unidade, sem prejuízo de reuniões extraordinárias.

§ 2º As convocações deverão ser encaminhadas preferencialmente com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, contendo pauta e documentos disponíveis para análise.

Art. 14. O quórum para instalação e deliberação será de maioria simples dos membros efetivos designados, salvo disposição específica no ato de constituição.

§ 1º As decisões serão preferencialmente por consenso; quando necessário, por maioria simples dos presentes com direito a voto.

§ 2º Em caso de empate, caberá ao Presidente o voto de desempate.

§ 3º Membros consultivos e convidados poderão opinar, mas não terão direito a voto.

Art. 15. De cada reunião será lavrada ata contendo, no mínimo, data, participantes, pauta, síntese das discussões, conflitos de interesse declarados, deliberações, responsáveis e prazos.

Art. 16. O membro que, sem justificativa formal, faltar a 3 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no período de 12 meses poderá ser substituído, mediante comunicação à Direção.

Capítulo VI – Da padronização e avaliação de medicamentos

Art. 17. A seleção e padronização de medicamentos deverá considerar, de forma documentada, eficácia, efetividade, segurança, qualidade, conveniência terapêutica, disponibilidade, custo total do tratamento, impacto orçamentário e adequação ao perfil epidemiológico e assistencial da unidade.

Art. 18. A inclusão ou exclusão de medicamento será solicitada em formulário institucional próprio, com identificação do solicitante, indicação clínica, justificativa, evidências técnico-científicas, alternativas padronizadas e informações econômicas quando disponíveis.

§ 1º A inclusão de novo medicamento não dependerá obrigatoriamente da exclusão de item equivalente; a decisão deverá decorrer da avaliação técnica e assistencial da CFT.

§ 2º A CFT poderá solicitar parecer de especialista, dados adicionais, análise fármaco-econômica ou protocolo de utilização antes da decisão.

Art. 19. A relação institucional de medicamentos e o Guia/Formulário Farmacoterapêutico deverão ser revisados periodicamente e sempre que houver mudança relevante de evidência, segurança, disponibilidade, perfil assistencial ou custo.

Capítulo VII – Dos medicamentos não padronizados

Art. 20. A solicitação de medicamento não padronizado deverá ser excepcional, individualizada e justificada em formulário próprio, demonstrando a necessidade clínica e a inadequação ou indisponibilidade das alternativas padronizadas.

§ 1º A solicitação será analisada pelo farmacêutico e, conforme a natureza do caso, por médico membro da CFT ou especialista designado, com registro do parecer técnico.

§ 2º Em situações urgentes, a instituição deverá manter fluxo abreviado de avaliação e autorização, com posterior ciência ou ratificação da CFT, sem retardar tratamento clinicamente necessário.

§ 3º A aquisição observará as normas institucionais, contratuais e legais aplicáveis, inclusive as regras de contratação quando se tratar de recurso público.

Capítulo VIII – Farmacovigilância, segurança do paciente e uso racional

Art. 21. A CFT atuará de forma integrada ao Serviço de Farmácia, Núcleo de Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Controle de Infecção, utilizando dados de incidentes, eventos adversos, erros de medicação, queixas técnicas, resistência antimicrobiana e consumo para orientar ações de melhoria.

Art. 22. Recomendações relacionadas à prescrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento de medicamentos deverão observar os protocolos institucionais de segurança do paciente e as melhores evidências disponíveis.

V.2.1.7.3 Capítulo IX – Dos indicadores e da avaliação

Art. 23. A CFT acompanhará indicadores capazes de demonstrar funcionamento, efetividade e segurança de suas ações. Os resultados serão analisados nas reuniões e consolidados em relatório anual.

Indicador	Fórmula/critério	Periodicidade sugerida
Taxa de reuniões realizadas	nº de reuniões realizadas ÷ nº de reuniões programadas × 100	Trimestral/Anual
Taxa de solicitações analisadas no prazo	nº de solicitações respondidas no prazo ÷ total de solicitações × 100	Mensal/Trimestral
Taxa de inclusões aprovadas	nº de itens incluídos ÷ nº de solicitações de inclusão analisadas × 100	Trimestral
Taxa de exclusões/substituições	nº de itens excluídos ou substituídos ÷ nº de itens avaliados × 100	Semestral
Consumo de medicamentos selecionados	monitoramento por unidade de consumo e/ou custo, conforme item prioritário	Mensal
Eventos/erros relacionados a medicamentos	nº e perfil dos eventos relacionados a medicamentos analisados em conjunto com NSP/Gestão de Riscos	Mensal/Trimestral

Capítulo X – Das disposições finais

Art. 24. Os documentos, pareceres, atas e deliberações da CFT deverão ser mantidos em arquivo institucional, com controle de versão, rastreabilidade e acesso conforme as regras de governança documental.

Art. 25. Os casos omissos serão analisados pela CFT e, quando necessário, submetidos à Direção da unidade e às áreas técnicas competentes.

Art. 26. Este Regimento poderá ser alterado por proposta da CFT ou da Direção, mediante aprovação da maioria dos membros efetivos e formalização institucional.

Art. 27. Este Regimento entra em vigor após aprovação e formalização pela Direção da unidade, revogadas as disposições internas em contrário.

V.2.1.7.4 Cronograma anual sugerido

Ação	Periodicidade	Evidência/entrega
Reuniões ordinárias	Mensal	Ata, lista de presença e plano de ação
Revisão de pendências e deliberações	Mensal	Status de responsáveis e prazos
Análise de indicadores	Mensal ou trimestral	Painel/relatório de indicadores
Revisão de padronização e protocolos	Contínua, com revisão formal ao menos anual	Relação de medicamentos e protocolos atualizados
Educação permanente	Conforme plano anual	Registro de capacitação/material divulgado
Relatório de desempenho da CFT	Anual	Relatório consolidado e plano do ciclo seguinte

Mês	Ações Programadas	Periodicidade/Tipo	Evidências/Entregas
Janeiro	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • Análise de indicadores do mês anterior • Início da execução do Plano Anual de Educação Permanente	Mensal/Rotineira	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório de indicadores • Registro de capacitação
Fevereiro	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • Análise de indicadores	Mensal/Rotineira	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório de indicadores
Março	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • **Análise trimestral de indicadores** • Ações de educação permanente	Mensal/Trimestral	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório trimestral de indicadores
Abril	• Reunião ordinária da comissão	Mensal/Rotineira	• Ata, lista de presença e plano de ação

Mês	Ações Programadas	Periodicidade/Tipo	Evidências/Entregas
	• Revisão de pendências e deliberações • Análise de indicadores		• Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório de indicadores
Maio	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • Análise de indicadores	Mensal/Rotineira	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório de indicadores
Junho	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • **Análise semestral de indicadores** • **Revisão formal intermediária** de protocolos e padronizações	Mensal/Semestral	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório semestral • Relação de documentos atualizados
Julho	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • Análise de indicadores	Mensal/Rotineira	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório de indicadores

Mês	Ações Programadas	Periodicidade/Tipo	Evidências/Entregas
Agosto	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • Análise de indicadores	Mensal/Rotineira	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório de indicadores
Setembro	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • **Análise trimestral de indicadores** • Ações de educação permanente	Mensal/Trimestral	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório trimestral de indicadores
Outubro	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • Análise de indicadores	Mensal/Rotineira	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório de indicadores
Novembro	• Reunião ordinária da comissão • Revisão de pendências e deliberações • Análise de indicadores	Mensal/Rotineira	• Ata, lista de presença e plano de ação • Status de responsáveis e prazos • Painel/relatório de indicadores

Mês	Ações Programadas	Periodicidade/Tipo	Evidências/Entregas
Dezembro	• Reunião ordinária de encerramento do ciclo • Revisão de pendências e deliberações finais • Análise anual consolidada de indicadores • **Revisão formal anual** de protocolos e padronizações • **Elaboração e aprovação do Relatório de Desempenho** e Plano do ciclo seguinte	Anual / Encerramento de Ciclo	• Ata, lista de presença e plano de ação • Relatório consolidado e plano do ciclo seguinte • Relação de protocolos e padronizações atualizadas

O calendário será ajustado de acordo com a rotina e necessidade das unidades após assunção do serviço caso declarada vencedora do certame.

V.2.1.8 – Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

UPA Norte José de Souza Dourado e UPA Sul Gerson Pires de Aguiar | Palmas/TO

Aplicação individualizada em cada UPA.

Capítulo I – Natureza, finalidade e objetivos

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) é instância multiprofissional, técnica, educativa, consultiva e de monitoramento destinada a apoiar a implantação, implementação, avaliação e atualização do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da respectiva UPA.

Art. 2º A CGRSS tem por finalidade prevenir riscos sanitários, ocupacionais e ambientais, assegurando o gerenciamento seguro dos resíduos em todas as etapas sob responsabilidade da unidade, sem substituir a responsabilidade legal do gerador pelo PGRSS.

Art. 3º São objetivos:

I. Garantir segregação no ponto de geração;
II. Orientar acondicionamento, identificação e coleta;
III. Acompanhar transporte interno e armazenamento;
IV. Verificar rastreabilidade de coleta externa e destinação;
V. Prevenir acidentes;
VI. Promover educação permanente;
VII. Monitorar indicadores;
VIII. Propor ações corretivas e preventivas.

V.2.1.8.1 Capítulo II – Constituição e composição

Art. 4º A Direção de cada UPA constituirá sua CGRSS por portaria própria, indicando titulares, funções, suplências quando cabíveis e período de designação. O modelo de composição abaixo é proposta institucional, não quantitativo imposto pela RDC 222/2018.

Função	Representação proposta
Presidência	Responsável designado pelo PGRSS, com qualificação compatível
Vice-presidência	Coordenação de Enfermagem
Secretaria	Representante administrativo
Membro	Higienização e limpeza
Membro	Farmácia
Membro	Segurança do Paciente / Qualidade
Membro	CCIH/CCIRAS ou referência de prevenção de infecções
Convidado técnico	Segurança do Trabalho, manutenção e prestador de coleta, conforme pauta

Art. 5º O mandato administrativo proposto é de 24 meses, permitida recondução. Ausências e substituições serão registradas em portaria complementar.

Capítulo III – Competências

Art. 6º Compete à CGRSS:

I. Aprovar plano anual e calendário;

II. Acompanhar o inventário de resíduos por grupos A, B, C, D e E, conforme aplicabilidade;

III. Inspecionar recipientes, identificação, rotas e abrigos;

IV. Avaliar POPs e contingências;

V. Acompanhar documentos de coleta, transporte, tratamento e destinação;

VI. Monitorar acidentes e não conformidades;

VII. Propor capacitações;

VIII. Emitir relatórios e recomendações à Direção;

IX. Articular-se com NSP, CCIH/CCIRAS, Farmácia, Enfermagem, Higienização e Saúde do Trabalhador.

Art. 7º A Presidência convocará reuniões, distribuirá tarefas e validará relatórios. A Vice-presidência substituirá a Presidência em ausências. A Secretaria organizará atas, listas, indicadores e pendências. Os membros realizarão inspeções e acompanharão ações pertinentes a suas áreas.

V.2.1.8.2 Capítulo IV – Funcionamento, reuniões e deliberações

Art. 8º A Comissão realizará reunião ordinária mensal, conforme cronograma anual, e extraordinária quando houver acidente grave, falha relevante, alteração do fluxo ou determinação da Direção/autoridade competente.

Art. 9º A pauta incluirá indicadores, inspeções, ocorrências, contratos de destinação, capacitações e planos de ação. As deliberações ocorrerão preferencialmente por consenso; na impossibilidade, por maioria simples dos presentes, registrando divergências.

Art. 10. Cada reunião terá ata com data, participantes, temas, decisões, responsável, prazo e evidência de conclusão. A documentação será mantida em arquivo institucional com acesso controlado.

Capítulo V – Processos operacionais e contingências

Art. 11. O gerenciamento seguirá: geração → segregação por grupo → acondicionamento → identificação → coleta e transporte interno → armazenamento temporário, quando aplicável → armazenamento externo → coleta/transporte externo → tratamento, quando exigido → destinação/disposição final ambientalmente adequada → conferência documental.

Art. 12. A CGRSS acompanhará rotinas específicas para perfurocortantes, resíduos infectantes, químicos e farmacêuticos, comuns e recicláveis, e rejeitos radioativos apenas se efetivamente gerados, conforme a classificação e as regras aplicáveis.

Art. 13. Em derramamentos, rompimento de embalagens, acidentes com perfurocortantes, indisponibilidade de coleta externa ou falha de armazenamento, o setor acionará o fluxo de contingência e os responsáveis assistenciais, ocupacionais e ambientais, documentando ocorrência, medidas e análise de causa.

Capítulo VI – Plano de trabalho, monitoramento e relatórios

Art. 14. O plano anual abrangerá diagnóstico inicial, verificação de infraestrutura, revisão de POPs e PGRSS, inspeções mensais, educação permanente, auditoria documental, análise de indicadores e avaliação anual.

Art. 15. A Secretaria consolidará indicadores mensalmente e a Comissão emitirá relatório trimestral de gestão e relatório anual de avaliação. Metas propostas são referenciais internos e não substituem metas contratuais.

Art. 16. Toda não conformidade será registrada, classificada por risco, encaminhada ao responsável, tratada com prazo e reavaliada quanto à eficácia. A CGRSS não substitui fiscalização sanitária, ambiental ou trabalhista.

Capítulo VII – Disposições finais

Art. 17. A Comissão atuará de forma integrada à gestão da UPA e aos prestadores de serviços, respeitando obrigações contratuais, normas sanitárias, ambientais e de segurança do trabalho.

Art. 18. Este Regimento será revisado anualmente ou sempre que houver alteração normativa ou operacional relevante e entrará em vigor após aprovação institucional.

V.2.1.8.3 ANEXO I – Cronograma anual de reuniões

Mês	Pauta principal	Evidência
Janeiro	Constituição, aprovação do regimento e diagnóstico do PGRSS	Ata, presença e plano de ação
Fevereiro	Segregação e identificação dos grupos de resíduos	Ata, presença e plano de ação
Março	Acondicionamento, coletores e perfurocortantes	Ata, presença e plano de ação
Abril	Coleta interna, rotas e armazenamento	Ata, presença e plano de ação
Maio	Resíduos químicos, medicamentos e logística reversa	Ata, presença e plano de ação
Junho	Auditoria semestral e análise de indicadores	Ata, presença e plano de ação
Julho	Biossegurança, EPI/EPC e acidentes ocupacionais	Ata, presença e plano de ação
Agosto	Coleta externa, documentação e destinação final	Ata, presença e plano de ação
Setembro	Capacitação por setor e inspeções práticas	Ata, presença e plano de ação
Outubro	Contingência: derramamento, ruptura e atraso na coleta	Ata, presença e plano de ação
Novembro	Revisão de POPs, infraestrutura e ações corretivas	Ata, presença e plano de ação
Dezembro	Relatório anual, avaliação de eficácia e plano seguinte	Ata, presença e plano de ação

Periodicidade: mensal. Data e horário serão definidos por cada UPA e publicados em calendário interno.

Reuniões extraordinárias serão convocadas conforme necessidade.

V.2.1.8.4 ANEXO II – Indicadores propostos

Indicador	Fórmula / aferição	Periodicidade
Cumprimento de reuniões	Reuniões realizadas ÷ previstas × 100	Mensal
Conformidade de segregação	Pontos conformes ÷ pontos inspecionados × 100	Mensal
Capacitação	Trabalhadores capacitados ÷ trabalhadores previstos × 100	Trimestral
Planos de ação no prazo	Ações concluídas no prazo ÷ ações vencidas no período × 100	Mensal
Rastreabilidade de destinação	Coletas com documentação completa ÷ coletas realizadas × 100	Mensal
Ocorrências com RSS	Número de acidentes/incidentes registrados, por tipo	Mensal

V.2.1.8.5 ANEXO III – Modelo de portaria

PORTARIA Nº ____/20__. A Direção da [UPA NORTE / UPA SUL], Palmas/TO, resolve: Art. 1º Constituir a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, com os seguintes integrantes: Presidente _____; Vice-presidente _____; Secretário(a) _____; Membros _____. Art. 2º Aprovar a aplicação do Regimento Interno e do plano anual. Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura. Palmas/TO, ____/____/____. Direção da Unidade: _____.

V.2.1.8.6 ANEXO IV – Checklist de inspeção e fluxo de não conformidades

Checklist mínimo: setor e data; grupo de resíduo gerado; coletor compatível; identificação; integridade da embalagem; limite de preenchimento; rota e frequência de coleta; limpeza do abrigo; EPIs; registros de retirada; inconformidade; classificação do risco; responsável; prazo; reavaliação.

FLUXO: Inspeção/ocorrência → Registro → Classificação de risco → Comunicação ao responsável → Ação imediata, quando necessária → Plano corretivo → Verificação da eficácia → Encerramento documentado → Consolidação dos indicadores.

Referências normativas

ANVISA. RDC nº 222/2018. Boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. CONAMA. Resolução nº 358/2005. Lei nº 12.305/2010 – Política Nacional de Resíduos Sólidos. Normas de saúde e segurança do trabalho e regulamentação local aplicável.

V.2.1.9 Núcleo Segurança Paciente

Constituição por unidade

Cada UPA deverá possuir ato próprio de designação dos membros, atas, registro de notificações, plano de segurança, indicadores e planos de ação, com coordenação institucional articulada e comunicação à SEMUS quando cabível.

Regimento Interno

Capítulo I - Da natureza, finalidade e fundamentação

Art. 1º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é instância do serviço de saúde destinada a promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e à gestão de riscos relacionados à assistência.

Art. 2º O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de cada Unidade de Pronto Atendimento — UPA Norte e UPA Sul de Palmas/TO, respeitada a organização de cada unidade, observadas as normas sanitárias e assistenciais aplicáveis, especialmente:

I. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que couber;
II. Resolução RDC Anvisa nº 63, de 25 de novembro de 2011, sobre Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
III. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);
IV. Resolução RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;
V. Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013, referentes aos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente;
VI. Portaria nº 774, de 13 de abril de 2017, quanto ao cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no CNES, quando aplicável;
VII. Demais normas, notas técnicas, protocolos e orientações vigentes do Ministério da Saúde, da Anvisa e da autoridade sanitária competente.

Art. 3º O NSP possui caráter técnico, multiprofissional e permanente, com atuação integrada à direção, às áreas assistenciais e administrativas e às demais comissões e núcleos institucionais relacionados à qualidade e à segurança.

Art. 4º São finalidades do NSP promover a cultura de segurança, fortalecer a gestão de riscos, apoiar a melhoria contínua dos processos e contribuir para a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde.

Capítulo II – Dos conceitos e princípios

Art. 5º Para fins deste Regimento, adotam-se os conceitos previstos na regulamentação sanitária vigente, incluindo:

I. Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;
II. Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico;
III. Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;
IV. Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde;
V. Cultura de segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, favorecendo o aprendizado com as falhas e a melhoria da atenção;
VI. Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP): documento que identifica situações de risco e descreve estratégias e ações para gestão de riscos, prevenção e mitigação de incidentes durante a assistência.

Art. 6º A atuação do NSP observará, entre outros, os seguintes princípios e diretrizes:

I. Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias em saúde;
II. Disseminação sistemática da cultura de segurança;
III. Articulação e integração dos processos de gestão de risco;

IV. Garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

V. Promoção da gestão do conhecimento em segurança do paciente;

VI. Proteção da honra, da imagem, da privacidade e da confidencialidade dos pacientes, profissionais e notificadores;

VII. Abordagem sistêmica, educativa e orientada à aprendizagem, sem prejuízo da apuração de condutas quando legal ou institucionalmente necessária;

VIII. Participação do paciente e de seus familiares nas ações de segurança, quando pertinente.

Capítulo III – Das competências do NSP

Art. 7º Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente:

I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito do serviço de saúde;

II. Desenvolver ações para integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e no uso de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;

IV. Elaborar, implantar, divulgar, revisar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V. Acompanhar, avaliar e monitorar as ações vinculadas ao PSP;

VI. Implantar e monitorar protocolos e práticas de segurança do paciente aplicáveis ao perfil assistencial da unidade, com acompanhamento de indicadores;

VII. Analisar e avaliar dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

VIII. Compartilhar com a direção e com os profissionais, de forma apropriada e preservando a confidencialidade, os resultados das análises e as oportunidades de melhoria;

IX. Acompanhar a implementação de barreiras de segurança e planos de ação decorrentes de análises de risco, incidentes e eventos adversos;

X. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos relacionados à assistência à saúde, conforme critérios, ferramentas e prazos vigentes;

XI. Manter sob guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, os registros e notificações sob responsabilidade do NSP;

XII. Promover educação permanente e ações de sensibilização sobre segurança do paciente;

XIII. Articular-se com CCIH/SCIRAS, Farmácia, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Ética, Qualidade e demais instâncias correlatas, respeitadas as competências próprias;

XIV. Apoiar a direção na definição de prioridades institucionais de segurança do paciente.

Capítulo IV – Do plano de segurança do paciente

Art. 8º O NSP elaborará e manterá atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, compatível com o perfil assistencial e os riscos da unidade.

Art. 9º O PSP deverá contemplar estratégias e ações de gestão de risco, incluindo, conforme aplicabilidade:

I. Identificação correta do paciente;
II. Higiene das mãos;
III. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
IV. Segurança cirúrgica e de procedimentos invasivos;
V. Prevenção de quedas;
VI. Prevenção de lesão por pressão;
VII. Comunicação efetiva entre profissionais e serviços;
VIII. Segurança na transferência do cuidado e transições assistenciais;
IX. Segurança no uso de equipamentos, materiais e tecnologias em saúde;
X. Prevenção e controle de eventos adversos e outros riscos relevantes ao perfil da unidade;
XI. Participação do paciente e familiares na segurança do cuidado;
XII. Monitoramento de indicadores e avaliação da efetividade das ações implementadas.

Capítulo V – Da vigilância, monitoramento e notificação

Art. 10º O NSP deverá priorizar a identificação segura desde o acolhimento, comunicação da classificação de risco, segurança na estabilização e observação, medicação de alta vigilância, transferências intra e interserviços, resultados críticos, prevenção de quedas e lesões por pressão, higiene das mãos e prevenção de infecções relacionadas à assistência.

O monitoramento dos incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde será realizado pelo NSP, mediante sistema institucional de notificação, análise dos registros assistenciais, busca ativa quando aplicável e outras fontes de informação pertinentes.

Art. 11º As notificações externas serão realizadas pelo NSP por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa, observados os critérios e fluxos vigentes.

Art. 12º Os eventos adversos sujeitos à notificação deverão ser notificados até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, ressalvados os prazos específicos previstos na regulamentação.

Art. 13º Os eventos adversos que evoluírem para óbito deverão ser notificados à Anvisa em até 72 (setenta e duas) horas a partir da ocorrência, com posterior investigação e complementação das informações conforme orientações vigentes.

Art. 14º Eventos graves, óbitos, never events e demais ocorrências prioritárias deverão seguir fluxo institucional de comunicação imediata à direção e às áreas competentes, preservando-se a confidencialidade e a rastreabilidade da análise.

Art. 15º A investigação dos incidentes deverá privilegiar abordagem sistêmica e identificação de fatores contribuintes, causas, barreiras existentes ou ausentes e ações de melhoria, com definição de responsáveis e prazos.

Art. 16º Quando o incidente estiver relacionado a óbito, o NSP deverá articular a análise com a Comissão de Revisão de Óbito, sem prejuízo da notificação sanitária e das demais providências obrigatórias.

V.2.1.9.1 Capítulo VI – Da composição, designação e mandato

Art. 17º O NSP será formalmente instituído pela direção da unidade, mediante Portaria ou ato equivalente, com designação de seus membros e de profissional responsável pelo Núcleo.

Art. 18º A composição será multiprofissional e adequada ao perfil da instituição, podendo incluir representantes das áreas médica, enfermagem, farmácia, qualidade, controle de infecções, nutrição, apoio diagnóstico e terapêutico, administração e outras áreas estratégicas.

Coordenador	Profissional de nível superior designado pela diretoria
Enfermeiro	Que atua na Unidade
Médico	Representante do corpo clínico e que atua na Unidade
Farmacêutico	Profissional que atua na Unidade
Outros profissionais necessários	Assistente Social TI/ Qualidade

Art. 19º O ato de nomeação deverá indicar, no mínimo, residente/Coordenador, Vice-Presidente ou substituto, Secretário e demais membros, quando essa estrutura for adotada pela instituição.

Art. 20º O mandato e a substituição dos membros serão definidos no ato de designação da direção, recomendando-se revisão periódica da composição para assegurar representatividade, participação e continuidade dos trabalhos.

Art. 21º A inclusão, substituição ou desligamento de membros deverá ser formalizada pela direção e registrada nos documentos do NSP.

Capítulo VII – Das atribuições dos membros

Art. 22º Compete ao Presidente/Coordenador do NSP:

I. Convocar e presidir as reuniões;
II. Dirigir e coordenar os trabalhos do Núcleo;
III. Representar o NSP perante a direção, setores e órgãos competentes;
IV. Validar e assinar atas, relatórios e documentos do NSP, conforme fluxo institucional;
V. Distribuir responsabilidades e acompanhar o cumprimento das deliberações e planos de ação;
VI. Submeter à direção temas que exijam decisão, recursos ou providências institucionais.

Art. 23º Compete ao Vice-Presidente ou substituto auxiliar o Presidente/Coordenador e substituí-lo em suas ausências e impedimentos.

Art. 24º Compete ao Secretário:

I. Organizar pautas, materiais e registros das reuniões;

II. Lavrar as atas e providenciar sua validação;

III. Manter organizados os documentos, listas de presença, planos de ação, relatórios e demais registros;

IV. Acompanhar, em conjunto com a coordenação, prazos e pendências deliberadas.

Art. 25º Compete aos demais membros participar das reuniões, colaborar tecnicamente nas análises, executar as responsabilidades assumidas, disseminar as ações de segurança em suas áreas e comunicar riscos relevantes ao NSP.

Capítulo VIII – dos deveres, confidencialidade e conflitos de interesse

Art. 26º Os membros deverão atuar com ética, diligência, independência técnica, imparcialidade, respeito à confidencialidade e foco na melhoria dos processos.

Art. 27º As informações individualizadas relativas a pacientes, profissionais e notificadores serão tratadas de forma restrita, observadas as normas de sigilo profissional, proteção de dados e os fluxos institucionais.

Art. 28º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, deverão ser declarados ao início da apreciação da matéria, cabendo ao colegiado registrar em ata a forma de condução.

Art. 29º A divulgação externa de informações, dados, relatórios ou posicionamentos do NSP dependerá de autorização da direção e deverá observar a legislação e as políticas institucionais aplicáveis.

V.2.1.9.2 Capítulo IX – Das reuniões e deliberações

Art. 30º O NSP reunir-se-á ordinariamente, no mínimo, uma vez por mês, conforme cronograma anual aprovado, e extraordinariamente sempre que necessário.

Art. 31º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente/Coordenador ou por solicitação fundamentada de membro do NSP.

Art. 32º A convocação deverá conter, sempre que possível, pauta, data, horário, local ou meio de realização e documentos necessários à discussão.

Art. 33º O quórum mínimo para instalação das reuniões será de 50% (cinquenta por cento) mais um dos membros em exercício.

Art. 34º As deliberações serão tomadas por maioria simples dos membros presentes, salvo disposição institucional específica, cabendo ao Presidente/Coordenador o voto de qualidade em caso de empate.

Art. 35º De cada reunião será lavrada ata contendo, no mínimo, data, participantes, assuntos discutidos, deliberações, responsáveis, prazos e encaminhamentos.

Reuniões ordinárias mensais e extraordinárias quando necessárias; ata numerada por unidade com data, presença, pauta, análise de incidentes, deliberações, responsáveis, prazos e avaliação das ações anteriores.

Plano de ação 5W2H e acompanhamento mensal, com guarda sob acesso restrito.

V.2.1.9.2.1 Periodicidade das reuniões

I. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) realizará reuniões ordinárias mensais, conforme cronograma anual previamente aprovado pela Direção de cada UPA, e reuniões extraordinárias sempre que identificadas situações que exijam análise ou deliberação imediata, especialmente diante de eventos adversos graves, incidentes de maior criticidade, riscos assistenciais relevantes ou determinação da gestão institucional.
II. As reuniões contarão com a participação dos membros formalmente designados, podendo ser convidados profissionais de outras áreas, conforme a natureza dos assuntos em discussão.

III. A pauta contemplará a análise de notificações de incidentes e eventos adversos, indicadores de segurança do paciente, avaliação de riscos, cumprimento dos protocolos assistenciais, acompanhamento dos planos de ação e identificação de oportunidades de melhoria.

V.2.1.9.2.2 Forma de registro das deliberações

Todas as reuniões do NSP serão documentadas por meio de atas numeradas, datadas e assinadas pelos participantes, em formato físico ou eletrônico, assegurando a rastreabilidade das decisões e providências estabelecidas.

As atas deverão conter:

1. Identificação da UPA, data, horário e local da reunião.
2. Relação dos participantes e registro das ausências.
3. Pauta e assuntos discutidos.
4. Síntese das análises de indicadores, incidentes e riscos assistenciais.
5. Deliberações e decisões aprovadas.
6. Ações corretivas, preventivas e de melhoria definidas.
7. Identificação dos responsáveis pela execução.
8. Prazos para cumprimento das ações.
9. Situação das deliberações anteriores.
10. Resultados da avaliação de efetividade das medidas implementadas.

As deliberações que demandarem intervenção serão registradas em Plano de Ação, preferencialmente estruturado pela metodologia 5W2H, permitindo acompanhar responsáveis, prazos, evidências de execução e resultados alcançados.

Acompanhamento e comunicação institucional

O coordenador do NSP será responsável pelo acompanhamento das deliberações, verificação do cumprimento dos prazos e apresentação dos resultados nas reuniões subsequentes.

As decisões relevantes serão encaminhadas à Direção da respectiva UPA, às coordenações assistenciais e à Gestão da Qualidade. Quando envolverem riscos significativos, eventos graves ou situações de interesse da gestão municipal, serão comunicadas à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas (SEMUS), conforme os fluxos e obrigações aplicáveis.

Os registros serão mantidos em arquivo institucional com acesso controlado, preservando o sigilo das informações assistenciais e a proteção dos dados pessoais.

Periodicidade de acompanhamento proposta:

Atividade	Periodicidade
Reuniões ordinárias do NSP	Mensal
Reuniões extraordinárias	Sempre que necessário
Registro das atas e deliberações	A cada reunião
Atualização dos planos de ação	Contínua
Monitoramento dos indicadores	Mensal
Avaliação do cumprimento das deliberações	Mensal
Relatório consolidado à Direção	Trimestral
Comunicação de eventos graves às instâncias competentes	Imediata, conforme fluxo aplicável
Revisão do Plano de Segurança do Paciente	Anual e sempre que necessário

Art. 36º As ausências deverão ser justificadas. A participação dos membros nas atividades do NSP integra suas atribuições institucionais e deverá ser compatibilizada com a jornada de trabalho.

Art. 37º Na ausência do Presidente/Coordenador e de seu substituto, os membros presentes poderão escolher entre si um coordenador ad hoc para conduzir a reunião, desde que observado o quórum regimental.

Capítulo X – Dos indicadores, relatórios e melhoria contínua

Art. 38º O NSP definirá e acompanhará indicadores relacionados às prioridades do PSP e aos protocolos de segurança do paciente, considerando o perfil assistencial, riscos, metas institucionais e requisitos regulatórios.

Art. 39º Os resultados deverão ser analisados periodicamente e apresentados à direção e às áreas envolvidas, com definição de ações corretivas, preventivas ou de melhoria quando necessárias.

Art. 40º O NSP elaborará relatório periódico de suas atividades, contemplando, no mínimo, reuniões realizadas, ações educativas, incidentes analisados, indicadores monitorados, planos de ação e resultados alcançados.

Acompanhar mensalmente: adesão à identificação correta (% de prontuários/pacientes auditados); adesão à higiene das mãos (% de oportunidades observadas); incidência de quedas (por 1.000 pacientes-dia em observação, quando aplicável); incidentes relacionados a medicamentos (número e taxa conforme denominador definido); notificações analisadas no prazo (%); ações corretivas concluídas no prazo (%); e adesão à passagem segura de cuidado (% de transferências auditadas). As metas e denominadores deverão ser formalizados no PSP e compatibilizados com os indicadores contratuais.

Capítulo XI – Das disposições finais

Art. 41º Os casos omissos serão analisados pelo NSP e, quando necessário, submetidos à direção da unidade, observada a legislação vigente.

Art. 42º Este Regimento deverá ser revisado periodicamente e sempre que houver alteração normativa, mudança relevante no perfil assistencial ou necessidade institucional.

Art. 43º As alterações deste Regimento dependerão de aprovação do NSP e homologação pela direção da unidade.

Art. 44º Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e homologação, revogadas as disposições internas em contrário.

ANEXO I – Modelo de portaria de nomeação

Portaria Nº ____/2026

A Direção da [NOME DA UNIDADE], no uso de suas atribuições, e considerando a legislação aplicável à segurança do paciente,

Resolve:

Art. 1º Instituir o Núcleo de Segurança do Paciente – NSP e designar os seguintes membros:

- Presidente/Coordenador: [NOME / CARGO]
- Vice-Presidente/Substituto: [NOME / CARGO]
- Secretário: [NOME / CARGO]
- Representante Médico: [NOME]
- Representante da Enfermagem: [NOME]
- Representante da Farmácia: [NOME]
- Representante do SCIRAS/CCIH: [NOME]
- Representante da Qualidade: [NOME]
- Demais representantes: [NOMES / ÁREAS]

Art. 2º Compete ao NSP exercer as atribuições previstas na legislação vigente e no Regimento Interno aprovado pela instituição.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

[ ], ____ de _____ de 20__.

_____

Direção da Unidade

V.2.1.9.3 ANEXO II – Cronograma anual de reuniões

Mês	Tema/Atividade Principal	Ações Previstas	Evidências / Registros
01	Planejamento anual do NSP	Aprovação do cronograma; definição das prioridades, metas, indicadores e responsáveis	Ata; cronograma anual; plano de ação
02	Identificação segura do paciente	Avaliar adesão ao protocolo; realizar auditoria da identificação; analisar não conformidades	Checklist; indicador; relatório de auditoria
03	Higienização das mãos	Monitorar adesão; realizar sensibilização e capacitação; identificar oportunidades de melhoria	Auditoria; lista de presença; indicador
04	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Avaliar práticas seguras; analisar incidentes e riscos relacionados aos medicamentos	Relatório; notificações; plano de ação
05	Prevenção de quedas	Avaliar ocorrências; verificar adesão às medidas preventivas; revisar riscos identificados	Indicadores; checklist; ata
06	Prevenção de lesão por pressão	Monitorar ocorrências e medidas preventivas; avaliar necessidade de capacitação	Indicadores; auditoria; registros de capacitação
07	Comunicação efetiva e transferência do cuidado	Avaliar comunicação entre profissionais, serviços, transferências e transições assistenciais	Auditoria; ata; plano de melhoria
08	Incidentes e eventos adversos	Analisar notificações; identificar fatores contribuintes; acompanhar barreiras e planos de ação	Relatório de incidentes; planos de ação
09	Cultura de segurança do paciente	Desenvolver ações educativas e de sensibilização; fortalecer a participação multiprofissional	Lista de presença; registros; relatório
10	Segurança em procedimentos, equipamentos e tecnologias	Avaliar riscos relacionados a procedimentos, equipamentos, materiais e tecnologias em saúde	Checklist; relatório; ações corretivas
11	Avaliação do Plano de Segurança do Paciente – PSP	Avaliar protocolos, indicadores, metas, ações implantadas e pendências do PSP	Relatório de acompanhamento; indicadores
12	Avaliação anual e planejamento do próximo ciclo	Consolidar resultados; avaliar indicadores e ações realizadas; elaborar relatório anual e prioridades para o próximo ano	Relatório anual; ata; plano do próximo ciclo

V.2.2.10 Comissão/Núcleo de Educação Permanente

V.2.2.10.1 Finalidade

A **Comissão/Núcleo de Educação Permanente** instância multiprofissional de caráter técnico, educativo, consultivo e de apoio à gestão, destinada a planejar, coordenar, desenvolver, acompanhar e avaliar ações de **Educação Permanente em Saúde (EPS)** direcionadas aos profissionais que atuam na unidade.

A Comissão terá como princípio a utilização das situações e necessidades identificadas no cotidiano do trabalho como oportunidades de aprendizagem, buscando aprimorar continuamente os processos assistenciais e administrativos, fortalecer a integração das equipes e contribuir para a prestação de uma assistência segura, humanizada, resolutiva e de qualidade.

As ações deverão estar alinhadas às diretrizes do **Sistema Único de Saúde – SUS**, às políticas do Ministério da Saúde, às normas sanitárias e profissionais aplicáveis, aos protocolos institucionais e às necessidades epidemiológicas, assistenciais e operacionais identificadas nas **UPA Norte e UPA Sul – Palmas/TO.**

V.2.2.10.2 Objetivo geral

Promover o desenvolvimento contínuo dos profissionais das **UPA Norte e UPA Sul – Palmas/TO**, por meio do planejamento e execução sistemática de ações educativas relacionadas às necessidades reais do serviço, contribuindo para a melhoria dos processos de trabalho, segurança do paciente, qualidade assistencial, humanização e desenvolvimento institucional.

Objetivos específicos

São objetivos da Comissão/Núcleo:

- Identificar necessidades de capacitação e desenvolvimento das equipes;
- Elaborar e acompanhar o plano anual de educação permanente;
- Promover atualização técnico-científica dos profissionais;
- Fortalecer a aplicação dos protocolos, pops, normas e rotinas institucionais;
- Estimular práticas assistenciais baseadas em evidências;
- Promover ações relacionadas à segurança do paciente;

- Fortalecer a cultura de prevenção e gerenciamento de riscos;
- Desenvolver atividades de humanização e acolhimento;
- Apoiar a integração de novos colaboradores;
- Promover treinamentos relacionados às situações de urgência e emergência;
- Utilizar incidentes, eventos adversos, não conformidades e resultados de indicadores como oportunidades de aprendizagem;
- Estimular a integração multiprofissional;
- Acompanhar a participação dos profissionais nas atividades educativas;
- Avaliar a efetividade das capacitações realizadas;
- Manter registros e evidências documentais das atividades desenvolvidas.

V.2.2.10.3 Composição

A Comissão/Núcleo deverá possuir composição **multiprofissional**, podendo ser constituída, conforme disponibilidade e estrutura da unidade, por representantes das seguintes áreas:

I. Coordenador da Comissão/Núcleo;
II. Enfermagem
III. Corpo Clínico/Médico;
IV. Farmácia;
V. Serviço Social;
VI. Administração/Gestão;
VII. Qualidade e/ou Segurança do Paciente;
VIII. Recursos Humanos/Gestão de Pessoas;
IX. Demais áreas técnicas ou assistenciais, quando pertinente.

Poderão participar das reuniões profissionais convidados, responsáveis técnicos, especialistas e representantes de outras áreas, sempre que a pauta exigir conhecimento específico.

A composição formal da Comissão/Núcleo deverá ser estabelecida mediante **ato administrativo, portaria, resolução interna ou instrumento equivalente**, com identificação dos membros, funções e período de atuação.

Coordenação

A Comissão/Núcleo deverá possuir um Coordenador, preferencialmente profissional com conhecimento dos processos assistenciais e experiência em atividades de capacitação, gestão, qualidade ou educação em saúde.

Compete ao Coordenador:

- Coordenar as reuniões;
- Elaborar, em conjunto com os membros, o planejamento das atividades;
- Definir e acompanhar o calendário de capacitações;
- Articular as ações com a direção e coordenações da unidade;
- Acompanhar a execução do plano de educação permanente;
- Monitorar indicadores;
- Garantir o registro das atividades realizadas;
- Apresentar periodicamente os resultados à gestão.

V.2.2.10.4 Atribuições da comissão/Núcleo:

Compete à Comissão/Núcleo de Educação Permanente:

1. Realizar diagnóstico periódico das necessidades de capacitação;
2. Elaborar o plano anual de educação permanente;
3. Estabelecer prioridades de treinamento;
4. Organizar cronograma anual e mensal de atividades;
5. Desenvolver treinamentos teóricos e práticos;
6. Promover oficinas, palestras, rodas de conversa e discussão de casos;
7. Estimular simulações realísticas relacionadas às situações de urgência e emergência;
8. Promover atualização dos profissionais quanto aos protocolos institucionais;
9. Apoiar ações de integração e capacitação inicial de novos profissionais;
10. Acompanhar resultados de auditorias, indicadores e notificações de incidentes;
11. Utilizar não conformidades como subsídio para ações educativas;
12. Avaliar a adesão dos profissionais às capacitações;
13. Avaliar a efetividade das atividades desenvolvidas;

14. Manter registros, listas de presença, atas, avaliações e relatórios;
15. Propor ações corretivas e preventivas quando identificadas fragilidades relacionadas ao conhecimento ou execução dos processos;
16. Integrar suas atividades às demais comissões, núcleos e setores da unidade.

V.2.2.10.5 Levantamento das necessidades de educação permanente

As necessidades de capacitação poderão ser identificadas por meio de:

- Análise de indicadores assistenciais;
- Auditorias de prontuários;
- Notificações de incidentes e eventos adversos;
- Registros de não conformidades;
- Análise de reclamações e manifestações dos usuários;
- Avaliação das coordenações;
- Observação dos processos de trabalho;
- Mudanças de protocolos;
- Implantação de novos equipamentos ou tecnologias;
- Alterações normativas;
- Resultados das reuniões das comissões;
- Dificuldades relatadas pelos profissionais;
- Necessidades epidemiológicas;
- Situações sentinela;
- Avaliação de desempenho dos processos;
- Demandas da secretaria estadual de saúde e da gestão da unidade.

V.2.2.10.6 Principais temas de capacitação

O programa poderá contemplar, entre outros:

Urgência e emergência

- Parada cardiorrespiratória;
- Suporte básico e avançado de vida;
- Atendimento ao trauma;

- Síndrome coronariana aguda;
- Acidente vascular cerebral;
- Sepse;
- Insuficiência respiratória;
- choque;
- Emergências pediátricas;
- Emergências obstétricas;
- Manejo de pacientes críticos.

Segurança do paciente

- Identificação segura do paciente;
- Comunicação efetiva;
- Segurança na prescrição, dispensação e administração de medicamentos;
- Prevenção de quedas;
- Prevenção de lesões por pressão;
- Higienização das mãos;
- Prevenção e controle de infecções;
- Notificação de incidentes e eventos adversos.

Processos institucionais

- Acolhimento;
- Classificação de risco;
- Registros em prontuário;
- Protocolos e pops;
- Fluxos assistenciais;
- Gerenciamento de resíduos;
- Biossegurança;
- Saúde e segurança do trabalhador;
- Ética profissional;
- Sigilo e proteção das informações;
- Humanização e atendimento ao usuário.

V.2.2.10.7 Metodologia

As ações educativas poderão ser desenvolvidas mediante diferentes metodologias, priorizando estratégias participativas e relacionadas à realidade do trabalho, incluindo:

- Aulas expositivas;
- Treinamentos práticos;
- Oficinas;
- Simulações realísticas;
- Discussão de casos;
- Estudos dirigidos;
- Rodas de conversa;
- Treinamento em serviço;
- Educação à distância, quando aplicável;
- Análise de incidentes;
- Discussão de não conformidades;
- Devolutivas de auditorias;
- Apresentação de indicadores.

Sempre que possível, deverão ser utilizadas metodologias ativas que favoreçam a participação, reflexão crítica e aplicação do conhecimento no ambiente de trabalho.

V.2.2.10.8 Reuniões da comissão/núcleo

A Comissão/Núcleo deverá realizar reuniões ordinárias periodicamente, preferencialmente **mensais**, e extraordinárias sempre que houver necessidade.

As reuniões deverão possuir:

Calendário → Convocação → Reunião → Lista de Presença → Ata → Deliberações → Plano de Ação → Responsável → Prazo → Monitoramento → Encerramento.

As deliberações deverão ser registradas em ata e acompanhadas até sua conclusão.

V.2.2.10.9 Plano Anual de Educação Permanente

A Comissão/Núcleo deverá elaborar o **Plano Anual de Educação Permanente**, contendo, no mínimo:

- Tema da capacitação;
- Justificativa;
- Objetivo;
- Público-alvo;
- Responsável;
- Metodologia;
- Carga horária;
- Período/data prevista;
- Recursos necessários;
- Indicador de participação;
- Método de avaliação;
- Registro dos resultados.

O planejamento poderá ser atualizado ao longo do ano sempre que surgirem novas necessidades assistenciais, epidemiológicas, regulatórias ou institucionais.

V.2.2.10.10 Registro das capacitações

Cada atividade educativa deverá possuir evidência documental, sempre que aplicável, contendo:

Tema → Data → Horário → Carga Horária → Instrutor/Responsável → Conteúdo Programático → Público-Alvo → Lista de Presença → Avaliação → Evidências → Resultados.

Os documentos deverão permanecer organizados e disponíveis para acompanhamento da gestão, auditorias e processos de avaliação.

Indicadores

A Comissão/Núcleo deverá acompanhar indicadores que permitam avaliar a execução e a efetividade do programa, podendo contemplar:

- Percentual de capacitações previstas realizadas;
- Percentual de profissionais capacitados;
- Taxa de participação por categoria profissional;
- Horas de treinamento por profissional;
- Adesão aos protocolos após capacitação;
- Reincidência de não conformidades;
- Redução de eventos relacionados aos temas trabalhados;
- Percentual de ações educativas decorrentes de eventos adversos concluídas;
- Cumprimento do cronograma anual.

Os resultados deverão subsidiar o planejamento dos ciclos seguintes de educação permanente.

V.2.2.10.11 Integração com outras comissões e núcleos

A Comissão/Núcleo de Educação Permanente deverá atuar de forma articulada com a Direção, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente, CCIH ou estrutura equivalente, Farmácia, Serviço Social, Recursos Humanos, Qualidade e demais setores das **UPAs Norte e Sul.**

As recomendações provenientes de auditorias, análise de eventos adversos, revisão de prontuários, indicadores e demais mecanismos de avaliação poderão gerar ações específicas de educação permanente.

V.2.2.10.11.1 Fluxo da educação permanente



V.2.2.10.12 Cronograma anual de reuniões e atividades

Mês	Tema / Atividade Principal	Produtos / Evidências
1° mês	Planejamento anual da Educação Permanente e levantamento das necessidades de capacitação	Plano Anual de Educação Permanente; ata; cronograma
2° mês	Acolhimento e integração dos profissionais; revisão de fluxos institucionais	Lista de presença; material de integração; avaliação
3° mês	Segurança do paciente, identificação correta e comunicação efetiva	Registro de capacitação; indicadores; plano de melhoria
4° mês	Urgência e emergência: PCR, suporte básico de vida e resposta rápida	Simulação prática; lista de presença; avaliação
5° mês	Prevenção e controle de IRAS, higiene das mãos e precauções	Capacitação integrada à CCIH/CCIRAS; auditoria
6° mês	Segurança na administração de medicamentos	Avaliação de práticas; notificações; ações corretivas
7° mês	Humanização, acolhimento, classificação de risco e experiência do usuário	Relatório de capacitação; avaliação dos participantes
8° mês	Segurança ocupacional, biossegurança e manejo de resíduos	Treinamento; lista de presença; registro fotográfico
9° mês	Segurança do paciente: prevenção de quedas e lesões por pressão	Auditoria; indicadores; plano de ação
10° mês	Registros assistenciais, prontuário, sigilo e LGPD	Auditoria de prontuários; capacitação; relatório
11° mês	Emergências clínicas e simulação realística multiprofissional	Simulado; avaliação de desempenho; plano de melhoria
12° mês	Avaliação anual dos resultados e planejamento preliminar do próximo exercício	Relatório Anual da Educação Permanente; indicadores; ata

V.2.2.10.13 Disposições finais

A Educação Permanente deverá ser compreendida como processo contínuo e integrado ao trabalho, e não apenas como realização isolada de treinamentos.

As ações da Comissão/Núcleo deverão contribuir para transformar fragilidades identificadas no cotidiano em oportunidades de aprendizagem e melhoria, fortalecendo a competência técnica das equipes, a padronização dos processos, a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada nas **UPAs Norte e Sul**.

A Comissão/Núcleo deverá revisar periodicamente seu planejamento, seus indicadores e os resultados alcançados, promovendo ajustes sempre que necessários e mantendo o compromisso institucional com a **educação permanente, segurança, humanização, qualidade e melhoria contínua da assistência**.

3.2 Qualidade subjetiva

V.2.2 Manual de acolhimento com classificação de risco

V.2.2.1 Manual voltado à dimensão relacional do acolhimento

Apresentação

Este Manual estabelece diretrizes para o acolhimento, a recepção, a comunicação institucional, a orientação social, o apoio psicossocial e as formas de notificação relacionadas ao atendimento dos usuários e familiares na Unidade de Pronto Atendimento 24 h- UPA Norte e UPA Sul. Seu propósito é assegurar atendimento humanizado, organizado, acessível, seguro e compatível com a classificação de risco, respeitando a dignidade, a privacidade, a autonomia e as necessidades individuais dos usuários.

A qualidade subjetiva corresponde à percepção do usuário e de seus familiares sobre a experiência de cuidado. Por isso, o atendimento deverá combinar resposta assistencial oportuna com comunicação clara, escuta qualificada, orientação adequada, tratamento respeitoso e mecanismos efetivos para registro e encaminhamento de manifestações.

V.2.2.2 Objetivos

- Padronizar a recepção, identificação e orientação inicial dos usuários e acompanhantes.
- Integrar acolhimento e classificação de risco às necessidades clínicas, sociais e psicossociais identificadas.
- Definir responsabilidades para a comunicação de informações assistenciais e administrativas.
- Estabelecer canais para manifestações, notificações, reclamações, sugestões, elogios e denúncias.
- Organizar a atuação do Serviço Social e o apoio psicossocial, quando disponível ou necessário mediante articulação com a Rede de Atenção à Saúde.
- Garantir privacidade, sigilo, acessibilidade, respeito à diversidade e comunicação compreensível.
- Orientar visitantes e acompanhantes quanto às regras de segurança, prevenção e controle de riscos.

V.2.2.3 Princípios do atendimento

- Acolhimento com escuta qualificada e ausência de discriminação.
- Prioridade assistencial definida pela classificação de risco e pela condição clínica, e não pela ordem de chegada, ressalvadas as etapas administrativas que não interfiram na segurança do atendimento.
- Respeito à privacidade, confidencialidade e proteção das informações pessoais e de saúde.
- Comunicação clara, objetiva, acessível e adequada à capacidade de compreensão do usuário.
- Atendimento prioritário às pessoas que possuam direitos específicos previstos em legislação, sem prejuízo da classificação de risco clínico.
- Integração multiprofissional e articulação com a Rede Municipal de Saúde de Tocantins e demais serviços de proteção social quando necessário.

V.2.2.4 Recepção, acolhimento e orientação inicial

A recepção constitui ponto inicial de orientação e registro administrativo, devendo atuar de forma articulada com a enfermagem responsável pelo acolhimento e classificação de risco. Situações de aparente gravidade, instabilidade ou sofrimento intenso deverão ser imediatamente comunicadas à equipe assistencial, sem aguardar a conclusão de rotinas administrativas.

Na recepção, deverão ser disponibilizadas informações visíveis e de fácil compreensão sobre:

- fluxo de entrada, cadastro, acolhimento e classificação de risco;
- forma de chamada e prioridade assistencial;
- setores e acessos permitidos ao público;
- direitos e deveres dos usuários, acompanhantes e visitantes;
- canais de Ouvidoria e demais formas de manifestação;
- orientações de segurança, higiene das mãos e prevenção de infecções;
- regras de permanência e circulação na Unidade.

V.2.2.4.1 Orientação, ordem de atendimento e tempo estimado de espera

A recepção e a enfermagem explicarão que o atendimento segue a gravidade clínica e não apenas a ordem de chegada. A classificação em cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) será apresentada em linguagem simples, sem substituir o protocolo clínico vigente.

Após a classificação, o enfermeiro ou profissional designado informará a prioridade e, quando houver dados disponíveis, a previsão de espera, esclarecendo que se trata de estimativa variável diante de emergências, intercorrências e disponibilidade assistencial. Não se prometerá horário fixo.

Durante atrasos relevantes, a recepção atualizará a informação geral preferencialmente a cada 30 minutos, como parâmetro gerencial proposto. Essa periodicidade não substitui reavaliações clínicas. Agravamento relatado ou observado exige comunicação imediata à enfermagem e reavaliação conforme protocolo.

As orientações serão prestadas verbalmente e em sinalização acessível, com apoio comunicacional conforme necessidade; dúvidas e reclamações serão encaminhadas ao canal institucional ou à ouvidoria.

V.2.2.5. Classificação de risco e comunicação com o usuário

A classificação de risco será realizada por profissional habilitado, conforme protocolo institucional adotado pela Unidade. O usuário e/ou responsável deverá receber explicação, em linguagem simples, de que a prioridade de atendimento decorre da gravidade clínica e do risco identificado.

Sempre que houver alteração clínica durante a espera, o usuário ou acompanhante deverá ser orientado a comunicar imediatamente a equipe. A reavaliação deverá ocorrer conforme o protocolo institucional e sempre que houver mudança do quadro.

V.2.2.6. Informações sobre o estado clínico

As informações relativas a diagnóstico, prognóstico, conduta terapêutica, riscos, benefícios e alternativas serão prestadas pelo profissional responsável, observados os limites de competência de cada categoria. A equipe de enfermagem poderá orientar sobre cuidados, rotinas e procedimentos de enfermagem.

Informações clínicas deverão ser prestadas em ambiente que preserve a privacidade e somente ao próprio usuário, ao representante legal ou à pessoa por ele autorizada, respeitados o sigilo profissional e as regras de proteção de dados. Informações por telefone somente poderão ser fornecidas quando houver protocolo institucional seguro para confirmação de identidade e autorização.

V.2.2.7. Consentimento livre e esclarecido

Quando aplicável, o consentimento deverá resultar de processo de informação e decisão compartilhada. O usuário ou representante legal deverá receber explicações suficientes sobre o procedimento ou tratamento proposto, seus objetivos, benefícios esperados, riscos relevantes, alternativas disponíveis e consequências previsíveis da recusa, respeitadas as situações de urgência e emergência.

Para adequada formalização, deverão ser observados os seguintes cuidados:

1. utilizar linguagem compatível com o nível de compreensão do usuário;
2. permitir perguntas e esclarecer dúvidas antes da assinatura;
3. registrar a manifestação de vontade de forma livre, sem coerção;
4. garantir identificação do profissional responsável pelas informações;
5. arquivar o termo no prontuário quando sua utilização for indicada;
6. considerar as particularidades de menores de idade, pessoas incapazes e representantes legais.

V.2.2.8 Formas de notificação e manifestação do usuário

A Unidade deverá manter meios acessíveis para o registro de manifestações dos usuários e familiares. As manifestações poderão envolver reclamações, sugestões, elogios, denúncias, solicitações de informação e relatos de situações que demandem apuração ou encaminhamento.

Canal	Finalidade	Encaminhamento
Recepção	Orientações gerais, dúvidas sobre fluxo e acesso.	Orientação imediata ou encaminhamento ao setor responsável.
Ouvidoria/canal institucional	Reclamações, sugestões, elogios, denúncias e solicitações.	Registro, protocolo, análise e resposta conforme fluxo institucional.
Serviço Social	Demandas sociais, familiares, vulnerabilidades e acesso a direitos.	Avaliação social e articulação com a rede quando indicada.
Equipe assistencial	Dúvidas e ocorrências relacionadas ao cuidado.	Avaliação e encaminhamento ao responsável técnico/assistencial.
Notificação de incidentes assistenciais	Situações relacionadas à segurança do paciente.	Registro no fluxo institucional e encaminhamento ao Núcleo de Segurança do Paciente, quando aplicável.

V.2.2.9 Orientação social e apoio psicossocial

O Serviço Social atuará nas situações que envolvam vulnerabilidade social, ausência ou fragilidade de rede de apoio, violência, abandono, pessoas em situação de rua, necessidade de articulação intersetorial, dificuldades de acesso à rede de saúde e proteção social, entre outras demandas compatíveis com suas atribuições profissionais.

Demandas de sofrimento psíquico, crise emocional, risco psicossocial ou necessidade de cuidado em saúde mental deverão ser acolhidas pela equipe assistencial e encaminhadas conforme a capacidade instalada da Unidade e os fluxos pactuados com a Rede de Atenção Psicossocial.

Quando não houver profissional de Psicologia disponível na própria Unidade, deverá ser assegurada a articulação com os serviços de referência, conforme necessidade clínica e social.

O atendimento social e psicossocial deverá priorizar:

- escuta qualificada e atendimento reservado;
- identificação de necessidades imediatas e fatores de vulnerabilidade;
- orientação sobre direitos, serviços e recursos disponíveis;
- mediação da comunicação entre usuário, família e equipe, quando pertinente;
- articulação com Atenção Primária, assistência social, saúde mental, proteção à criança e ao adolescente, proteção à pessoa idosa e demais serviços da rede;
- registro objetivo das intervenções realizadas, preservando o sigilo profissional.

V.2.2.9.1 Acionamento do apoio psicossocial

O enfermeiro ou médico acionará o Serviço Social diante de abandono, violência, vulnerabilidade, ausência de rede de apoio, situação de rua, dificuldades familiares, transferência complexa ou necessidade de articulação com a rede de proteção.

Em crise emocional, sofrimento intenso, risco de autoagressão, notícia grave ou luto, a equipe assistencial realizará acolhimento inicial e avaliação de segurança, acionara o Serviço de Assistência Social.

O atendimento ocorrerá preferencialmente em ambiente reservado, com escuta qualificada, orientação sobre direitos, registro objetivo e encaminhamento pactuado. Situações de violência seguirão fluxos de proteção e notificação aplicáveis.

V.2.2.10. Locais, horários e frequência das informações

As orientações gerais e administrativas serão prestadas na recepção e nos pontos de atendimento definidos pela Unidade. Informações clínicas serão prestadas nos locais assistenciais, de forma reservada. O Serviço Social e demais atendimentos que exijam confidencialidade deverão ocorrer, sempre que possível, em espaço que preserve a privacidade.

Por se tratar de serviço de urgência e emergência, as orientações essenciais deverão estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da Unidade, conforme a responsabilidade e a disponibilidade de cada serviço profissional.

V.2.2.11 Sistema de sinalização e acessibilidade

A Unidade contará com sinalização que facilite a localização dos setores, identifique acessos permitidos ou restritos e favoreça a circulação segura. As placas deverão apresentar linguagem objetiva, boa legibilidade e recursos visuais sempre que possível. Deverão ser adotadas medidas de acessibilidade comunicacional para usuários com deficiência, limitações sensoriais, baixa escolaridade ou dificuldade de compreensão, utilizando recursos disponíveis e apoio de acompanhante quando autorizado pelo usuário.

V.2.2.11.1 Acessibilidade

Cada UPA manterá desobstruídos e sinalizados rampas, corrimãos, sanitários adaptados, vagas reservadas e sinalização tátil e visual; utilizará sistema de senhas com acessibilidade auditiva e visual e linguagem simples; assegurará o atendimento prioritário legal e o direito a acompanhante; e incluirá o tema na programação do NEPS.

V.2.2.12 Visitantes e acompanhantes

A permanência de acompanhantes e a realização de visitas observarão a condição clínica do usuário, a capacidade física do setor, os direitos legalmente assegurados, as medidas de prevenção e controle de infecções e as orientações da equipe responsável. Por se tratar de Unidade de Pronto Atendimento, os horários e quantitativos poderão ser definidos e ajustados pela Direção Técnica e Assistencial de acordo com o perfil da Unidade e as condições operacionais.

Para acesso, o visitante ou acompanhante deverá:

- identificar-se na recepção, quando solicitado, e utilizar a identificação fornecida pela Unidade;
- seguir as orientações da equipe quanto à circulação e permanência;
- realizar higiene das mãos nos momentos indicados;
- não interferir em procedimentos ou manipular equipamentos sem orientação da equipe;

- respeitar a privacidade, o repouso e a segurança dos demais usuários;
- não realizar fotografias, filmagens ou gravações que exponham pacientes, profissionais, documentos ou áreas assistenciais sem autorização compatível com as normas institucionais;
- não portar bebidas alcoólicas, substâncias ilícitas, armas ou objetos que representem risco;
- não fumar nas dependências internas ou externas onde a legislação e a sinalização institucional proíbam o uso de produtos fumígenos;
- informar à equipe caso apresente sintomas de doença transmissível, para avaliação da segurança da visita.

V.2.2.12.1 Acomodação e hipóteses legais de acompanhante

Crianças e adolescentes: garantir presença de um dos pais ou responsável nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente, observadas as situações de proteção.

Pessoas idosas: observar o direito ao acompanhante na observação e internação, conforme Estatuto da Pessoa Idosa, com justificativa escrita do profissional responsável quando houver impossibilidade legalmente admitida.

Pessoas com deficiência: assegurar acompanhante ou atendente pessoal nas hipóteses da Lei Brasileira de Inclusão, com justificativa nos casos de impossibilidade previstos em lei.
Mulheres: respeitar o direito a acompanhante maior de idade de livre escolha durante consultas, exames e procedimentos, conforme Lei nº 14.737/2023 e suas condições específicas.

Os acompanhantes receberão identificação, orientação sobre higiene, circulação, privacidade, repouso, controle de infecção e proibição de interferir em procedimentos. Acomodação será compatível com a estrutura física, acessibilidade e segurança; restrições excepcionais deverão ser individualizadas, fundamentadas e registradas quando cabível.

V.2.2.13 Direito ao acompanhante

Será assegurado acompanhante nas hipóteses previstas em legislação e nas situações definidas pela equipe assistencial, considerando idade, condição clínica, deficiência, necessidade de apoio, vulnerabilidade e segurança do cuidado. O revezamento deverá seguir rotina institucional, podendo ser flexibilizado mediante avaliação da equipe responsável.

V.2.2.13.1 Atenção a grupos prioritários

Idosos: comunicação pausada, avaliação de limitações sensoriais, risco de quedas e vulnerabilidade; observar prioridade legal e prioridade especial para maiores de 80 anos, sem afastar a prioridade clínica da urgência.

Crianças: linguagem adequada à idade, acolhimento da família, ambiente seguro e proteção integral; sinais de gravidade são comunicados imediatamente à enfermagem.

Adolescentes: escuta respeitosa, privacidade, participação proporcional à maturidade e proteção contra violência, com observância dos deveres legais de comunicação e proteção.

Pessoas com deficiência: garantir acessibilidade física, comunicacional e atitudinal, recursos de comunicação e adaptações razoáveis; dirigir a comunicação à própria pessoa, respeitando sua autonomia.

As prioridades legais serão observadas nos procedimentos administrativos e no acolhimento, sem substituir a classificação de risco baseada na gravidade clínica.

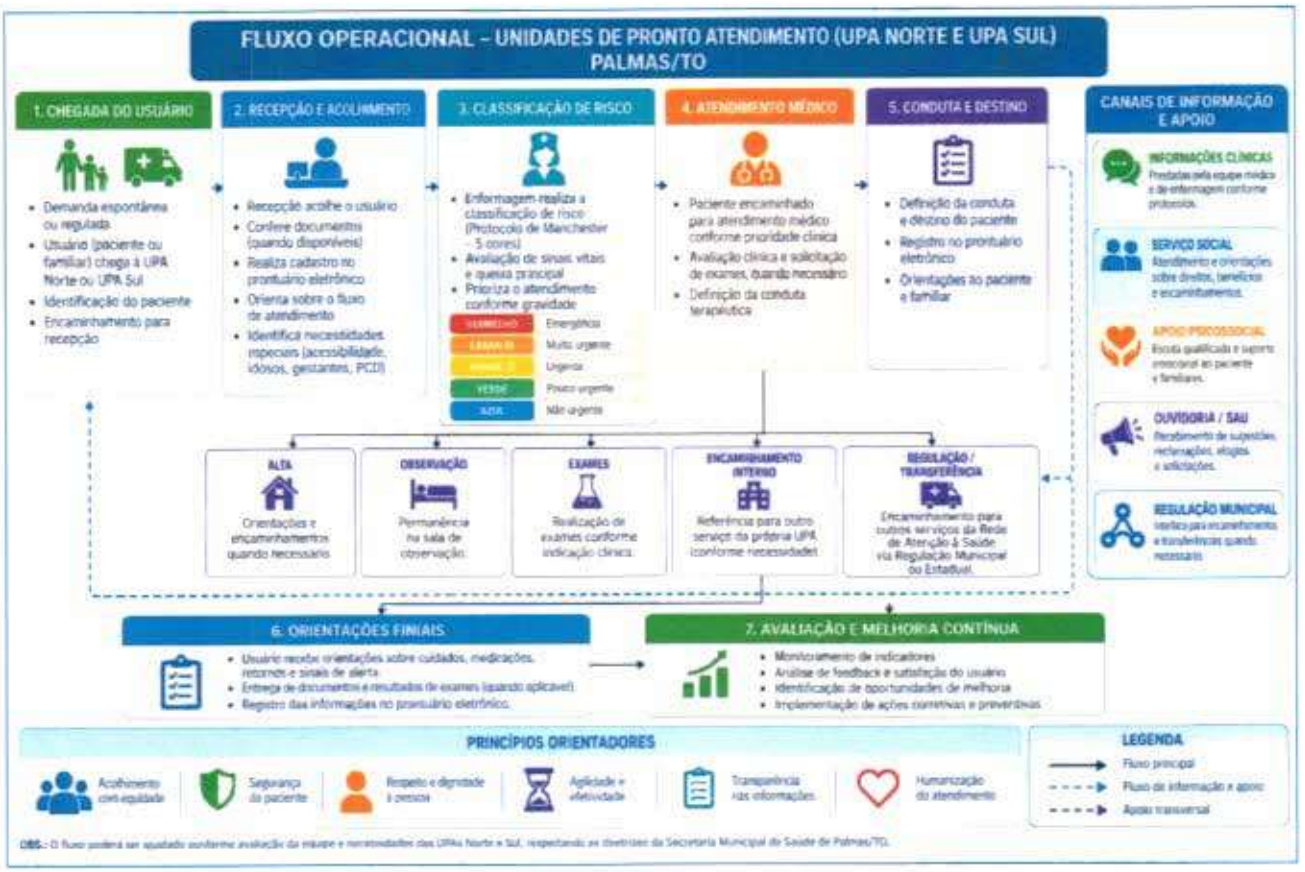
V.2.2.14 Medidas de controle de risco

- controle de acesso às áreas restritas;
- identificação de acompanhantes e visitantes;
- higiene das mãos e adoção de precauções conforme orientação assistencial;
- restrição temporária de visitas quando houver risco epidemiológico ou clínico devidamente justificado;
- proteção da privacidade e do sigilo das informações;
- comunicação imediata à equipe em caso de agravamento do usuário, conflito, ameaça ou situação de risco;
- registro das intercorrências relevantes conforme fluxo institucional.

V.2.2.15 Responsabilidades

Responsável	Principais atribuições
Recepção	Cadastrar, identificar, orientar fluxos, fornecer informações administrativas e encaminhar demandas ao setor competente.
Enfermagem	Realizar acolhimento/classificação de risco conforme protocolo, orientar cuidados e reconhecer alterações clínicas durante a permanência.
Equipe médica	Prestar informações clínicas de sua competência, esclarecer condutas e formalizar consentimentos quando aplicável.
Serviço Social	Avaliar demandas sociais, orientar direitos e articular a rede de proteção e cuidado.
Ouvidoria / canal institucional	Receber, registrar, encaminhar e acompanhar manifestações dos usuários.
Direção/Coordenação	Implantar, divulgar, monitorar e revisar este Manual e os fluxos associados.

V.2.2.16. FLUXO OPERACIONAL



V.2.2.17 Monitoramento e avaliação

A efetividade do Manual poderá ser acompanhada por indicadores e evidências, tais como:

- quantidade e natureza das manifestações recebidas;
- tempo e percentual de respostas às manifestações, quando aplicável;
- registro de orientações sociais e encaminhamentos realizados;
- eventos relacionados à comunicação, identificação ou acesso;
- resultados de pesquisa de satisfação do usuário;
- ações de melhoria implantadas a partir de reclamações, incidentes e avaliações internas.

V.2.2.18 Comunicação de notícias difíceis e óbito

O médico responsável conduzirá a comunicação clínica de agravamento, prognóstico grave e óbito, em ambiente reservado, após confirmar as informações e identificar familiar ou representante autorizado. Enfermagem e apoio psicossocial participarão quando necessário.

Roteiro:

(1) preparar local e informações;

(2) identificar os presentes e verificar o entendimento prévio;

(3) comunicar com palavras claras e sem eufemismos confusos;

(4) permitir silêncio, perguntas e expressão emocional;

(5) explicar condutas e próximos passos;

(6) oferecer suporte;

(7) registrar data, participantes e orientações no prontuário.

No óbito, a comunicação será realizada pelo médico após constatação e registros pertinentes. A equipe orientará a família sobre procedimentos administrativos, preservará dignidade e privacidade e observará fluxos médico-legais nos óbitos suspeitos ou violentos. A liberação do corpo e os documentos obedecerão às normas aplicáveis.

Familiares em luto receberão acolhimento reservado, orientação clara, tempo para perguntas e oferta de apoio social ou psicológico conforme disponibilidade e necessidade, respeitando crenças, valores e segurança institucional.

V.2.2.19 Disposições finais

Este Manual deverá ser divulgado às equipes e revisado periodicamente ou sempre que houver alteração relevante no fluxo assistencial, na estrutura da Unidade, nas normas institucionais ou nos requisitos legais aplicáveis. Situações não previstas deverão ser avaliadas pela liderança responsável, preservando-se a segurança, os direitos do usuário e a continuidade do cuidado.

V.2.2.20 Referências normativas – diretrizes gerais

A aplicação deste Manual deverá observar a legislação sanitária, profissional e de proteção de direitos vigente, incluindo as normas do Sistema Único de Saúde, direitos dos usuários da saúde, proteção de crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência, proteção de dados pessoais, ética profissional, segurança do paciente, prevenção e controle de infecções e demais atos normativos aplicáveis.

Prioridades legais (sem prejuízo da classificação de risco): pessoas com deficiência, idosos (≥60; prioridade especial ≥80), gestantes, lactantes, pessoas com criança de colo e obesos (Lei nº 10.048/2000; Lei nº 10.741/2003, art. 3º; Lei nº 13.146/2015, art. 9º); crianças e adolescentes, prioridade absoluta (Lei nº 8.069/1990, art. 4º).

V.2.2.21 Acolhimento com classificação de risco

Finalidade

Este Manual estabelece diretrizes para o acolhimento, a recepção, a comunicação institucional, a orientação social, o apoio psicossocial e as formas de notificação relacionadas ao atendimento dos usuários e familiares na UPAs Norte e Sul de Palmas/TO. Seu propósito é assegurar atendimento humanizado, organizado, acessível, seguro e compatível com a classificação de risco, respeitando a dignidade, a privacidade, a autonomia e as necessidades individuais dos usuários.

A qualidade subjetiva corresponde à percepção do usuário e de seus familiares sobre a experiência de cuidado. Por isso, o atendimento deverá combinar resposta assistencial oportuna com comunicação clara, escuta qualificada, orientação adequada, tratamento respeitoso e mecanismos efetivos para registro e encaminhamento de manifestações.

Abrangência

Aplica-se à porta de urgência e emergência do Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas de Palmas/TO, com articulação com a Rede Municipal de Saúde, SAMU/Regulação Regional, serviços hospitalares de referência e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Objetivos

- Padronizar a recepção, identificação e orientação inicial dos usuários e acompanhantes.
- Integrar acolhimento e classificação de risco às necessidades clínicas, sociais e psicossociais identificadas.
- Definir responsabilidades para a comunicação de informações assistenciais e administrativas.
- Estabelecer canais para manifestações, notificações, reclamações, sugestões, elogios e denúncias.
- Organizar a atuação do Serviço Social e o apoio psicossocial, quando disponível ou necessário mediante articulação com a Rede de Atenção à Saúde.
- Garantir privacidade, sigilo, acessibilidade, respeito à diversidade e comunicação compreensível.
- Orientar visitantes e acompanhantes quanto às regras de segurança, prevenção e controle de riscos.

V.2.2.21.1 Princípios do atendimento

- Acolhimento com escuta qualificada e ausência de discriminação.
- Prioridade assistencial definida pela classificação de risco e pela condição clínica, e não pela ordem de chegada, ressalvadas as etapas administrativas que não interfiram na segurança do atendimento.
- Respeito à privacidade, confidencialidade e proteção das informações pessoais e de saúde.
- Comunicação clara, objetiva, acessível e adequada à capacidade de compreensão do usuário.
- Atendimento prioritário às pessoas que possuam direitos específicos previstos em legislação, sem prejuízo da classificação de risco clínico.
- Integração multiprofissional e articulação com a Rede Municipal de Saúde e demais serviços de proteção social quando necessário.

V.2.2.21.2 Recepção, acolhimento e orientação inicial

A recepção constitui ponto inicial de orientação e registro administrativo, devendo atuar de forma articulada com a enfermagem responsável pelo acolhimento e classificação de risco. Situações de aparente gravidade, instabilidade ou sofrimento intenso deverão ser imediatamente comunicadas à equipe assistencial, sem aguardar a conclusão de rotinas administrativas.

Na recepção, deverão ser disponibilizadas informações visíveis e de fácil compreensão sobre:

- Fluxo de entrada, cadastro, acolhimento e classificação de risco;
- Forma de chamada e prioridade assistencial;
- Setores e acessos permitidos ao público;
- Direitos e deveres dos usuários, acompanhantes e visitantes;
- Canais de ouvidoria e demais formas de manifestação;
- Orientações de segurança, higiene das mãos e prevenção de infecções;
- Regras de permanência e circulação nas unidades.
- A recepção e a enfermagem explicarão que o atendimento segue a gravidade clínica e não apenas a ordem de chegada. A classificação em cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) será apresentada em linguagem simples, sem substituir o protocolo clínico vigente.
- Após a classificação, o enfermeiro ou profissional designado informará a prioridade e, quando houver dados disponíveis, a previsão de espera, esclarecendo que se trata de estimativa variável diante de emergências, intercorrências e disponibilidade assistencial. Não se prometerá horário fixo.

- Durante atrasos relevantes, a recepção atualizará a informação geral preferencialmente a cada 30 minutos, como parâmetro gerencial proposto. Essa periodicidade não substitui reavaliações clínicas. Agravamento relatado ou observado exige comunicação imediata à enfermagem e reavaliação conforme protocolo.
- As orientações serão prestadas verbalmente e em sinalização acessível, com apoio comunicacional conforme necessidade; dúvidas e reclamações serão encaminhadas ao canal institucional ou à ouvidoria.

V.2.2.21.3 Classificação de risco e comunicação com o usuário

A classificação de risco será realizada por profissional habilitado, conforme protocolo institucional adotado pelas unidades. O usuário e/ou responsável deverá receber explicação, em linguagem simples, de que a prioridade de atendimento decorre da gravidade clínica e do risco identificado.

Sempre que houver alteração clínica durante a espera, o usuário ou acompanhante deverá ser orientado a comunicar imediatamente a equipe. A reavaliação deverá ocorrer conforme o protocolo institucional e sempre que houver mudança do quadro.

Informações sobre o estado clínico

As informações relativas a diagnóstico, prognóstico, conduta terapêutica, riscos, benefícios e alternativas serão prestadas pelo profissional responsável, observados os limites de competência de cada categoria. A equipe de enfermagem poderá orientar sobre cuidados, rotinas e procedimentos de enfermagem.

Informações clínicas deverão ser prestadas em ambiente que preserve a privacidade e somente ao próprio usuário, ao representante legal ou à pessoa por ele autorizada, respeitados o sigilo profissional e as regras de proteção de dados. Informações por telefone somente poderão ser fornecidas quando houver protocolo institucional seguro para confirmação de identidade e autorização.

Consentimento livre e esclarecido

Quando aplicável, o consentimento deverá resultar de processo de informação e decisão compartilhada. O usuário ou representante legal deverá receber explicações suficientes sobre o procedimento ou tratamento proposto, seus objetivos, benefícios esperados, riscos relevantes, alternativas disponíveis e consequências previsíveis da recusa, respeitadas as situações de urgência e emergência.

Para adequada formalização, deverão ser observados os seguintes cuidados:

1. utilizar linguagem compatível com o nível de compreensão do usuário;
2. permitir perguntas e esclarecer dúvidas antes da assinatura;
3. registrar a manifestação de vontade de forma livre, sem coerção;
4. garantir identificação do profissional responsável pelas informações;
5. arquivar o termo no prontuário quando sua utilização for indicada;
6. considerar as particularidades de menores de idade, pessoas incapazes e representantes legais.

Comunicação de notícias difíceis e óbito

O médico responsável conduzirá a comunicação clínica de agravamento, prognóstico grave e óbito, em ambiente reservado, após confirmar as informações e identificar familiar ou representante autorizado. Enfermagem e apoio psicossocial participarão quando necessário.

Roteiro:

(1) preparar local e informações;

(2) identificar os presentes e verificar o entendimento prévio;

(3) comunicar com palavras claras e sem eufemismos confusos;

(4) permitir silêncio, perguntas e expressão emocional;

(5) explicar condutas e próximos passos;

(6) oferecer suporte;

(7) registrar data, participantes e orientações no prontuário.

No óbito, a comunicação será realizada pelo médico após constatação e registros pertinentes.

V.2.2.21.5 Responsabilidades

Acolhimento

É responsabilidade de toda a equipe manter postura acolhedora, identificar sinais evidentes de gravidade e acionar imediatamente a Enfermagem. Recepção, controle de acesso e demais trabalhadores não realizam classificação clínica; diante de sofrimento intenso, alteração de consciência, dificuldade respiratória, convulsão, sangramento importante, gestante com emergência aparente ou criança gravemente enferma, devem acionar o enfermeiro sem demora.

Classificação de risco

A classificação de risco e a priorização da assistência, no âmbito da equipe de Enfermagem, são privativas do enfermeiro, que deve estar capacitado no protocolo adotado pela instituição. A atividade deve ocorrer em ambiente apropriado, com privacidade, recursos mínimos para avaliação e registro. O enfermeiro classificador não deve desempenhar outra atividade concomitante durante o período destinado à classificação. Para o dimensionamento seguro da atividade, deverá ser observado o tempo médio de quatro minutos por classificação, com limite de até quinze classificações por hora, conforme a Resolução Cofen nº 661/2021.

Acolhimento e Classificação de Risco

O Instituto Social de Saúde São Lucas adotará, nas UPAs Norte e Sul, protocolo estruturado de acolhimento e classificação de risco, fundamentado em critérios técnico-científicos e com metodologia de priorização clínica equivalente em finalidade à do Sistema Manchester, contemplando cinco níveis de prioridade, identificados pelas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul.

O protocolo utilizará critérios clínicos objetivos, fluxos assistenciais padronizados e tempos de resposta compatíveis com os parâmetros estabelecidos no Termo de Referência, assegurando a identificação da gravidade, a priorização dos atendimentos e a segurança dos pacientes.

Sua aplicação será realizada por enfermeiros devidamente capacitados, com monitoramento contínuo dos indicadores e reavaliação clínica sempre que necessária, observadas as diretrizes do Ministério da Saúde e as orientações da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

O protocolo institucional será submetido à apreciação da Secretaria Municipal da Saúde, visando assegurar sua adequação aos requisitos técnicos e assistenciais estabelecidos para a parceria.

Responsabilidades profissionais

Profissional/setor	Responsabilidades essenciais
Recepção/controle de acesso	Receber, orientar, identificar e registrar; reconhecer sinais evidentes de alerta e acionar imediatamente a enfermagem, sem atribuir categoria de risco.
Técnico de enfermagem	Apoiar acolhimento, aferir sinais vitais e executar cuidados conforme atribuições e supervisão do enfermeiro.
Enfermeiro classificador	Realizar avaliação privativa de enfermagem, aplicar protocolo institucional validado, definir prioridade, registrar justificativa e reclassificar quando necessário.
Médico assistente	Avaliar e tratar segundo prioridade clínica; estabilizar, indicar observação, alta ou transferência; documentar condutas.
Coordenações médica e de enfermagem	Garantir cobertura, treinamento, auditoria, gestão de filas, supervisão e melhoria contínua.
Regulação/serviço social/equipe multiprofissional	Articular transferências, continuidade do cuidado e encaminhamentos pactuados conforme necessidades identificadas.

V.2.2.21.6 Princípios operacionais

- Prioridade definida por risco clínico, potencial de deterioração e vulnerabilidade.
- Classificação dinâmica: todo paciente pode ser reclassificado diante de mudança clínica.
- Nenhum paciente com sinais de instabilidade deve permanecer aguardando classificação formal para início de medidas de emergência.
- Garantia de informação ao usuário/acompanhante sobre fluxo e prioridade, sem promessa rígida de tempo quando a demanda ou a gravidade de outros casos exigir repriorização.
- Registro obrigatório da avaliação, categoria atribuída, horário, sinais vitais pertinentes, discriminadores clínicos, condutas iniciais e reavaliações.

V.2.2.21.7 Avaliação de risco e vulnerabilidade

- A avaliação considera queixa principal, início e evolução, sinais vitais, nível de consciência, padrão respiratório, perfusão, intensidade da dor, comorbidades, faixa etária, gestação, deficiência, condições psicossociais e suspeitas de violência. A escuta deve ocorrer em ambiente que preserve sigilo. Vulnerabilidades devem ser consideradas na decisão clínica e no encaminhamento, sem atribuição automática de uma cor apenas pela condição social.
- Idosos: comunicação pausada, avaliação de limitações sensoriais, risco de quedas e vulnerabilidade; observar prioridade legal e prioridade especial para maiores de 80 anos, sem afastar a prioridade clínica da urgência.
- Crianças: linguagem adequada à idade, acolhimento da família, ambiente seguro e proteção integral; sinais de gravidade são comunicados imediatamente à enfermagem.
- Adolescentes: escuta respeitosa, privacidade, participação proporcional à maturidade e proteção contra violência, com observância dos deveres legais de comunicação e proteção.
- Pessoas com deficiência: garantir acessibilidade física, comunicacional e atitudinal, recursos de comunicação e adaptações razoáveis; dirigir a comunicação à própria pessoa, respeitando sua autonomia.
- As prioridades legais serão observadas nos procedimentos administrativos e no acolhimento, sem substituir a classificação de risco baseada na gravidade clínica.

Visitantes e acompanhantes

A permanência de acompanhantes e a realização de visitas observarão a condição clínica do usuário, a capacidade física do setor, os direitos legalmente assegurados, as medidas de prevenção e controle de infecções e as orientações da equipe responsável. Por se tratar de Unidade de Pronto Atendimento, os horários e quantitativos poderão ser definidos e ajustados pela Direção Técnica e Assistencial de acordo com o perfil das unidades e as condições operacionais.

Para acesso, o visitante ou acompanhante deverá:

- Identificar-se na recepção, quando solicitado, e utilizar a identificação fornecida pelas unidades;
- Seguir as orientações da equipe quanto à circulação e permanência;
- Realizar higiene das mãos nos momentos indicados;
- Não interferir em procedimentos ou manipular equipamentos sem orientação da equipe;
- Respeitar a privacidade, o repouso e a segurança dos demais usuários;
- Não realizar fotografias, filmagens ou gravações que exponham pacientes, profissionais, documentos ou áreas assistenciais sem autorização compatível com as normas institucionais;
- Não portar bebidas alcoólicas, substâncias ilícitas, armas ou objetos que representem risco;
- Não fumar nas dependências internas ou externas onde a legislação e a sinalização institucional proíbam o uso de produtos fumígenos;
- Informar à equipe caso apresente sintomas de doença transmissível, para avaliação da segurança da visita.

Direito ao acompanhante

Será assegurado acompanhante nas hipóteses previstas em legislação e nas situações definidas pela equipe assistencial, considerando idade, condição clínica, deficiência, necessidade de apoio, vulnerabilidade e segurança do cuidado. O revezamento deverá seguir rotina institucional, podendo ser flexibilizado mediante avaliação da equipe responsável.

Medidas de controle de risco

- Controle de acesso às áreas restritas;
- Identificação de acompanhantes e visitantes;
- Higiene das mãos e adoção de precauções conforme orientação assistencial;

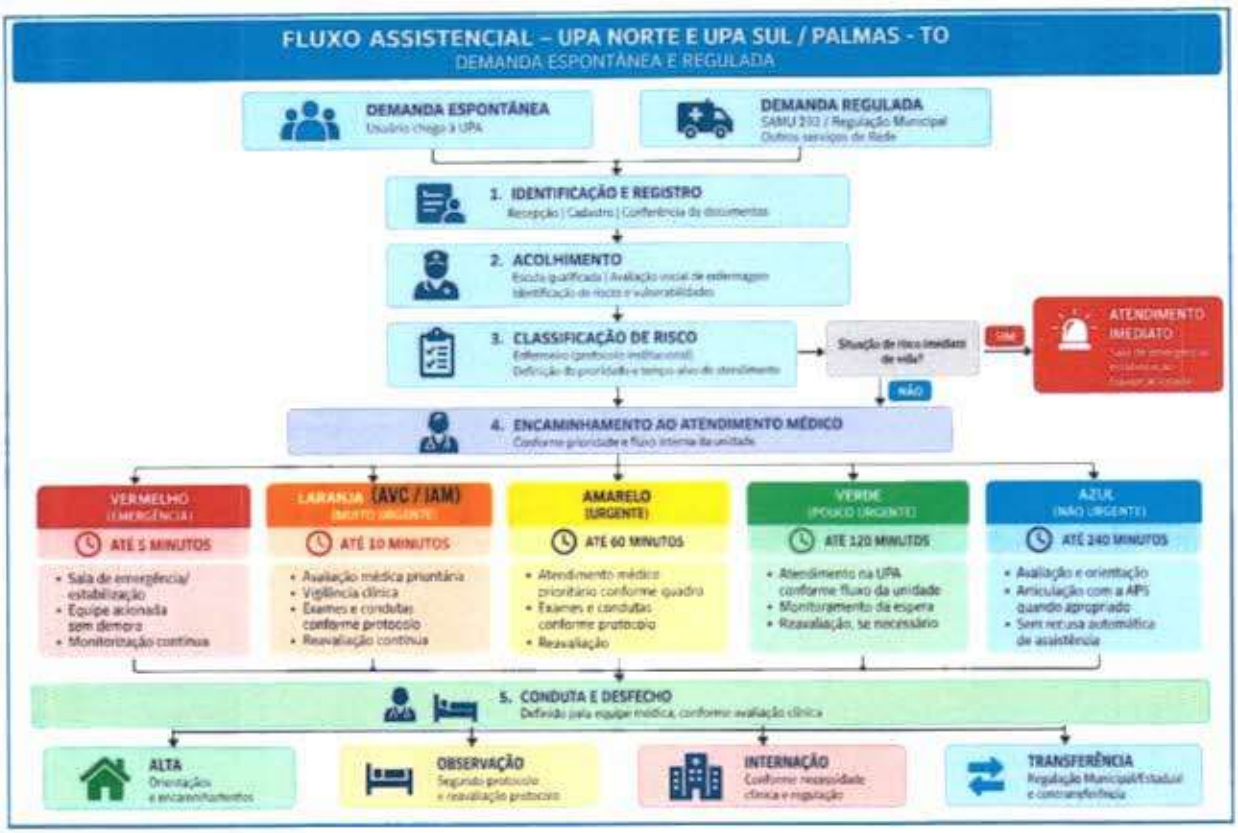
- Restrição temporária de visitas quando houver risco epidemiológico ou clínico devidamente justificado;
- Proteção da privacidade e do sigilo das informações;

V.2.2.21.8 Categorias de prioridade -tempo estimado de espera

Cor	Prioridade	Tempo-alvo proposto	
Vermelho	Emergência	Até 5 minutos	Sala de emergência/estabilização; equipe acionada sem demora.
Laranja	Muito urgente	Até 10 minutos	Avaliação médica prioritária, vigilância clínica e **(AVC / IAM)**.
Amarelo	Urgente	Até 60 minutos	Atendimento médico prioritário conforme quadro e reavaliação.
Verde	Pouco urgente	Até 120 minutos	Atendimento na UPA conforme fluxo e monitoramento da espera.
Azul	Não urgente	Até 240 minutos	Avaliação e orientação; articulação com APS quando apropriado, sem recusa automática de assistência.

Nota técnica: os tempos são referências operacionais e não substituem julgamento clínico. Em qualquer categoria, a piora clínica determina reavaliação imediata e eventual mudança de prioridade.

V.2.2.21.9 Fluxo assistencial



V.2.2.21.10 Formas de notificação e manifestação do usuário

A Unidade deverá manter meios acessíveis para o registro de manifestações dos usuários e familiares. As manifestações poderão envolver reclamações, sugestões, elogios, denúncias, solicitações de informação e relatos de situações que demandem apuração ou encaminhamento.

CANAL	FINALIDADE	ENCAMINHAMENTO
Recepção	Orientações gerais, esclarecimento de dúvidas sobre fluxos assistenciais, funcionamento da unidade e acesso aos serviços.	Orientação imediata ao usuário ou encaminhamento ao setor responsável, conforme a natureza da demanda.
Ouvidoria / Canal Institucional	Recebimento de reclamações, sugestões, elogios, denúncias e solicitações relacionadas à assistência e aos serviços prestados.	Registro formal da manifestação, geração de protocolo, análise, encaminhamento ao setor competente e resposta ao usuário, conforme os prazos e fluxos institucionais.
Serviço Social	Acolhimento de demandas sociais e familiares, identificação de situações de vulnerabilidade social e orientação sobre acesso a direitos e benefícios.	Avaliação social individualizada, orientação ao usuário e familiares, encaminhamento aos serviços competentes e articulação com a rede de proteção social e de saúde, quando necessário.
Equipe Assistencial	Esclarecimento de dúvidas, acolhimento de solicitações e identificação de ocorrências relacionadas ao cuidado, à assistência prestada e às necessidades dos pacientes e familiares.	Avaliação inicial da demanda pela equipe assistencial, adoção das providências cabíveis e encaminhamento à Coordenação Assistencial ou ao Responsável Técnico, conforme a natureza e a complexidade da ocorrência, assegurando o registro e o acompanhamento das medidas adotadas.
Notificação de Incidentes Assistenciais	Identificação, comunicação e registro de incidentes, eventos adversos, quase falhas e situações de risco que possam comprometer a segurança do paciente e a qualidade da assistência.	Registro formal no sistema ou instrumento institucional de notificação, comunicação imediata das situações graves à liderança assistencial e encaminhamento ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para análise, investigação, definição de ações corretivas e preventivas e monitoramento dos resultados, conforme os protocolos institucionais.

Orientação social e apoio psicossocial

O Serviço Social atuará nas situações que envolvam vulnerabilidade social, ausência ou fragilidade de rede de apoio, violência, abandono, pessoas em situação de rua, necessidade de articulação intersetorial, dificuldades de acesso à rede de saúde e proteção social, entre outras demandas compatíveis com suas atribuições profissionais.

Demandas de sofrimento psíquico, crise emocional, risco psicossocial ou necessidade de cuidado em saúde mental deverão ser acolhidas pela equipe assistencial e encaminhadas conforme a capacidade instalada das unidades e os fluxos pactuados com a Rede de Atenção Psicossocial.

O enfermeiro ou médico acionará o Serviço Social diante de abandono, violência, vulnerabilidade, ausência de rede de apoio, situação de rua, dificuldades familiares, transferência complexa ou necessidade de articulação com a rede de proteção.

Em crise emocional, sofrimento intenso, risco de autoagressão, notícia grave ou luto, a equipe assistencial realizará acolhimento inicial e avaliação de segurança, acionando o serviço social quando prevista e disponível; na ausência desse profissional, articulará atendimento com a rede de atenção psicossocial conforme o caso.

O atendimento ocorrerá preferencialmente em ambiente reservado, com escuta qualificada, orientação sobre direitos, registro objetivo e encaminhamento pactuado. Situações de violência seguirão fluxos de proteção e notificação aplicáveis.

O atendimento social e psicossocial deverá priorizar:

- Escuta qualificada e atendimento reservado;
- Identificação de necessidades imediatas e fatores de vulnerabilidade;
- Orientação sobre direitos, serviços e recursos disponíveis;
- Mediação da comunicação entre usuário, família e equipe, quando pertinente;
- Articulação com atenção primária, assistência social, saúde mental, proteção à criança e ao adolescente, proteção à pessoa idosa e demais serviços da rede;
- Registro objetivo das intervenções realizadas, preservando o sigilo profissional.

Locais, horários e frequência das informações

As orientações gerais e administrativas serão prestadas na recepção e nos pontos de atendimento definidos pelas unidades. Informações clínicas serão prestadas nos locais assistenciais, de forma reservada. O Serviço Social e demais atendimentos que exijam confidencialidade deverão ocorrer, sempre que possível, em espaço que preserve a privacidade.

Por se tratar de serviço de urgência e emergência, as orientações essenciais deverão estar disponíveis durante todo o período de funcionamento das unidades, conforme a responsabilidade e a disponibilidade de cada serviço profissional.

Sistema de sinalização e acessibilidade

A Unidade contará com sinalização que facilite a localização dos setores, identifique acessos permitidos ou restritos e favoreça a circulação segura. As placas deverão apresentar linguagem objetiva, boa legibilidade e recursos visuais sempre que possível. Deverão ser adotadas medidas de acessibilidade comunicacional para usuários com deficiência, limitações sensoriais, baixa escolaridade ou dificuldade de compreensão, utilizando recursos disponíveis e apoio de acompanhante quando autorizado pelo usuário.

V.2.2.21.11 Classificação de Risco – Adulto

A classificação deve considerar queixa principal, início e evolução, mecanismo de trauma, dor, estado neurológico, padrão respiratório, perfusão, sinais vitais, glicemia quando indicada, sangramento, comorbidades, uso de medicamentos, vulnerabilidades e outros discriminadores previstos no protocolo institucional.

Cor Vermelha – Emergência

Definição: condição com ameaça imediata à vida, função ou membro, exigindo intervenção simultânea à avaliação.

Prioridade: atendimento imediato.

Destino: sala de emergência, com acionamento imediato da equipe.

Exemplos de sinais e sintomas associados à cor vermelha

- Parada cardiorrespiratória ou ausência de sinais de circulação;
- Inconsciência ou resposta apenas à dor com comprometimento de via aérea;
- Obstrução total ou iminente de via aérea;
- Estridor intenso com exaustão, cianose ou rebaixamento;
- Insuficiência respiratória grave, fala entrecortada, exaustão ou respiração agônica;
- Saturação de oxigênio criticamente baixa associada a desconforto grave;
- Choque com hipotensão, pele fria, enchimento capilar prolongado ou alteração mental;
- Hemorragia ativa maciça ou não controlada;
- Dor torácica com instabilidade, choque, arritmia grave ou alteração importante de consciência;
- Suspeita de síndrome coronariana com instabilidade clínica;
- Déficit neurológico súbito com comprometimento de consciência, via aérea ou instabilidade;
- Convulsão em curso ou crises repetidas sem recuperação;
- Estado de mal epiléptico;
- Trauma maior com instabilidade hemodinâmica ou respiratória;
- Traumatismo craniano com rebaixamento progressivo da consciência;
- Ferimento penetrante em cabeça, pescoço, tórax, abdome ou região proximal de membro com instabilidade;
- Queimadura extensa ou queimadura de face com suspeita de lesão inalatória;
- Anafilaxia com comprometimento respiratório ou circulatório;
- Intoxicação com coma, convulsão, arritmia ou insuficiência respiratória;
- Afogamento com alteração respiratória ou neurológica;
- Eletrocussão com arritmia, perda de consciência ou parada;
- Hipoglicemia grave com alteração importante de consciência ou convulsão;
- Hiperglicemia com coma, choque ou respiração acidótica intensa;
- Emergência hipertensiva com sinais de lesão aguda de órgão-alvo e instabilidade;
- Gestante com hemorragia intensa, choque, convulsão/eclâmpsia ou prolapso de cordão;
- Parto iminente com complicação materna ou fetal aparente;
- Criança flácida, cianótica, apneica ou com sinais de choque;
- Sepse com choque, alteração grave de consciência ou falência respiratória;

- Agitação extrema com violência ativa e perigo imediato, após acionamento de equipe e medidas de segurança;
- Tentativa de suicídio em curso ou lesão autoinfligida com ameaça imediata à vida.

Condutas da cor vermelha

- Conduzir imediatamente à sala de emergência;
- Acionar equipe médica e de enfermagem;
- Iniciar medidas de suporte conforme protocolos e competências;
- Monitorar continuamente;
- Registrar horário, achados, intervenções e resposta;
- Acionar regulação, SAMU ou referência quando necessário, sem retardar estabilização.

Cor Laranja – Emergência (Muito Urgente).

Destino: Sala de Emergência/Estabilização, com acionamento imediato da equipe médica e de enfermagem, monitorização contínua, suporte avançado de vida quando indicado, estabilização clínica e, se necessário, regulação para transferência segura à unidade hospitalar de referência.

- Tempo de atendimento: até 10 minutos.
- - Avaliação médica prioritária.
- - Identificação de sinais e sintomas sugestivos de AVC/IAM.
- - Monitorização e vigilância clínica.
- - Realização de exames e condutas conforme protocolos institucionais.
- - Reavaliação contínua e encaminhamento imediato à sala de emergência quando houver instabilidade clínica.
- Observação técnica: Pacientes com suspeita de AVC ou IAM devem receber avaliação imediata e classificação conforme a gravidade clínica, podendo ser classificados como vermelho quando houver risco iminente de morte.

Cor Amarela – Urgência

Definição: condição potencialmente grave, com risco de deterioração, necessidade de avaliação rápida, dor intensa ou sofrimento relevante, sem ameaça vital imediata identificada.

Tempo-alvo institucional sugerido: até 60 minutos, com reavaliação antecipada sempre que necessário.

Destino: área assistencial prioritária, próxima de recursos de monitoramento.

Exemplos de sinais e sintomas associados à cor amarela

- Dor torácica sem instabilidade, especialmente com fatores de risco cardiovascular;
- Dispneia moderada, uso de musculatura acessória ou queda relevante de saturação sem exaustão;
- Crise de asma moderada sem sinais de falência respiratória;
- Febre com aparência toxêmica, prostração importante ou comorbidade de alto risco;
- Suspeita de sepse sem choque;
- Síncope recente, já recuperada, sem instabilidade atual;
- Déficit neurológico focal súbito sem instabilidade;
- Cefaleia súbita intensa, primeira ou pior da vida, sem rebaixamento;
- Confusão aguda ou alteração comportamental de início recente;
- Convulsão já cessada, em período pós-ictal, com via aérea protegida;
- Dor abdominal intensa ou localizada com sinais de irritação peritoneal;
- Vômitos persistentes com sinais de desidratação moderada;
- Hemorragia digestiva referida ou observada sem choque;
- Sangramento ativo moderado ou em uso de anticoagulante;
- Trauma com suspeita de fratura de osso longo, luxação importante ou comprometimento neurovascular;
- Traumatismo craniano com vômitos, amnésia, anticoagulação ou alteração transitória da consciência;
- Queimadura de extensão moderada, área especial ou dor intensa, sem lesão inalatória;
- Reação alérgica sistêmica sem comprometimento atual de via aérea ou circulação;
- Dor intensa, geralmente 8 a 10 em escala numérica, sem critério vermelho;
- Cólica renal intensa com vômitos ou redução importante da diurese;
- Retenção urinária aguda;
- Febre em lactente pequeno ou criança com sinais de alerta, conforme protocolo pediátrico;

- Criança com esforço respiratório moderado, desidratação ou prostração relevante;
- Gestante com sangramento vaginal, dor abdominal importante ou redução de movimentos fetais;
- Hipertensão grave na gestação sem convulsão ou choque;
- Suspeita de trabalho de parto ativo sem complicação aparente;
- Hipoglicemia sintomática já corrigida, necessitando observação e investigação;
- Hiperglicemia importante com sintomas, desidratação ou cetose suspeita, sem coma;
- Intoxicação ou abstinência com sintomas moderados e risco de agravamento;
- Ideação suicida atual, plano relatado ou incapacidade de garantir segurança, sem tentativa em curso;
- Agitação psicomotora importante, psicose aguda ou risco potencial de violência controlável;
- Violência sexual recente ou situação de violência com risco atual, exigindo acolhimento protegido e fluxo prioritário.

Condutas da cor amarela

- Comunicar prioridade à equipe;
- Acomodar em local seguro e observável;
- Iniciar medidas previstas em protocolos institucionais;
- Reavaliar no máximo a cada 30 minutos ou antes se houver mudança;
- Elevar para vermelho diante de deterioração.

Cor verde – Pouco urgente

Definição: condição aguda ou agudizada estável, sem sinais de ameaça imediata ou alto risco de deterioração, que necessita avaliação no serviço, mas pode aguardar com segurança mediante observação e reavaliação.

Tempo-alvo institucional sugerido: até 120 minutos.

Exemplos de sinais e sintomas associados à cor verde

- Febre em adulto estável, sem sinais de alarme;
- Sintomas gripais sem dispneia, hipoxemia ou prostração importante;

- Tosse aguda com sinais vitais estáveis;
- Dor de garganta com capacidade de deglutir e sem dificuldade respiratória;
- Dor de ouvido sem sinais sistêmicos importantes;
- Conjuntivite sem trauma, dor ocular intensa ou perda visual;
- Cefaleia habitual, leve a moderada, sem sinais neurológicos ou início explosivo;
- Tontura leve, sem síncope, déficit neurológico ou instabilidade;
- Dor lombar mecânica sem déficit neurológico, febre ou retenção urinária;
- Dor musculoesquelética moderada sem trauma de alta energia;
- Entorse com capacidade parcial de apoio e sem deformidade ou déficit neurovascular;
- Suspeita de fratura fechada de extremidade distal sem comprometimento neurovascular e com dor controlável;
- Corte superficial que podem necessitar sutura, com sangramento controlado;
- Queimadura pequena e superficial, fora de áreas especiais;
- Dor abdominal leve a moderada, sem sinais de irritação peritoneal ou instabilidade;
- Náuseas, vômitos ou diarreia com hidratação preservada ou desidratação leve;
- Sintomas urinários baixos sem febre alta, vômitos persistentes ou dor lombar intensa;
- Cólica menstrual ou dor pélvica leve a moderada sem sangramento importante;
- Sangramento vaginal discreto em pessoa não gestante e estável;
- Crise de ansiedade com sinais vitais estáveis e sem risco de autoagressão;
- Erupção cutânea localizada sem sinais de anafilaxia ou infecção sistêmica;
- Reação alérgica cutânea leve, sem edema de face, dispneia ou hipotensão;
- Abscesso pequeno ou infecção cutânea localizada sem sinais sistêmicos;
- Mordedura ou arranhadura superficial, sem hemorragia ou lesão extensa;
- Corpo estranho superficial em pele, ouvido ou nariz, sem comprometimento respiratório;
- Criança ativa com febre, alimentação/hidratação preservadas e sem sinais de alerta;
- Dor dentária moderada sem edema de face, trismo ou comprometimento sistêmico;
- Pressão arterial elevada sem sintomas ou sinais de lesão aguda de órgão-alvo;
- Necessidade de avaliação após exposição ocupacional, com pessoa estável;
- Efeito adverso medicamentoso leve, sem sinais sistêmicos graves.

Condutas da cor verde

- Orientar tempo estimado e sinais de piora;
- Manter acesso à equipe durante a espera;
- Reavaliar no máximo a cada 60 minutos;
- Elevar a prioridade se surgirem sinais de alarme;
- Articular aps quando a necessidade puder ser acompanhada longitudinalmente, sem negar avaliação necessária.

Cor azul – Não urgente 🔵

Definição: condição estável, de baixa complexidade, sem sinais de alarme, cujo cuidado pode ser realizado sem urgência e frequentemente pode ser resolvido ou acompanhado pela Atenção Primária, observados acesso, vulnerabilidade e segurança.

Tempo-alvo institucional sugerido: até 240 minutos, com orientação e reavaliação se houver mudança.

Exemplos de sinais e sintomas associados à cor azul

- Coriza isolada, sem febre alta ou dificuldade respiratória;
- Tosse leve e recente, sem dispneia ou alteração de sinais vitais;
- Dor de garganta leve, sem disfagia importante ou sinais sistêmicos;
- Dor de ouvido leve, sem febre alta ou secreção importante;
- Cefaleia leve, semelhante a episódios prévios, sem sinais de alarme;
- Dor muscular leve após esforço, sem trauma relevante;
- Dor lombar crônica habitual sem piora súbita ou sinais neurológicos;
- Dor articular crônica leve, sem calor, edema intenso ou trauma;
- Escoriação superficial, limpa e sem sangramento ativo;
- Pequeno hematoma sem limitação funcional ou anticoagulação;
- Picada de inseto com reação apenas local e discreta;
- Prurido localizado sem edema de face ou sintomas respiratórios;
- Dermatite leve ou lesão cutânea crônica sem sinais de infecção;
- Unha encravada sem celulite extensa ou sinais sistêmicos;

- Verruga, calo ou alteração cutânea crônica sem inflamação aguda;
- Conjuntivite leve sem dor, fotofobia ou alteração visual;
- Constipação leve, sem dor intensa, vômitos ou distensão importante;
- Dispepsia leve recorrente, sem sangramento, perda de peso ou dor intensa;
- Diarreia leve, sem desidratação, sangue ou febre alta;
- Náusea isolada, com hidratação preservada e sem dor importante;
- Sintomas urinários leves e crônicos, sem febre, retenção ou dor lombar;
- Corrimento vaginal crônico sem dor pélvica, febre, gestação ou sangramento;
- Atraso menstrual sem dor, sangramento ou outro sinal de urgência;
- Solicitação de renovação de receita sem falta de medicamento essencial ou descompensação;
- Solicitação de atestado, declaração ou resultado sem queixa aguda;
- Necessidade de curativo simples programável, sem infecção ou sangramento;
- Retirada de pontos no prazo previsto, sem sinais de complicação;
- Orientação sobre condição crônica estável;
- Aferição isolada de pressão em pessoa assintomática e sem valores críticos confirmados;
- Demanda vacinal ou preventiva sem intercorrência clínica aguda.

Condutas da cor azul

- Acolher e explicar a classificação sem desqualificar a queixa;
- Informar tempo e fluxo provável;
- Oferecer direcionamento responsável à após quando disponível e seguro;
- Não dispensar sem avaliação prevista no fluxo institucional;
- Reclassificar se houver mudança clínica.

Exemplos de situações de alta prioridade

- Parada cardiorrespiratória, ausência de responsividade ou insuficiência respiratória grave.
- Dor torácica com sinais de instabilidade ou suspeita de síndrome coronariana aguda.
- Déficit neurológico agudo sugestivo de AVC, rebaixamento importante do nível de consciência ou convulsão em curso/recorrente.
- Choque, hipotensão com sinais de hipoperfusão, hemorragia importante ou trauma grave.

- Anafilaxia, intoxicação grave, queimadura extensa ou comprometimento de via aérea.
- Sepse suspeita associada a sinais de disfunção orgânica ou instabilidade.
- Alteração glicêmica acompanhada de alteração neurológica, desidratação grave, vômitos persistentes, instabilidade ou outros sinais de gravidade.

A classificação não deve utilizar pontos de corte isolados como regra automática. Ex.: pressão arterial elevada sem avaliação de sintomas/lesão aguda de órgão-alvo, frequência cardíaca ou glicemia isoladas não definem, por si sós, uma cor.

V.2.2.21.12 Classificação de Risco – Pediatria

A avaliação pediátrica deve ser adequada à idade e considerar aparência/estado geral, trabalho respiratório, circulação/perfusão, nível de consciência, hidratação, temperatura, dor, alimentação, diurese, mecanismo de trauma, antecedentes, vulnerabilidade e relato do responsável. Sinais vitais devem ser interpretados conforme faixa etária.

Sinais de alerta pediátricos

- Apneia, cianose, esforço respiratório intenso, exaustão ou saturação criticamente reduzida.
- Alteração importante do nível de consciência, convulsão em curso, irritabilidade inconsolável associada a sinais de gravidade ou criança hipoativa/prostrada.
- Sinais de choque ou má perfusão, hemorragia importante, trauma grave.
- Anafilaxia, intoxicação, queimadura relevante, afogamento ou aspiração de corpo estranho com repercussão clínica.
- Febre em lactentes pequenos ou em qualquer criança quando associada a sinais de toxemia, má perfusão, alteração neurológica, dificuldade respiratória ou outros sinais de gravidade.
- Desidratação moderada/grave, vômitos persistentes ou incapacidade de ingerir líquidos com repercussão clínica.

Neonatos, crianças com condições crônicas complexas, deficiência ou necessidades específicas exigem atenção ampliada, mas a prioridade final deve ser determinada pelo risco clínico e vulnerabilidade, evitando atribuição automática de cor apenas pela condição social ou diagnóstico prévio.

Risco vermelho – Emergência pediátrica

Definição: Crianças em situação crítica, com risco iminente de morte ou comprometimento grave de funções vitais, necessitando de atendimento médico imediato.

Exemplos de sinais e sintomas

- Politraumatismo.
- Alteração do nível de consciência.
- Desconforto respiratório grave.
- Cianose.
- Crise convulsiva em atividade.
- Aspiração de corpo estranho com comprometimento respiratório.
- Ferimentos penetrantes por arma de fogo ou arma branca.
- Queimaduras extensas ou graves.
- Intoxicações exógenas graves.
- Reações alérgicas graves (anafilaxia).
- Afogamento.

Conduta

Encaminhar imediatamente para a Sala de Emergência e seguir com o protocolo.

Risco laranja – Muito urgente em pediatria

Definição: Crianças que apresentam condições clínicas potencialmente graves, com risco elevado de deterioração rápida do estado geral ou comprometimento de funções vitais, necessitando de avaliação médica muito urgente e intervenção precoce, embora não apresentem, no momento da classificação, critérios de emergência imediata (risco vermelho).

Exemplos de sinais e sintomas

- Desconforto respiratório moderado a importante, sem sinais de falência respiratória iminente.
- Crise asmática moderada a grave, com esforço respiratório significativo.

- Saturação de oxigênio reduzida, conforme parâmetros esperados para a idade e condição clínica.
- Alteração aguda do comportamento, sonolência anormal ou confusão mental, sem comprometimento grave da consciência.
- Crise convulsiva recente, já cessada, com recuperação incompleta do estado neurológico habitual.
- Suspeita de sepse, com sinais clínicos de comprometimento sistêmico, sem choque estabelecido.
- Desidratação grave, sem sinais de choque.
- Dor intensa, com repercussão importante no estado geral.
- Trauma cranioencefálico com sinais de alerta, sem instabilidade clínica imediata.
- Suspeita de intoxicação exógena com potencial de agravamento rápido.
- Reação alérgica com manifestações sistêmicas, sem critérios de anafilaxia.
- Sangramento significativo, sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica.
- Lactentes menores de três meses com febre igual ou superior a 38°C, conforme avaliação clínica e protocolo institucional.

Conduta

- Encaminhar imediatamente para área de atendimento prioritário, preferencialmente com monitorização e recursos disponíveis para intervenção rápida.
- Realizar avaliação inicial de enfermagem, verificando sinais vitais, saturação de oxigênio, perfusão periférica, nível de consciência e demais parâmetros pertinentes à faixa etária.
- Comunicar prontamente a equipe médica sobre a condição clínica e os sinais de alerta identificados.
- Garantir avaliação médica em até 10 minutos, conforme protocolo de classificação de risco adotado pela instituição.
- Iniciar medidas assistenciais previstas nos protocolos institucionais e nas competências profissionais, conforme necessidade clínica.
- Manter monitorização e reavaliação contínua até a avaliação médica e definição da conduta assistencial.

- Em caso de deterioração clínica ou identificação de sinais de risco iminente de morte, reclassificar imediatamente como risco vermelho e encaminhar para a Sala de Emergência.
- Registrar em prontuário a classificação atribuída, os sinais e sintomas identificados, o horário da avaliação e as intervenções realizadas.

Risco amarelo – Urgência pediátrica

Definição: Crianças que necessitam de avaliação médica e de enfermagem em curto período, sem risco imediato de morte, mas com potencial de agravamento.

Exemplos de sinais e sintomas

- Febre igual ou superior a 38°C.
- Crise asmática sem desconforto respiratório intenso.
- Episódios de desmaio.
- Hemorragias sem instabilidade hemodinâmica.
- Dor abdominal intensa.
- Náuseas, vômitos ou diarreia com sinais de desidratação.
- Trauma craniano leve.
- Hipotermia.
- Ingestão de corpo estranho.
- Corpo estranho em ouvido, nariz ou outras cavidades.

Conduta

- Encaminhar para a Sala de Triagem de Enfermagem.
- Realizar avaliação e monitorização conforme necessidade.
- Priorizar atendimento médico após estabilização inicial e seguir com o protocolo

Risco verde - Pouco urgente em pediatria

Definição: crianças com condições clínicas estáveis, sem sinais de gravidade, mas que demandam avaliação médica prioritária em razão da idade, condição clínica ou necessidade assistencial específica.

Exemplos de sinais e sintomas

- Crianças com necessidades especiais.
- Neonatos.
- Entorses.
- Suspeitas de fraturas.
- Luxações.
- Ferimentos sem sinais de gravidade.
- Pequenos traumas sem repercussão sistêmica.

Conduta

- Encaminhar para atendimento médico prioritário.
- Nos casos de ferimentos, encaminhar diretamente para a Sala de Sutura para realização dos cuidados iniciais, incluindo limpeza da lesão.
- Manter observação clínica até avaliação médica.

Risco azul - Não urgente em pediatria 🔵

Definição: crianças com condições não agudas, sem sinais de gravidade e sem necessidade de intervenção imediata.

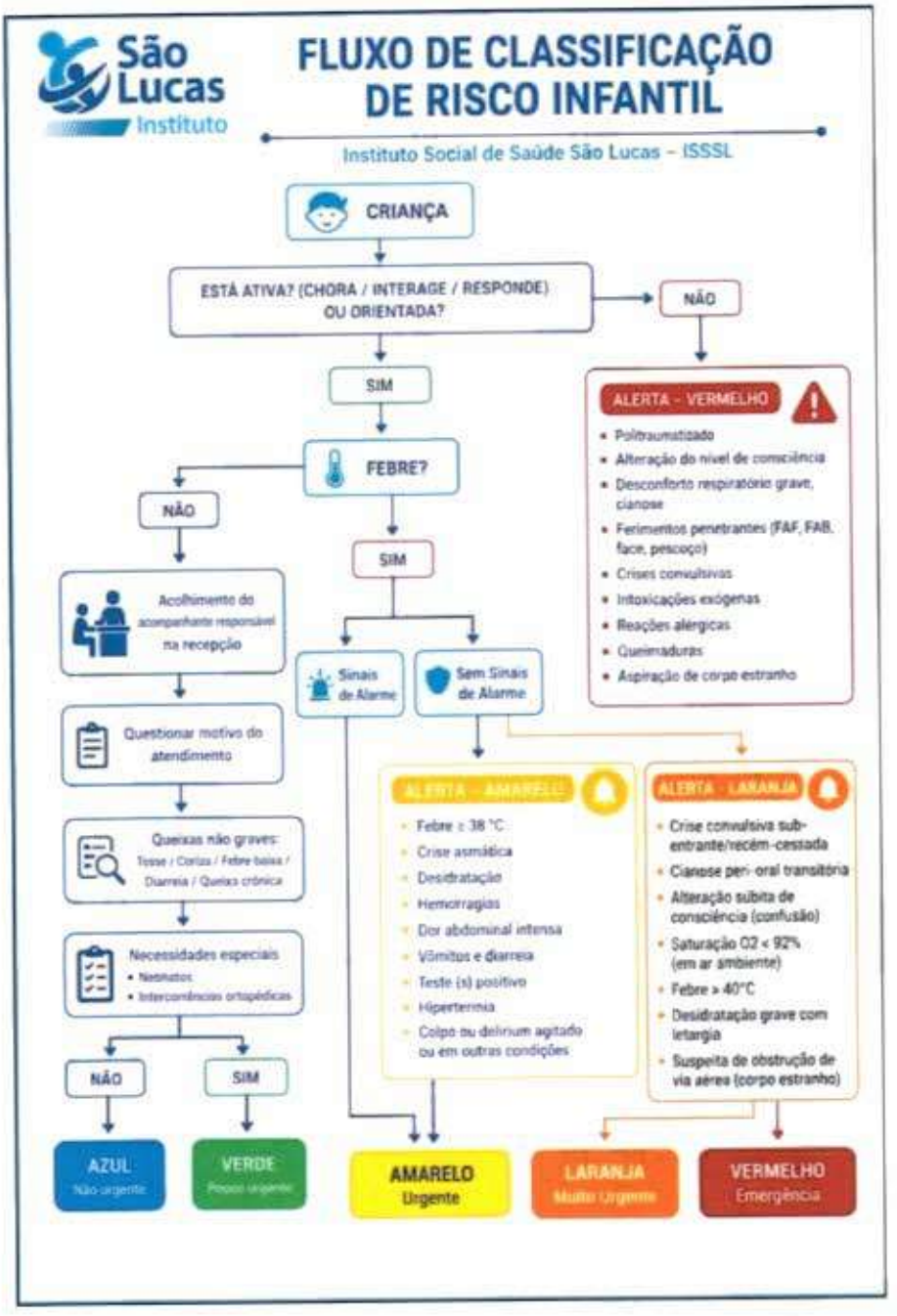
Exemplos de sinais e sintomas

- Demandas relacionadas à puericultura.
- Dúvidas sobre crescimento e desenvolvimento.
- Orientações gerais de saúde infantil.
- Queixas crônicas sem agravamento recente.
- Condições clínicas estáveis sem sinais de urgência.

Conduta

- Manter em área de espera.
- Realizar atendimento por ordem de chegada.
- Orientar acompanhante sobre o tempo estimado de espera e sinais de alerta que justifiquem reavaliação.

V.2.2.21.13 Fluxo operacional pediátrico



Sinais vitais e contexto

Valores isolados não substituem avaliação clínica. Alterações devem ser interpretadas conforme idade, gestação, comorbidades, medicamentos, nível basal e quadro atual. Sinais vitais normais não excluem doença grave, e sinais alterados exigem confirmação quando isso não retardar o cuidado.

Dor

A intensidade da dor deverá ser medida com instrumento adequado e combinada com localização, início, mecanismo, aparência, sinais vitais e impacto funcional. Dor intensa, súbita, desproporcional ou associada a sinais de alarme eleva prioridade.

Gestação e puerpério

Investigar idade gestacional, sangramento, dor, perda de líquido, movimentos fetais, cefaleia, alteração visual, pressão arterial, convulsão e sinais de choque. Queixas obstétricas deverão seguir fluxo pactuado com a referência, sem retardar estabilização.

Saúde mental e risco de suicídio

Toda manifestação de desejo de morrer, plano, tentativa, autolesão, psicose, agitação ou risco de violência deverá ser acolhida sem julgamento. A prioridade depende de intenção, acesso a meios, capacidade de manter segurança, intoxicação, agitação, suporte e risco imediato. A pessoa não deverá permanecer desacompanhada quando houver perigo imediato.

Violência e vulnerabilidade

Situações de violência sexual, doméstica, contra criança, idoso ou pessoa vulnerável exigem acolhimento protegido, avaliação de risco, preservação do sigilo, notificações e articulação da rede. Vulnerabilidade social, deficiência, barreira linguística ou ausência de acompanhante não definem isoladamente uma cor, mas podem modificar a segurança e a prioridade.

Reavaliação

- Vermelho: monitoramento contínuo;
- Amarelo: no máximo a cada 30 minutos;
- Verde: no máximo a cada 60 minutos;
- Azul: no máximo a cada 120 minutos ou conforme fluxo local;
- Todos: imediatamente diante de piora ou nova queixa.

A reavaliação deverá registrar horário, evolução, sinais vitais quando pertinentes e manutenção ou mudança da categoria.

Situações de superlotação

A superlotação não autoriza ampliação indiscriminada dos tempos, redução da segurança ou rebaixamento de prioridade. A coordenação deverá reorganizar espaços, equipe e fluxo, comunicar a gestão, preservar atendimento imediato dos casos graves e acionar o plano de contingência.

Registro

O profissional responsável pela Classificação de Risco deverá registrar no prontuário eletrônico ou físico, de forma legível, completa e imediata, todas as informações coletadas durante o acolhimento e a avaliação clínica inicial, contemplando, obrigatoriamente:

- Data e horário de chegada do usuário ao serviço;
- Horário de realização da Classificação de Risco;
- Queixa principal e motivo da procura pelo atendimento;
- Sinais vitais aferidos e avaliação da intensidade da dor, quando aplicável;
- Achados clínicos relevantes identificados durante a avaliação;
- Fatores de risco, sinais de gravidade, vulnerabilidades e condições especiais observadas;
- Categoria de risco (cor) atribuída, conforme protocolo institucional adotado;
- Fundamentação clínica que justifique a classificação estabelecida;
- Orientações fornecidas ao usuário e/ou acompanhante;
- Registros de reavaliações realizadas durante a permanência em espera, incluindo alteração da classificação de risco, quando houver;
- Horário do primeiro atendimento assistencial após a classificação;
- Destino do usuário após atendimento (alta, observação, internação, transferência, evasão ou outros).

Comunicação com o usuário

Informar que a classificação organiza a prioridade e poderá mudar. Evitar frases como "seu caso não é nada" ou "é só esperar". Preferir: "Neste momento, não identificamos sinal de maior gravidade. Se houver piora, dor mais intensa, falta de ar, desmaio ou qualquer mudança, avise imediatamente."

Não conformidades e incidentes

Devem ser registrados, notificados conforme fluxo institucional e submetidos à análise os eventos relacionados ao processo de Classificação de Risco que possam comprometer a segurança do usuário, a efetividade do atendimento ou o cumprimento dos tempos preconizados, incluindo:

- Tempo de espera superior ao estabelecido para a categoria de risco atribuída;
- Agravamento clínico não identificado ou não reconhecido durante a permanência do usuário na fila de espera;
- Classificação de risco incompatível com os sinais, sintomas ou achados clínicos apresentados;
- Ausência ou atraso na reavaliação do usuário, quando indicada pelo protocolo;
- Falha na identificação do usuário;
- Falha na comunicação entre profissionais, setores ou durante a transferência de informações assistenciais;
- Evasão do usuário antes da realização do atendimento médico ou multiprofissional;
- Evento adverso relacionado ao fluxo assistencial após a classificação de risco;
- Indisponibilidade de profissional habilitado para realização da classificação de risco;
- Indisponibilidade, falha ou interrupção de funcionamento de equipamentos necessários à avaliação clínica (termômetro, oxímetro, monitor, esfigmomanômetro, sistema informatizado, entre outros);
- Qualquer situação que resulte em atraso, interrupção ou prejuízo ao processo de Classificação de Risco e à segurança do paciente.

Todas as não conformidades e incidentes devem ser registrados em prontuário, quando aplicável, e notificados por meio dos canais institucionais definidos, para investigação, definição de ações corretivas e monitoramento da qualidade assistencial.

V.2.2.21.14 Indicadores

A coordenação responsável deverá monitorar periodicamente os indicadores relacionados ao processo de Classificação de Risco, com o objetivo de avaliar a conformidade operacional, a segurança do paciente, a efetividade do fluxo assistencial e o cumprimento dos protocolos institucionais, contemplando, no mínimo:

- Tempo médio entre a chegada do usuário e a realização da Classificação de Risco;

- Tempo médio entre a Classificação de Risco e o primeiro atendimento assistencial, estratificado por categoria de risco;
- Percentual de usuários atendidos dentro do tempo-alvo preconizado para cada categoria de risco;
- Percentual de usuários reavaliados dentro dos prazos estabelecidos pelo protocolo institucional;
- Número e percentual de alterações da categoria de risco após reavaliação;
- Número e percentual de evasões antes do primeiro atendimento assistencial;
- Número e taxa de eventos adversos ocorridos durante o período de espera para atendimento;
- Número e percentual de retornos não programados ao serviço em até 24 e 72 horas, quando disponível e passível de rastreamento;
- Quantitativo de classificações realizadas por período, hora e profissional enfermeiro;
- Número de treinamentos, capacitações, reciclagens e auditorias relacionadas ao processo de Classificação de Risco.

Os indicadores devem ser analisados periodicamente pela gestão assistencial, com definição e acompanhamento de planos de ação para correção de desvios, qualificação do processo e melhoria contínua da segurança e qualidade do atendimento.

Capacitação e auditoria

Os enfermeiros classificadores deverão receber capacitação inicial e periódica no protocolo institucional. Recomenda-se auditoria amostral, discussão de casos, simulações de deterioração, análise de concordância e revisão do protocolo após incidentes ou mudanças normativas.

V.2.2.21.15 Referências normativas e técnicas

- Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – Acolhimento com Classificação de Risco.
- Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, 2009.
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 – Redes do SUS e diretrizes da UPA 24h.
- Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, incorporada à consolidação normativa.

- Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- Resolução Cofen nº 661, de 9 de março de 2021 – Classificação de Risco pela Enfermagem e priorização da assistência, no âmbito da Enfermagem, privativas do enfermeiro capacitado no protocolo institucional; vedada a concomitância com outras atividades durante a classificação.
- Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024 – Implementação do Processo de Enfermagem.
- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normas vigentes do Sistema Cofen/Coren.

V.2.3 Proposta de Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação

V.2.3.1 Proposta de ouvidoria

Objetivo

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL propõe a implantação e operacionalização de um sistema próprio de Ouvidoria e Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul de Palmas/TO, articulado à Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS), com mecanismos permanentes de acolhimento, registro, tratamento, acompanhamento e resposta às manifestações dos usuários, a SAU das unidades não substituirá a Ouvidoria Municipal, mas funcionará de maneira integrada e complementar.

A proposta contempla a pesquisa de satisfação disponibilizada de forma permanente e consolidada mensalmente, a análise dos resultados, a identificação de oportunidades de melhoria e a utilização sistemática das informações para aperfeiçoamento dos processos assistenciais e administrativos.

A Ouvidoria/SAU funcionará como instrumento de participação social, humanização, transparência, segurança do paciente e avaliação da qualidade, assegurando comunicação entre os usuários, a gestão das UPAs, o ISSSL e a SEMUS.

A execução observará as diretrizes da Política Nacional de Humanização, a Lei nº 13.460/2017, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e as disposições do Termo de Colaboração.

Organização da Ouvidoria própria

A Ouvidoria/SAU será estruturada em cada UPA, com procedimentos operacionais padronizados, responsável designado, canais de atendimento acessíveis e sistema de registro e acompanhamento das manifestações.

Sua atuação será integrada à Direção da Unidade, às coordenações médica, de enfermagem e administrativa, à Gestão da Qualidade e ao Núcleo de Segurança do Paciente.

A Ouvidoria própria não substituirá a Ouvidoria oficial da SEMUS, atuando de forma complementar e articulada, respeitando as competências de cada instância.

Abrangência

Aplica-se aos pacientes, familiares, acompanhantes, visitantes e demais usuários dos serviços da unidade, abrangendo manifestações recebidas diretamente pelos canais institucionais e aquelas identificadas por meio da Pesquisa de Satisfação.

- Elogio
- Sugestão
- Reclamação
- Denúncia
- Solicitação de informação

Princípios

- Acolhimento, respeito, imparcialidade e ausência de retaliação ao manifestante.
- Confidencialidade e proteção das informações, observadas as normas institucionais e a legislação aplicável.
- Acessibilidade dos canais de escuta e participação voluntária na Pesquisa de Satisfação.
- Rastreabilidade das manifestações e das providências adotadas.
- Priorização das situações relacionadas à segurança do paciente, risco assistencial e violação de direitos.
- Uso sistemático da voz do usuário para qualificação da assistência e melhoria contínua.

Responsabilidades

Ouvidoria/SAU: receber, acolher, registrar, classificar, encaminhar, acompanhar e responder às manifestações; controlar prazos; manter registros e consolidar os dados.

Gestão da Qualidade: apoiar a análise crítica dos dados, identificar tendências e reincidências, acompanhar planos de ação e avaliar a efetividade das melhorias.

Segurança do Paciente: atuar nas manifestações que indiquem risco assistencial, incidente, evento adverso ou outra situação relacionada à segurança do paciente, conforme fluxos institucionais.

Gestores dos setores: analisar as manifestações encaminhadas, apurar causas, apresentar resposta dentro do prazo e implantar ações corretivas, preventivas ou de melhoria quando indicadas.

Direção da Unidade: acompanhar resultados, situações críticas, reincidências, indicadores e planos de ação, deliberando sobre medidas institucionais quando necessário.

V.2.3.1.1 Canais de Escuta (recebimento de manifestações)

A unidade disponibilizará canais presenciais, à distância e eletrônicos, de modo a ampliar o acesso do usuário à manifestação:

- Atendimento presencial pela Ouvidoria/SAU.
- Telefone institucional.
- E-mail institucional.
- Formulário físico e caixas de coleta em locais acessíveis.
- Formulário eletrônico e QR Code.
- Pesquisa de Satisfação impressa ou digital.
- Totem eletrônico, quando disponibilizado.
- Outros canais institucionais definidos pela unidade.

Pesquisa de Satisfação Como Instrumento de Escuta Ativa

A Pesquisa de Satisfação será utilizada como instrumento complementar de escuta ativa, permitindo a obtenção contínua da percepção dos usuários sem depender exclusivamente da procura espontânea pela Ouvidoria.

O instrumento poderá contemplar acolhimento, tempo de espera, clareza das orientações, respeito e gentileza, assistência médica e de enfermagem, apoio administrativo, limpeza, organização, ambiência, avaliação geral do atendimento e recomendação da unidade, além de campo aberto para comentários, elogios, críticas e sugestões.

Avaliações negativas, críticas ou sugestões que indiquem risco, recorrência, falha de processo ou oportunidade relevante de melhoria serão incorporadas ao fluxo de análise e tratamento da

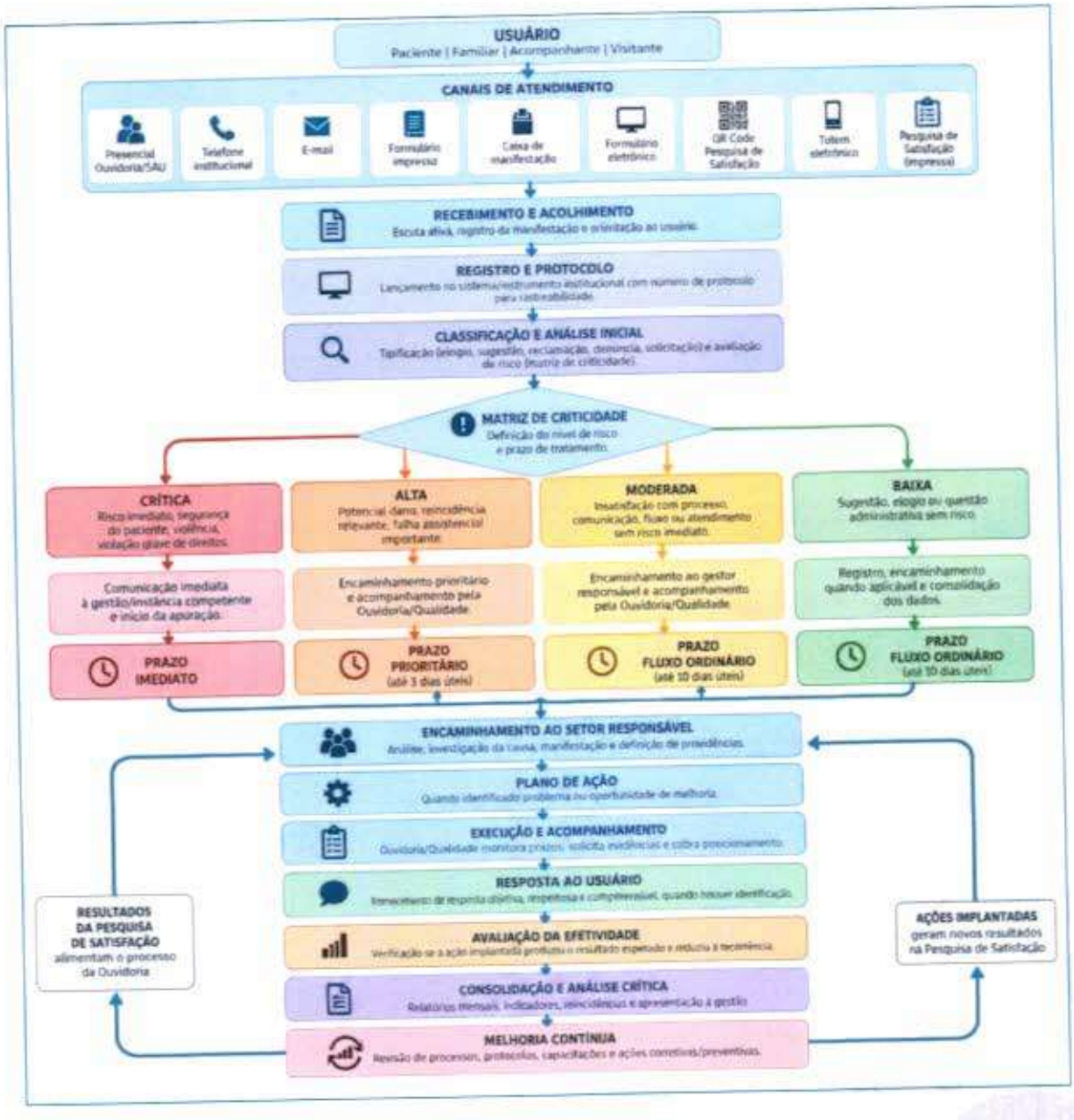
Ouvidoria/SAU, preservando-se a confidencialidade e observando-se a possibilidade de identificação e retorno ao usuário.

V.2.3.1.2. Fluxo Operacional

1. Recebimento – A manifestação poderá ser recebida por qualquer canal institucional ou identificada na Pesquisa de Satisfação.
2. Registro e protocolo – A manifestação será registrada em instrumento físico ou eletrônico próprio, com identificação que permita rastreabilidade.
3. Classificação – Será classificada quanto ao tipo, tema, setor envolvido e grau de criticidade.
4. Avaliação de prioridade – Situações relacionadas à segurança do paciente, risco assistencial, violação de direitos, suspeita de evento adverso, violência, discriminação ou elevada gravidade terão tratamento prioritário e comunicação às instâncias competentes.
5. Encaminhamento – A Ouvidoria/SAU encaminhará a manifestação ao setor responsável para análise, apuração e providências.
6. Análise da causa – Nas manifestações relevantes, críticas ou recorrentes, deverá ser investigada a causa do problema, evitando que o tratamento se limite à apresentação de justificativa.
7. Plano de ação – Quando houver oportunidade de melhoria, será formalizado plano de ação com problema, causa, ação, responsável, prazo, evidência de execução e critério de efetividade.
8. Acompanhamento – A Ouvidoria/SAU acompanhará o cumprimento dos prazos e solicitará posicionamento das áreas quando necessário.
9. Resposta ao usuário – Quando houver identificação e possibilidade de contato, será fornecida resposta objetiva, respeitosa e compreensível, compatível com as providências adotadas.
10. Encaminhamento à Ouvidoria oficial – Quando a manifestação for de competência da Ouvidoria do SUS da SEMUS ou, nos casos pertinentes, da Ouvidoria Estadual, a Ouvidoria/SAU orientará o usuário ou realizará o encaminhamento conforme o fluxo pactuado, registrando o protocolo correspondente.
11. Encerramento – A manifestação será encerrada após o registro da análise e das providências adotadas e, quando aplicável, da resposta ao usuário.
12. Consolidação e análise – Os registros serão consolidados mensalmente, separados por UPA, e analisados pela Gestão da Qualidade, que identificará recorrências e não conformidades e acompanhará as ações de melhoria.

13. Avaliação da efetividade – As ações de melhoria serão posteriormente avaliadas para verificar resultado, redução de reincidência e necessidade de novas medidas.

V.2.3.1.3 Matriz de Criticidade e Prazos



Matriz de criticidade e prazos

Criticidade	Caracterização	Encaminhamento interno proposto
Crítica	Risco iminente à vida, evento grave, violência ou violação relevante de direitos	Imediato
Alta	Falha assistencial relevante ou denúncia grave	Até 4 horas
Moderada	Reclamações que necessitem de apuração setorial	Até 1 dia útil
Baixa	Elogios, sugestões e solicitações simples	Até 2 dias úteis

Como regra institucional, a resposta final ao usuário identificado deverá ocorrer em até 10 (dez) dias úteis, ressalvadas situações que exijam atuação imediata ou que estejam submetidas a prazo legal, regulatório ou contratual específico. As áreas internas deverão responder em tempo compatível com esse prazo final.

V.2.3.1.4 Articulação com a Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde

A Ouvidoria/SAU das UPAs Norte e Sul manterá articulação permanente com a Ouvidoria da SEMUS, assegurando o encaminhamento de manifestações de competência municipal, o atendimento das demandas recebidas pelos canais oficiais e a comunicação das providências adotadas.

Procedimentos de integração

As manifestações recebidas diretamente pela SEMUS e encaminhadas às UPAs serão registradas no controle institucional, identificando o protocolo de origem, a unidade responsável, o setor envolvido, o prazo estabelecido e as providências necessárias.

A Ouvidoria/SAU acompanhará a tramitação, solicitará manifestação técnica dos setores e encaminhará resposta à SEMUS, respeitando os prazos definidos pela gestão municipal.

As demandas que ultrapassarem a competência das UPAs, especialmente aquelas relacionadas à organização da rede municipal, regulação, acesso a outros serviços e políticas públicas, serão encaminhadas à instância municipal competente, sem prejuízo das providências imediatas que couberem à unidade.

V.2.3.1.4.1 Periodicidade dos relatórios

Relatório ou comunicação	Periodicidade proposta	Destinatário
Situações críticas e riscos assistenciais relevantes	Imediata	Direção, NSP e SEMUS, conforme competência
Demandas encaminhadas pela SEMUS	Conforme prazo do protocolo	Ouvidoria da SEMUS
Relatório de manifestações da UPA Norte	Mensal	ISSSL e SEMUS
Relatório de manifestações da UPA Sul	Mensal	ISSSL e SEMUS
Relatório consolidado das duas UPAs	Mensal	Gestão do ISSSL e SEMUS
Análise de tendências e reincidências	Trimestral	Direção, Qualidade e SEMUS
Avaliação global e revisão do processo	Anual	ISSSL e SEMUS

O envio dos relatórios mensais será realizado preferencialmente até o décimo dia útil do mês subsequente, ou em outro prazo estabelecido pela SEMUS.

Os relatórios contemplarão quantitativo de manifestações, natureza, setor, criticidade, prazo de resposta, demandas pendentes, reincidências e ações de melhoria.

Monitoramento Mensal

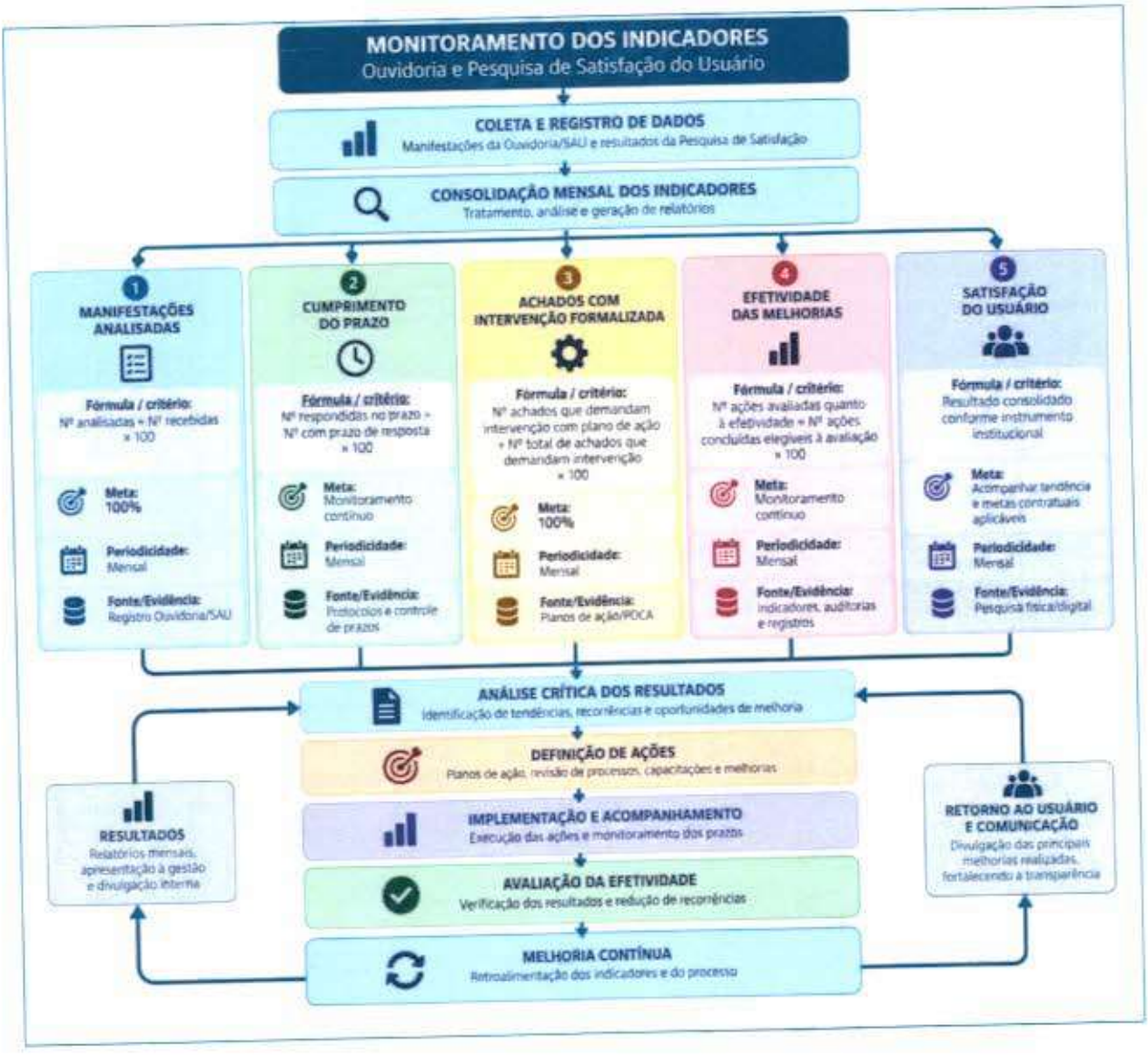
A Ouvidoria/SAU, com apoio da Gestão da Qualidade e das coordenações envolvidas, consolidará mensalmente:

- Número total de manifestações e distribuição por tipo.
- Setores e temas envolvidos.
- Grau de criticidade.
- Prazo de resposta e manifestações dentro/fora do prazo.
- Manifestações resolvidas e pendentes.
- Reincidências por setor ou tema.
- Resultados da Pesquisa de Satisfação.
- Ações de melhoria abertas, concluídas e com efetividade avaliada.
- Principais riscos, tendências e oportunidades de melhoria.

V.2.3.1.4.2 Indicadores

- Número total de manifestações por período;
- Distribuição por tipo e setor;
- Percentual de respostas dentro do prazo;
- Tempo médio de resposta;
- Percentual de manifestações concluídas;
- Reincidência por tema;

V.2.3.1.4.3. Ciclo de Melhoria Contínua



As manifestações e os resultados da Pesquisa de Satisfação serão analisados de forma integrada. Não conformidades, tendências negativas, reincidências ou oportunidades relevantes poderão originar plano de ação, ciclo PDCA, revisão de fluxo ou protocolo, capacitação, ação corretiva ou preventiva.

O ciclo de melhoria deverá contemplar identificação do problema, análise da causa, definição da ação, responsável e prazo, comprovação da execução e avaliação posterior da efetividade.

Registros e Evidências

- Registros e protocolos da Ouvidoria/SAU.
- Formulários físicos e eletrônicos.
- Pesquisas de Satisfação e consolidações mensais.
- Relatórios gerenciais e dashboards.
- Atas de reunião e análises críticas.
- Planos de ação e ciclos PDCA.
- Registros de treinamentos e capacitações.
- Protocolos e fluxos revisados.
- Indicadores comparativos e registros de avaliação de efetividade.
- Demais documentos comprobatórios das providências adotadas.

V.2.3.1.4.4 Divulgação e Retroalimentação

Os resultados consolidados serão apresentados periodicamente à Direção, Gestão da Qualidade e setores envolvidos. Quando pertinente, as principais melhorias decorrentes da participação dos usuários poderão ser divulgadas de forma acessível à comunidade, demonstrando transparência e efetividade da escuta institucional.

A divulgação deverá preservar dados pessoais, informações sensíveis e elementos que permitam identificação indevida dos manifestantes ou pacientes.

Fluxo Resumido



V.2.3.2 Serviço de Atendimento ao Usuário

Proposta de Implantação do SAU.

Apresentação

O **Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL** propõe a implantação do **Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU** como estratégia permanente de acolhimento, escuta, orientação, registro e tratamento das manifestações apresentadas pelos usuários, familiares e acompanhantes.

O SAU será estruturado como instrumento de aproximação entre a população, a equipe assistencial e a gestão da Unidade, permitindo identificar a percepção dos usuários sobre o atendimento prestado e transformar reclamações, sugestões, elogios, solicitações e demais manifestações em informações úteis para o aprimoramento contínuo dos serviços.

Sua implantação estará articulada às ações de **acolhimento, humanização, qualidade, segurança do paciente, Serviço Social e gestão da experiência do usuário**, sem substituir as competências da Ouvidoria oficial do SUS

Justificativa

Em uma unidade de saúde, a experiência do usuário é influenciada não apenas pela resolução clínica, mas também pela forma como é recebido, orientado e informado durante sua permanência. Tempo de espera, classificação de risco, informações sobre o fluxo assistencial, comunicação com familiares, dificuldades de acesso, dúvidas sobre encaminhamentos e percepção sobre o atendimento são fatores capazes de gerar manifestações que precisam ser acolhidas de maneira organizada.

A implantação do SAU possibilitará estabelecer um canal institucional acessível para:

- Escutar usuários, familiares e acompanhantes;
- Orientar sobre os fluxos e serviços da unidade;
- Receber e registrar manifestações;
- Encaminhar demandas aos responsáveis;
- Acompanhar providências e respostas;

- Identificar situações recorrentes;
- Medir a satisfação dos usuários;
- Subsidiar planos de melhoria;
- Fortalecer a humanização e a transparência institucional.

O serviço terá caráter predominantemente **orientativo, mediador, educativo e de apoio à gestão**, não interferindo na autonomia técnica dos profissionais nem substituindo os canais formais de Ouvidoria.

Objetivo geral

Implantar e manter o **Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU** como canal institucional de acolhimento, escuta qualificada, orientação e gestão das manifestações dos usuários, familiares e acompanhantes das UPAS Norte e Sul de Palmas/TO

Objetivos específicos

O SAU terá como objetivos específicos:

1. Proporcionar canal acessível e humanizado de comunicação com o usuário;
2. Receber reclamações, sugestões, elogios, solicitações e demais manifestações;
3. Prestar orientações sobre os fluxos administrativos e assistenciais da unidade;
4. Encaminhar as manifestações às áreas responsáveis;
5. Acompanhar as providências adotadas;
6. Fornecer retorno ao usuário quando houver identificação e possibilidade de resposta;
7. Identificar manifestações recorrentes e oportunidades de melhoria;
8. Realizar pesquisas de satisfação;
9. Produzir indicadores e relatórios gerenciais;
10. Subsidiar a direção na elaboração de planos de ação;
11. Contribuir para a prevenção e mediação de conflitos;
12. Fortalecer a participação dos usuários na avaliação dos serviços.

Princípios do SAU

A atuação do Serviço será orientada pelos princípios da **humanização, respeito, dignidade, imparcialidade, acessibilidade, escuta qualificada, confidencialidade, transparência, resolutividade e melhoria contínua**.

Será assegurado tratamento respeitoso às manifestações, independentemente de seu conteúdo, vedada qualquer forma de retaliação ou tratamento discriminatório ao usuário que apresente reclamação, crítica ou denúncia.

Público-alvo

O SAU atenderá:

usuários → familiares → acompanhantes → responsáveis legais → representantes da comunidade, além de poder receber demandas relacionadas à interface entre os usuários e os serviços da Unidade.

Estrutura para implantação

Para funcionamento adequado, propõe-se disponibilizar espaço identificado e que permita atendimento com privacidade, especialmente nas manifestações de natureza sensível.

O serviço deverá dispor de recursos mínimos para registro e acompanhamento das manifestações, material informativo, formulários ou sistema informatizado e acesso aos meios institucionais de comunicação.

A identificação visual deverá facilitar sua localização pelo usuário.

Canais de acesso

As manifestações poderão ser recebidas por diferentes meios, conforme estrutura disponibilizada:

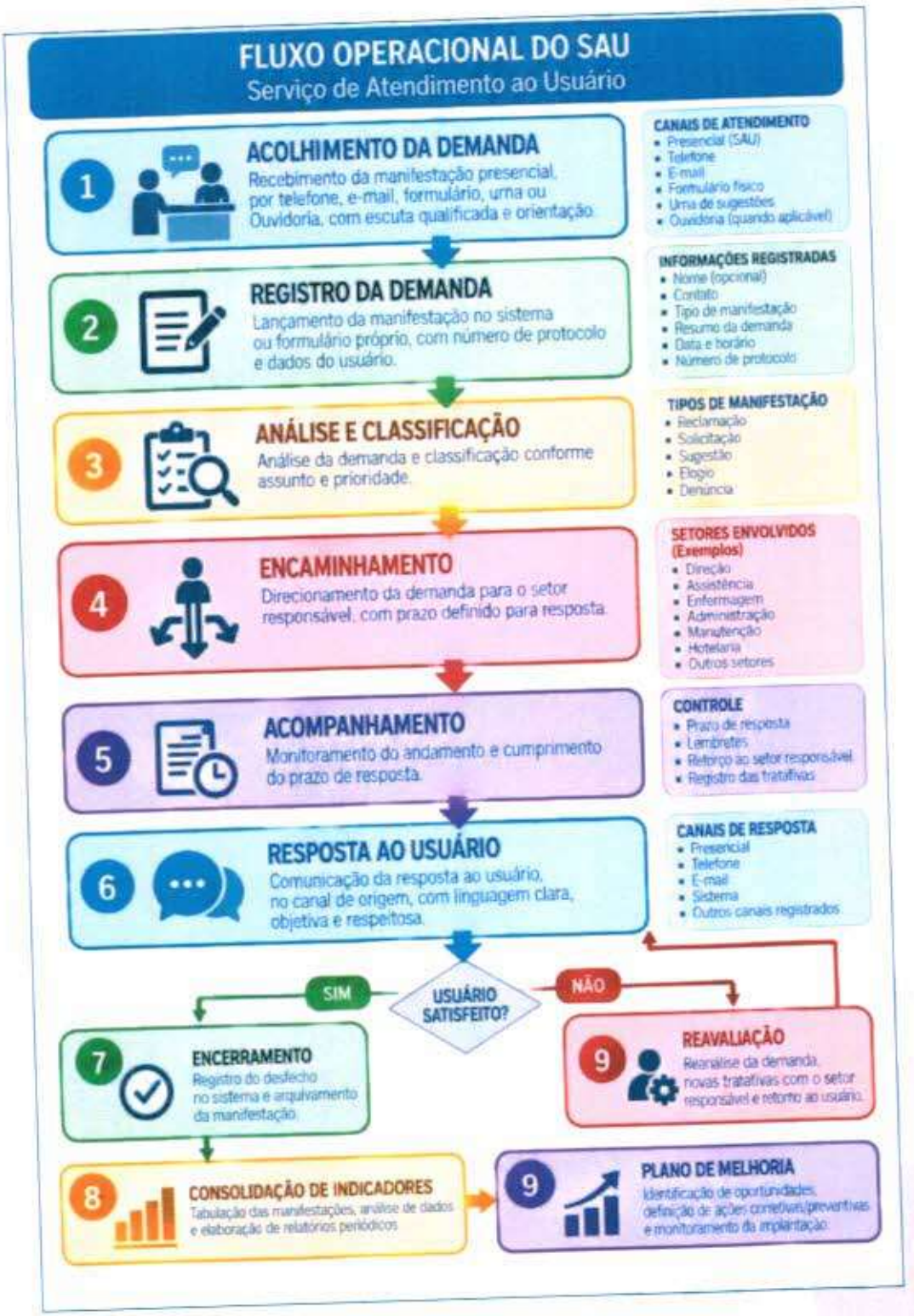
Sempre que a manifestação pertencer à competência da **Ouvidoria Municipal**, o SAU realizará a orientação ou o encaminhamento conforme fluxo pactuado.

V.2.3.2.1 Tipos de manifestação

Para fins de organização e monitoramento, as manifestações serão classificadas em:

Classificação	Caracterização
Reclamação	Demonstração de insatisfação com atendimento, processo ou serviço
Sugestão	Proposição de melhoria
Elogio	Reconhecimento de atendimento, profissional, equipe ou serviço
Solicitação	Pedido de informação, orientação ou providência
Denúncia	Comunicação de possível irregularidade que demande análise específica
Informação/Orientação	Dúvidas relacionadas ao funcionamento e aos fluxos da Unidade

V.2.3.2.2 Fluxo operacional do SAU



Interface com os setores

Demandas que envolvam risco assistencial ou incidente relacionado à segurança do paciente deverão seguir também o fluxo institucional de notificação ao **Núcleo de Segurança do Paciente**, sem prejuízo do tratamento da manifestação do usuário.

Interface com outros setores

Pesquisa de satisfação

Será implantada pesquisa de satisfação dos usuários, disponibilizada de forma permanente e consolidada mensalmente por UPA, preferencialmente simples, objetiva e de fácil preenchimento.

Poderão ser avaliados aspectos como:

- Acolhimento e cordialidade;
- Atendimento da recepção;
- Orientações recebidas;
- Percepção sobre tempo de espera;
- Atendimento da enfermagem;
- Atendimento médico;
- Limpeza e organização;
- Sinalização;
- Respeito e privacidade;
- Satisfação geral;
- Possibilidade de apresentação de comentários e sugestões.

Os resultados serão consolidados mensalmente, separados por UPA, e encaminhados à gestão.

Governança e monitoramento

O SAU produzirá **relatório mensal**, contendo quantitativo e classificação das manifestações, setores envolvidos, situações recorrentes, resultados das pesquisas de satisfação e recomendações de melhoria.

Os resultados deverão ser apresentados à Direção e às coordenações envolvidas.

Quando forem identificadas não conformidades ou tendências relevantes, poderá ser elaborado plano de ação contendo:

problema identificado → análise da causa → ação corretiva/preventiva → responsável → prazo → acompanhamento → avaliação da efetividade.

V.2.3.2.3 Cronograma de implantação – primeiros 90 dias

Período	Atividade
1º ao 15º dia	Definição do responsável, estrutura, canais e fluxo do SAU
16º ao 30º dia	Elaboração de formulários, instrumentos, sinalização e procedimentos
31º ao 45º dia	Capacitação das equipes
46º ao 60º dia	Implantação dos canais de atendimento e pesquisa de satisfação
61º ao 90º dia	Monitoramento inicial e ajustes
Após 90 dias	Funcionamento permanente, relatórios mensais e melhoria contínua

Resultados esperados

Com a implantação do SAU, o Instituto São Lucas pretende alcançar maior aproximação entre usuários e gestão, ampliar a capacidade de resposta às manifestações, melhorar a comunicação com familiares e acompanhantes e produzir informações sistemáticas sobre a experiência do usuário.

Espera-se ainda reduzir reclamações recorrentes, identificar precocemente fragilidades dos processos assistenciais e administrativos, fortalecer a cultura de humanização e utilizar a percepção do usuário como instrumento efetivo de **gestão da qualidade.**

Diferenciação entre SAU e ouvidoria

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) das UPAs Norte e Sul de Palmas/TO constitui um canal institucional de acolhimento, escuta, orientação e encaminhamento das manifestações dos usuários e acompanhantes, atuando de forma integrada com o Serviço Social e a Gestão da Qualidade. As responsabilidades de cada instância são as seguintes:

SAU: primeiro atendimento, acolhimento, orientação, mediação, recebimento, registro, classificação, encaminhamento e acompanhamento das manifestações, aplicação da pesquisa de satisfação, retorno ao usuário e apoio à melhoria dos processos.

Ouvidoria do SUS da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas — SEMUS: instância oficial de articulação, recebimento e tratamento das manifestações de sua competência — denúncias, reclamações, solicitações, sugestões e elogios —, conforme os canais e fluxos municipais.

Ouvidoria Estadual: poderá ser acionada nos casos pertinentes à sua competência, sem substituir a articulação obrigatória com a Ouvidoria do SUS da SEMUS.

Serviço Social: atendimento e encaminhamento das demandas sociais e familiares que exijam intervenção profissional específica, respeitadas suas competências.

Gestão da Qualidade: análise dos registros e indicadores, identificação de recorrências, acompanhamento das não conformidades e proposição de melhorias.

Dessa forma, o **SAU não substitui as atribuições das Ouvidorias oficiais do Sistema Único de Saúde, especialmente a Ouvidoria do SUS da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas — SEMUS**, com a qual manterá articulação permanente, respeitadas as competências institucionais, funcionando de maneira integrada e complementar. As manifestações recebidas serão registradas, classificadas, acompanhadas e encaminhadas às instâncias responsáveis, de acordo com sua natureza, assegurando o devido tratamento, o retorno ao usuário e a produção de informações para o aprimoramento contínuo da assistência.

V.2.3.2.4 Proposta de Pesquisa periódica/contínua de Satisfação do Usuário com definição do uso das informações

Trata-se de um serviço que facilita a comunicação entre a unidade de saúde, o usuário e sociedade. Através deste serviço a singularidade das necessidades dos usuários é respeitada e uma nova imagem de organização voltada para humanização é destacada, como forma de se obter também excelência em serviços. Essa estratégia se baseia na premissa de que a qualidade de atenção e do cuidado, assim como o acolhimento e atenção personalizada pode fazer muito pelos pacientes, no sentido de se sentirem humanos num ambiente onde a tecnologia aumenta a cada dia.

Os elogios, queixas, sugestão e agradecimentos poderão ser realizados por meio de contato pessoal, internet, telefone, pesquisa de satisfação do usuário preenchido no término do atendimento e formulário que deverão ser colocados nas caixas de sugestão disponibilizadas em locais visíveis e de fácil acesso.

- O SAU deverá abrir um canal de resposta ao usuário através do atendimento pessoal e sistema de mala direta. Devendo registrar e arquivar todas estas informações que deverá gerar número de protocolo.
- As respostas deverão ser encaminhadas num prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para o usuário, desta maneira as chefias deverão enviar os retornos para a ouvidoria em até 5 (cinco) dias úteis a contar da data do registro.
- As respostas só poderão ser fornecidas aos usuários que se identificarem e fornecerem endereço ou telefone para contato.
- Para obtenção contínua da percepção dos usuários, a pesquisa de satisfação será disponibilizada de forma permanente aos usuários e consolidada mensalmente, assegurando uma amostra mínima de 5% dos atendimentos realizados no período, apurada individualmente para cada Unidade de Pronto Atendimento — UPA Norte e UPA Sul de Palmas/TO, sem prejuízo de análises periódicas específicas.
- O controle da amostragem será realizado separadamente para cada UPA e considerará apenas as respostas válidas efetivamente coletadas. Não será admitida a soma de respostas das duas unidades para compensar insuficiência de amostragem em uma delas, e a simples disponibilização do instrumento não comprova o cumprimento da amostra.
- Percentual de amostragem (%) = (número de respostas válidas da pesquisa ÷ número total de atendimentos realizados na UPA no período) × 100, com critério mínimo de amostragem ≥ 5% em cada UPA. A quantidade mínima de respostas do mês corresponderá ao arredondamento para cima de (atendimentos mensais efetivamente realizados × 0,05), utilizando-se os quantitativos efetivos de atendimento de cada mês.
- A coleta buscará representatividade entre turnos diurnos e noturnos; dias úteis, finais de semana e feriados; os diferentes setores de atendimento; e pacientes adultos e pediátricos, com participação do responsável quando aplicável.

- A coleta será contínua, com monitoramento periódico da quantidade de respostas durante o mês para identificar e corrigir insuficiência de amostragem. A consolidação gerencial será mensal e separada por UPA, e a apuração contratual do indicador observará a periodicidade, a fórmula de satisfação, a escala e os critérios de validade definidos na Ficha IN 2.5 do Anexo II.
- O relatório mensal da pesquisa conterá: unidade avaliada; mês de referência; total de atendimentos realizados; número de respostas válidas; percentual de amostragem; resultado de satisfação; principais elogios, reclamações e sugestões; análise das manifestações recorrentes; ações de melhoria propostas; e responsáveis pelo acompanhamento. As evidências de aplicação e consolidação serão mantidas conforme os procedimentos institucionais.
- As caixas de sugestão ficarão espalhadas em locais visíveis com formulário menor e mais objetivo. Estes formulários serão recolhidos diariamente, analisados e respondidos aos usuários que se identificarem.
- A pesquisa poderá ser ofertada ao término do atendimento, durante a permanência em observação ou por meio digital, garantindo participação voluntária, acessível e sem interferência na assistência.

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU funcionará conforme a organização operacional definida para as UPAs assegurando canais acessíveis para registro e acompanhamento das manifestações.

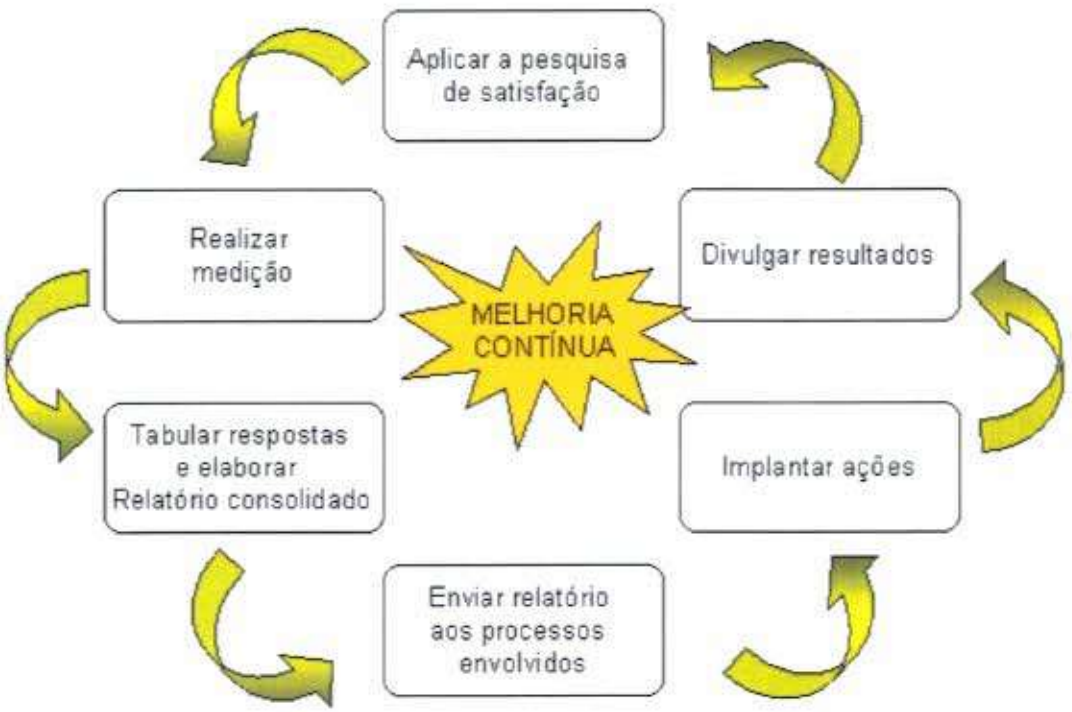
A proposta de pesquisa periódica está devidamente descrita conforme abaixo:

V.2.3.2.4.1 Pesquisa de Satisfação do Usuário

Objetivo

A Pesquisa de Satisfação do Usuário tem por finalidades:

- Mensurar a opinião dos Usuários sobre todos os serviços prestados pela Instituição, subsidiando a Direção/Coordenação no aprimoramento.



V.2.3.2.4.1.1 Formulário de pesquisa

O formulário de pesquisa é aplicado em versão impressa, disponibilizada aos usuários e acompanhantes durante ou ao final do atendimento, contemplando os seguintes itens:

- acolhimento, tempo de espera, clareza das orientações, respeito e gentileza, assistência médica e de enfermagem, apoio administrativo, limpeza, organização e ambiência;
- Fortalecer a relação Usuário/Instituição, disponibilizando um canal de comunicação aberto para sugestões;
- Avaliação geral do atendimento e recomendação da unidade, além de campo aberto para comentários, elogios, críticas e sugestões.



PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO



SUA OPINIÃO É ESSENCIAL PARA APRIMORARMOS NOSSOS SERVIÇOS E FORTALECER A QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO NO ÂMBITO DO SUS.

institutosocialsaolucas.com.br
@saolucas.instituto
@institutosocialsaolucas

SUS São Lucas Instituto

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO

Recepção no momento da chegada:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

Tempo de espera para atendimento:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

Gentileza e respeito da equipe:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

Orientações recebidas de forma clara
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

AMBIENTE

Limpeza da unidade:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

Organização:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Equipe Médica:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

Equipe de Enfermagem:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

Equipe Administrativa:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

EXPERIÊNCIA GERAL

Avaliação geral do atendimento recebido:
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

Você recomendaria esta unidade para outras pessoas?
( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim

ESPAÇO ABERTO

O que mais lhe agradou no atendimento? _____

_____

_____

O que podemos melhorar? Sugestão: _____

_____

Deseja receber retorno da sua sugestão? ( ) Sim ( ) Não
Telefone de contato: _____

Deseja deixar algum elogio para colaborador ou equipe? _____

_____

SUS São Lucas Instituto

Compromisso com qualidade, humanização e melhoria contínua.

V.2.3.2.4.2 Pesquisa através de QR CODE fixos na unidade

Pesquisa digital

O ISSSL poderá disponibilizar pesquisa digital como canal complementar à pesquisa física, facilitando o acesso do usuário, a consolidação dos dados, a rastreabilidade e a análise dos resultados.

O uso de soluções digitais para obtenção e organização de informações otimiza todas as etapas da pesquisa com maior agilidade, economia de recursos (financeiros e humanos), rastreabilidade aos processos, além de possibilitar variadas combinações e análise dos dados e a elaboração de diferentes tipos de relatórios de acordo com as demandas.

A digitalização reduz o consumo de papel e o trabalho manual de tabulação, favorecendo maior agilidade na consolidação e no tratamento das informações.

A utilização de ferramentas digitais permite automatizar etapas da coleta e análise, sem excluir alternativas acessíveis aos usuários que não utilizem dispositivos eletrônicos.

A adoção do formato digital integra a estratégia institucional de modernização dos canais de escuta e de ampliação da participação dos usuários.

O método digital deverá ser implantado de forma planejada, com definição do instrumento, canais de acesso, periodicidade de análise, responsabilidades e proteção das informações coletadas.

O formulário deverá avaliar aspectos compatíveis com as Unidades incluindo acolhimento, tempo de espera, clareza das orientações, respeito e gentileza, assistência médica e de enfermagem, apoio administrativo, limpeza, organização, ambiência, avaliação geral e recomendação da unidade. Campos abertos permitirão registrar elogios, críticas e sugestões.

Em campos abertos, o usuário pode expressar qualitativamente sua satisfação e/ou expectativas em forma de comentários que são classificados em elogios, críticas ou sugestões.

Os resultados demonstram os índices de satisfação dos usuários frente a cada um dos serviços recebidos e oportunidades de melhoria que podem ser implementadas pela administração de forma a proporcionar uma melhor experiência de atendimento aos usuários.

Os usuários atendidos ou em observação e os acompanhantes podem ter acesso ao formulário através do QR Code adesivado nas dependências das Unidades e assim responderem a pesquisa em qualquer momento de sua permanência na unidade. Após o atendimento ou alta da observação, os pacientes também recebem um link com o formulário para resposta.

Modelo de adesivo fixado nas Unidades para Pesquisa de Satisfação

Em termos da aplicação do formulário e a compilação dos resultados finais, não há diferenças, entretanto, há diferenças no processo de tratativa dos resultados, devido à particularidade de cada uma.



V.2.3.2.4.3 Pesquisa através de totem de pesquisa

O Totem de Pesquisa conta com sistemas integrados de gestão, onde é possível inserir questionários e diferentes tipos de pesquisas de satisfação para seus usuários registrarem a experiência.

Ao final de um atendimento o usuário registra a experiência vivenciada no estabelecimento, classificando-a como "Excelente, Boa ou Ruim", mesma escala adotada no formulário impresso de pesquisa.

Assim, o aparelho conta com sistemas integrados responsáveis por coletar as respostas, que ficarão salvas para serem analisadas e usadas para aplicar estratégias de melhoria no negócio.

Contudo, para o uso efetivo é necessário ter um objetivo bem definido ao criar o questionário de perguntas que serão disponibilizadas no sistema.

O ISSSL poderá implantar totem de pesquisa em local acessível e de circulação segura, conforme viabilidade operacional e contratual, como canal adicional de avaliação da experiência do usuário.

V.2.3.2.4.4 Monitoramento e divulgação da manifestação do usuário

O ISSSL implantará estrutura organizada para registro, monitoramento, análise e tratamento das manifestações dos usuários dos serviços de saúde, contemplando reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações de informações.

As manifestações poderão ser registradas por diferentes canais de comunicação, garantindo amplo acesso ao usuário, familiar ou acompanhante:

A manifestação do usuário poderá ser realizada de forma simples, acessível e imediata. O paciente, familiar ou acompanhante poderá procurar qualquer colaborador da unidade e solicitar o formulário de manifestação/pesquisa de satisfação, sem necessidade de se dirigir exclusivamente à Ouvidoria ou ao Serviço de Atendimento ao Usuário. Os colaboradores deverão estar orientados a disponibilizar o formulário e, quando necessário, auxiliar quanto ao canal adequado para seu registro, preservando a liberdade, a privacidade e a confidencialidade do manifestante.

Além do formulário físico, serão fixados, em locais visíveis, estratégicos e de fácil acesso do QR Codes para acesso à pesquisa digital. Por meio desse canal, o usuário, familiar ou acompanhante poderá registrar sua opinião sobre o atendimento recebido, incluindo elogios, sugestões, reclamações e demais percepções relacionadas à experiência na unidade.

A disponibilização de diferentes canais de escuta tem por objetivo ampliar a participação do usuário, facilitar o acesso à manifestação e produzir informações que subsidiem o monitoramento da qualidade, a humanização da assistência e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Todas as manifestações serão registradas em instrumento próprio, físico ou eletrônico, permitindo rastreabilidade, classificação por tipo, setor envolvido, grau de criticidade, prazo de resposta e situação do tratamento.

O foco prioritário do indicador será o acompanhamento das reclamações e sugestões relacionadas à qualidade da assistência e à segurança do paciente, especialmente nos serviços de urgência, emergência, internação e demais áreas assistenciais.

Serão consideradas manifestações relacionadas a:

- Direitos do paciente;
- Acolhimento e atendimento humanizado;
- Tempo de espera;
- Comunicação com paciente e familiares;
- Gerenciamento clínico do paciente;
- Cuidado assistencial;
- Segurança medicamentosa;
- Controle de infecção;
- Identificação do paciente;
- Estrutura física e ambiência;
- Continuidade do cuidado;
- Conduta profissional;
- Organização dos fluxos internos.

Importância

O monitoramento das manifestações dos usuários constitui ferramenta estratégica para o fortalecimento da qualidade da gestão, da segurança assistencial e da melhoria contínua na saúde. As reclamações e sugestões expressam, de forma direta, a percepção dos usuários sobre o cuidado recebido e permitem identificar falhas, riscos, insatisfações, oportunidades de melhoria e necessidades não atendidas.

A análise sistemática dessas informações possibilita à gestão atuar de forma preventiva e corretiva, promovendo maior transparência, escuta qualificada, responsabilização das áreas envolvidas e aprimoramento contínuo da assistência prestada.

Definição do indicador

Indicador: Número de ações de melhoria implantadas a partir de reclamações e sugestões dos usuários.

Numerador: Número de ações de melhoria desenvolvidas ou concluídas a partir de reclamações e sugestões registradas pelos usuários no período avaliado.

Denominador: Número total de reclamações e sugestões relacionadas à qualidade da assistência e segurança do paciente registradas no mesmo período.

Fórmula sugerida:

Número de ações de melhoria implantadas ÷ número de reclamações e sugestões analisadas × 100.

Definições operacionais

Registro de reclamações e sugestões: documento físico ou eletrônico contendo a manifestação do usuário, recebida presencialmente, por telefone, e-mail, QR Code, totem, formulário eletrônico ou outro canal institucional.

Rotina de tratamento das manifestações: processo sistematizado de recebimento, classificação, encaminhamento, análise, resposta ao usuário, definição de plano de ação e monitoramento da efetividade.

Evidências de ações de melhoria: atas de reunião, planos de ação, ciclos PDCA, relatórios gerenciais, registros fotográficos, protocolos revisados, treinamentos realizados, alterações de fluxo, indicadores comparativos e documentos comprobatórios.

Público-alvo

Pacientes de todas as idades, familiares, acompanhantes e demais usuários atendidos nos serviços das UPAs Norte e Sul.

Usos do Indicador

- Monitorar necessidades, expectativas e preferências dos usuários.
- Transformar reclamações e sugestões em ferramenta de gestão da qualidade.
- Identificar falhas nos processos assistenciais e administrativos.
- Mapear pontos críticos de insatisfação.
- Subsidiar planos de ação corretivos e preventivos.
- Fortalecer a cultura de segurança do paciente.
- Qualificar a comunicação entre serviço, usuário e familiares.
- Apoiar processos de auditoria e melhoria contínua.

Fontes de Dados

- Formulários físicos de manifestação.
- Formulários eletrônicos.
- Pesquisa de satisfação por QR Code.
- Totens eletrônicos de avaliação.
- Registros da Ouvidoria ou Serviço de Atendimento ao Usuário.
- E-mails institucionais.
- Ligações telefônicas registradas.
- Relatórios de pesquisa de satisfação.
- Atas de reunião e planos de ação das áreas envolvidas.

Com a utilização de QR Code e totens eletrônicos, o ISSSL poderá obter informações em tempo real, permitindo tabulação automática dos dados, identificação rápida de não conformidades e adoção de medidas corretivas de forma ágil e monitorada.

Meta: monitorar mensalmente 100% das reclamações e sugestões classificadas como relacionadas à qualidade assistencial e segurança do paciente, com definição de plano de ação para os achados priorizados e acompanhamento de sua conclusão e efetividade.

Sistemática de monitoramento

As manifestações serão acompanhadas mensalmente pelo Serviço de Atendimento ao Usuário, Ouvidoria ou setor equivalente, com apoio da gestão da qualidade e das coordenações envolvidas.

O monitoramento contemplará:

- Número total de manifestações recebidas;
- Tipo de manifestação: reclamação, sugestão, elogio, denúncia ou solicitação;
- Setor envolvido;
- Grau de criticidade;
- Prazo de resposta;
- Manifestações resolvidas;
- Manifestações pendentes;
- Ações de melhoria abertas;
- Ações de melhoria concluídas;
- Reincidência por setor ou tema;
- Impacto das ações corretivas implantadas.

Ações esperadas para impacto no indicador

- Análise crítica das reclamações e sugestões pelas áreas responsáveis.
- Elaboração de planos de ação com responsáveis e prazos definidos.
- Aplicação do ciclo PDCA para tratamento das não conformidades.
- Realização de reuniões periódicas para avaliação dos resultados.

- Divulgação dos principais achados à equipe gestora.
- Implantação de ações corretivas e preventivas.
- Monitoramento da reincidência das reclamações.
- Capacitação das equipes nos temas mais recorrentes.
- Retorno ao usuário sempre que aplicável.
- Revisão de fluxos, protocolos e rotinas institucionais.

Interpretação

Quanto maior o número de ações de melhoria desenvolvidas e concluídas a partir das manifestações dos usuários, maior será o compromisso institucional com a centralidade do cuidado, a segurança do paciente, a escuta qualificada e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Limitações

As manifestações dependem da iniciativa dos usuários, podendo variar conforme perfil da população, acesso aos canais de comunicação, cultura de participação e grau de conhecimento sobre seus direitos.

Nem todas as reclamações possuem relação direta com a qualidade técnica do cuidado, podendo envolver aspectos estruturais, administrativos, comportamentais ou expectativas individuais.

Quando houver grande volume de manifestações, a instituição deverá priorizar aquelas relacionadas à segurança do paciente, risco assistencial, violação de direitos, reincidência e impacto na qualidade do atendimento.

Para garantir validade ao indicador, é indispensável que a unidade disponha de canais efetivos de escuta, rotinas padronizadas de registro, análise, resposta e tratamento das manifestações.
Verificar o funcionamento de estruturas organizacionais que permitam o monitoramento e a avaliação das manifestações dos usuários dos serviços assistenciais incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações de informações.

Tais manifestações deverão ser registradas por meio de canais de comunicação presenciais (Ouvidoria ou Serviço de Atendimento ao Usuário), à distância (Serviço de Atendimento ao Usuário, acessado por telefone ou correio) ou eletrônicos (e-mail, formulário eletrônico), disponibilizados pela organização.

Ações de melhoria deverão ser desencadeadas a partir de reclamações e sugestões relacionadas à qualidade e segurança dos usuários atendidos ou em observação ou atendidos nos serviços de urgência/emergência.

Para a equipe e gestão (público interno)

O objetivo principal é gerar insights acionáveis, promover o engajamento e a responsabilização pelas melhorias.

- Reuniões e Apresentações: Realizar reuniões específicas (por departamento ou geral) para apresentar os dados detalhados, permitindo discussões e a criação conjunta de planos de ação.
- Dashboards Visuais: Utilizar painéis de controle (digitais ou em quadros físicos em áreas de descanso) que mostrem métricas-chave (NPS, CSAT) de forma intuitiva, com gráficos claros e fáceis de entender.
- Intranet e E-mail Marketing Interno: Divulgar resumos dos resultados e as ações que estão sendo tomadas em resposta ao feedback dos pacientes através dos canais de comunicação interna.
- Newsletters Internas: Incluir uma seção regular no informativo institucional dedicada aos resultados da pesquisa e histórias de sucesso (feedbacks positivos).
- Workshops e Sessões de Treinamento: Usar os resultados para identificar necessidades de treinamento (ex: comunicação, empatia) e realizar sessões focadas nessas áreas.

Para pacientes e comunidade (público externo)

O objetivo é demonstrar transparência, construir confiança e mostrar que a opinião do paciente é valorizada e gera mudanças reais.

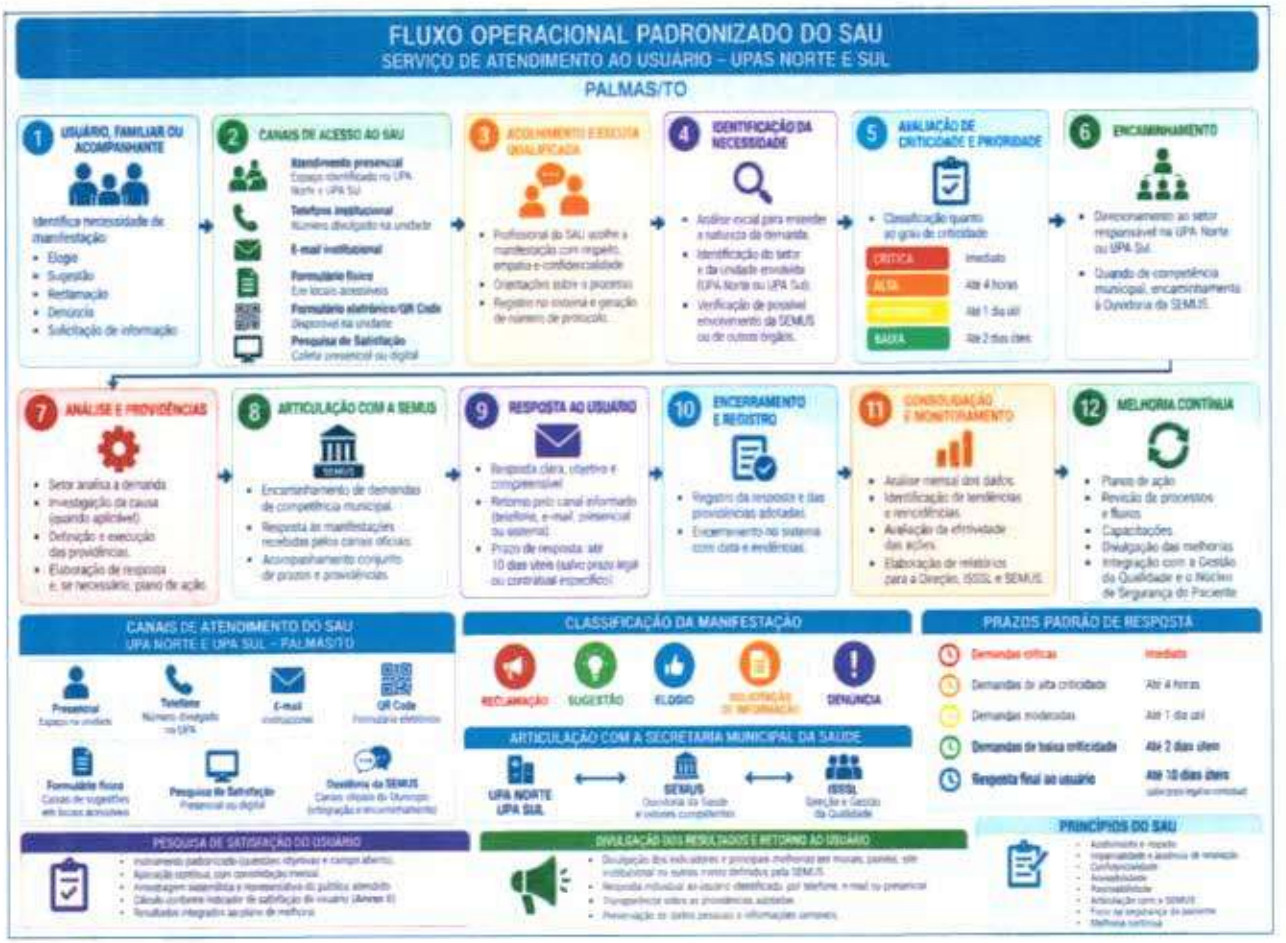
- Pôsteres e Panfletos: Expor resumos dos resultados e as ações implementadas em áreas de circulação pública, como recepções e salas de espera.

- Website e Redes Sociais: Publicar os principais insights no site institucional e utilizar as redes sociais para comunicar as melhorias realizadas com base no feedback dos pacientes.
- Relatórios Anuais de Qualidade: Incluir os resultados da pesquisa no relatório anual de atividades ou qualidade, disponibilizando-o publicamente.
- Comunicados à Imprensa: Em casos de resultados excepcionalmente positivos ou grandes iniciativas de melhoria, um comunicado à imprensa pode ser uma opção.
- Painéis de "Você Disse, Nós Fizemos": Quadros simples que mostram um feedback comum (Ex: "Vocês disseram que o tempo de espera era longo") e a ação tomada (Ex: "Nós reorganizamos o processo de triagem e reduzimos o tempo médio de espera em X minutos").

Melhores práticas para a divulgação:

- Transparência: Divulgar resultados positivos e negativos. A honestidade constrói credibilidade.
- Foco na Ação: Sempre que apresentar um resultado (especialmente um negativo), mostre qual ação está sendo tomada para resolver o problema.
- Linguagem Simples: Evite jargões técnicos ou estatísticos complexos. Use uma linguagem que todos os públicos entendam.
- Reconhecimento: Dar crédito às equipes que receberam feedbacks positivos, incentivando a manutenção das boas práticas.
- Identificar oportunidades de melhoria por meio de sugestões oriundas dos usuários.

Fluxo operacional padronizado do SAU



Painel mínimo de indicadores do SAU

Além do indicador de ações de melhoria implantadas a partir das manifestações, o SAU deverá acompanhar mensalmente: número total de manifestações; distribuição por tipo e setor; percentual de respostas dentro do prazo institucional; tempo médio de resposta; percentual de manifestações resolvidas; reincidência por tema ou setor; índice de satisfação geral; principais causas de insatisfação; ações de melhoria abertas, concluídas e com efetividade avaliada.

Os resultados deverão ser analisados pela Direção e pela Gestão, subsidiando planos de ação, educação permanente, revisão de fluxos e avaliação da efetividade das melhorias.

Interface entre SAU, Ouvidoria, Serviço Social e Qualidade

O **SAU** atuará como canal local de acolhimento, orientação, registro, mediação e acompanhamento das manifestações relacionadas à experiência do usuário.

A **Ouvidoria do SUS da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas — SEMUS**, instância oficial de recebimento e tratamento das manifestações de sua competência, manterá suas competências próprias, conforme os canais e fluxos estabelecidos pelo Município e pelo SUS, e com ela o SAU manterá articulação permanente. A Ouvidoria Estadual poderá ser acionada nos casos pertinentes à sua competência, sem substituir a articulação obrigatória com a Ouvidoria Municipal.

O **Serviço Social** será acionado nas demandas sociais, familiares, de vulnerabilidade, proteção de direitos e articulação com a rede socioassistencial.

A **Gestão da Qualidade** apoiará a análise de tendências, não conformidades, indicadores, planos de ação e avaliação da efetividade das melhorias.

Manifestações que indiquem possível incidente relacionado à segurança do paciente deverão também seguir o fluxo institucional de notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente, sem prejuízo da resposta e do acompanhamento pelo SAU.

Serão avaliadas respostas válidas correspondentes a, no mínimo, 5% dos atendimentos de cada UPA, apuradas mensalmente e separadamente para a UPA Norte e a UPA Sul, com distribuição por turno, dia e setor de atendimento, conforme a metodologia descrita no item 2.3.2.4; a apuração contratual observará a periodicidade e os critérios de exclusão da Ficha IN 2.5 do Anexo II, com submissão prévia do instrumento à Comissão e à SEMUS.

V.2.3.2.5 Plano Institucional de Humanização da Assistência

V.2.3.2.5.1. Apresentação

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL apresenta este Plano Institucional de Humanização da Assistência para a UPA Norte José de Souza Dourado e a UPA Sul Gerson Pires de Aguiar, em Palmas/TO. A aplicação é individualizada por unidade e abrange o acolhimento, a classificação de risco, os atendimentos adulto e pediátrico, a medicação, a imobilização, a observação, a estabilização, a alta e a transferência regulada.

O Plano será integrado ao modelo de gestão assistencial da unidade e fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS e da Política Nacional de Humanização – PNH/HumanizaSUS.

A humanização será compreendida como elemento transversal da assistência, envolvendo usuários, familiares, acompanhantes, trabalhadores, gestores e comunidade.

O cuidado deverá reconhecer cada usuário como sujeito de direitos, respeitando sua dignidade, individualidade, autonomia, privacidade, contexto familiar, social, cultural, religioso e suas necessidades específicas.

V.2.3.2.5.2. Objetivo Geral

Implantar e manter práticas institucionais de humanização que assegurem assistência acolhedora, segura, resolutiva, inclusiva e centrada na pessoa, promovendo relações de respeito e corresponsabilidade entre usuários, familiares, acompanhantes, trabalhadores e gestores.

V.2.3.2.5.2.1 Objetivos específicos

São objetivos do Plano:

- garantir acolhimento e escuta qualificada;
- fortalecer o respeito à dignidade e à autonomia do usuário;
- garantir comunicação clara e compreensível;
- preservar privacidade, intimidade e confidencialidade;
- respeitar diferenças culturais, sociais, religiosas e individuais;

- promover acessibilidade e inclusão;
- favorecer a participação da família e do acompanhante;
- assegurar os direitos da pessoa usuária dos serviços de saúde;
- promover ambiente acolhedor e seguro;
- qualificar a experiência do usuário durante toda a jornada assistencial;
- desenvolver ações de valorização dos trabalhadores;
- estabelecer canais efetivos de escuta;
- monitorar a satisfação e experiência dos usuários;
- transformar manifestações e reclamações em oportunidades de melhoria.

V.2.3.2.5.3. Princípios Norteadores

A política institucional de humanização será orientada pelos seguintes princípios:

I. Acolhimento: todo usuário deverá ser recebido com respeito, atenção e escuta qualificada.
II. Equidade: reconhecimento das diferentes necessidades dos usuários, especialmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade.
III. Integralidade: consideração das necessidades físicas, emocionais, sociais e culturais da pessoa.
IV. Autonomia: participação do usuário nas decisões relacionadas à sua assistência.
V. Dignidade: atendimento respeitoso em todas as circunstâncias.
VI. Privacidade e confidencialidade: preservação das informações e da intimidade do usuário.
VII. Corresponsabilidade: participação compartilhada de usuários, familiares, profissionais e gestores no processo de cuidado.
VIII. Não discriminação: vedação de qualquer tratamento discriminatório.
IX. Segurança: humanização integrada às práticas de segurança do paciente.
X. Participação social: valorização da manifestação e experiência do usuário.

V.2.3.2.5.4. Diretrizes de Humanização

As UPAs Norte e Sul desenvolverão suas práticas de humanização por meio dos seguintes eixos:

Acolhimento e escuta qualificada

O acolhimento ocorrerá desde o primeiro contato do usuário com a unidade.

Os profissionais deverão:

- identificar-se ao usuário;
- chamar o paciente pelo nome;
- respeitar o nome social;
- utilizar linguagem clara e respeitosa;
- ouvir demandas e dúvidas;
- evitar julgamentos;
- preservar a privacidade;
- reconhecer situações de vulnerabilidade;
- orientar adequadamente usuários e familiares.

Comunicação humanizada

- Informações relacionadas à assistência deverão ser fornecidas de maneira clara, objetiva e compreensível.
- Sempre que possível, será evitado o uso de termos técnicos sem explicação.
- A comunicação de situações delicadas, agravamento clínico, prognóstico reservado ou óbito deverá ocorrer em ambiente que preserve privacidade e dignidade.

Privacidade e dignidade

Serão adotadas medidas para:

- preservar o corpo do paciente durante procedimentos;
- evitar exposição desnecessária;
- limitar circulação de pessoas durante procedimentos;
- manter sigilo das informações;

- preservar conversas clínicas;
- proteger dados pessoais e assistenciais.

Ambiência humanizada

A organização dos ambientes buscará promover conforto, orientação, acessibilidade, segurança, limpeza e redução de fatores desnecessários de estresse.

Espiritualidade e crenças

As crenças religiosas e espirituais do usuário serão respeitadas.

A assistência religiosa poderá ser viabilizada mediante manifestação do paciente ou familiar, observadas as condições clínicas, assistenciais e de segurança.

Acolhimento com classificação de risco nas duas UPAs

O primeiro contato será acolhedor e não discriminatório. Após a identificação de necessidades imediatas e sinais de instabilidade, o usuário seguirá para classificação de risco por profissional habilitado, em ambiente que assegure privacidade. A prioridade de atendimento será definida pela gravidade clínica, e não exclusivamente pela ordem de chegada, com reavaliação em caso de mudança da condição ou demora de atendimento.

A proposta assistencial de Palmas adota cinco cores: vermelho – emergência, atendimento imediato; laranja – muito urgente, até 10 minutos, com atenção especial a suspeitas de AVC e IAM conforme protocolo; amarelo – urgente; verde – pouco urgente; azul – não urgente. Os prazos e critérios das demais cores serão aqueles validados no protocolo vigente das unidades e no Termo de Referência.

Humanização nos ambientes assistenciais

Consultórios: atendimento reservado, explicação sobre hipóteses diagnósticas e condutas, respeito ao nome social e participação do usuário nas decisões. Sala de medicação: conferência de identificação, comunicação sobre medicamento e monitoramento de reações. Imobilização: analgesia e explicação prévia dos procedimentos.

Observação: reavaliações, orientações sobre permanência, necessidades básicas e comunicação com familiares. Estabilização: prioridade clínica, informações à família em local reservado e preservação da dignidade durante procedimentos invasivos.

Crianças, adolescentes e acompanhantes

Nas áreas pediátricas, a equipe utilizará linguagem adequada à idade, favorecerá a presença do responsável legal e respeitará necessidades de conforto, amamentação e comunicação. Acompanhantes terão identificação e orientações de circulação, controle de infecção, privacidade e segurança, preservados os direitos legalmente assegurados.

V.2.3.2.5.5. Atendimento às Pessoas em Situação de Vulnerabilidade

Cada UPA adotará abordagem diferenciada, sem prejuízo da prioridade clínica definida na classificação de risco, às necessidades de:

- crianças e adolescentes;
- pessoas idosas;
- pessoas com deficiência;
- gestantes e puérperas;
- pessoas com transtornos mentais;
- pessoas com dificuldades de comunicação;
- pessoas em situação de violência;
- pessoas em sofrimento emocional;
- pessoas sem rede de apoio;
- usuários em cuidados paliativos;
- demais situações de vulnerabilidade identificadas pela equipe.

A condição de vulnerabilidade não deverá resultar em discriminação, mas em adequação do cuidado às necessidades da pessoa.

V.2.3.2.5.6. Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde

Cada UPA disponibilizará, em recepção, acolhimento e outros pontos acessíveis, a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, em linguagem compreensível e formato acessível, com orientações sobre classificação de risco e canais do Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU.

Direitos do usuário

São assegurados, entre outros:

- atendimento digno, respeitoso e sem discriminação;
- acesso organizado e adequado aos serviços;
- identificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento;
- informações claras sobre seu estado de saúde;
- informações sobre exames, procedimentos, tratamentos, riscos e alternativas;
- participação nas decisões relacionadas ao tratamento;
- respeito à autonomia;
- privacidade e intimidade;
- confidencialidade das informações;
- Acesso às informações do prontuário nos termos da legislação;
- Manejo adequado da dor e do sofrimento;
- presença de acompanhante nas hipóteses previstas em legislação;
- Respeito às necessidades culturais e religiosas;
- Acesso aos canais institucionais de manifestação;
- Atendimento em ambiente seguro;
- Continuidade da assistência;
- Informação sobre transferência, alta e continuidade do cuidado;
- Possibilidade de registrar elogios, sugestões, reclamações ou denúncias sem sofrer qualquer prejuízo em sua assistência.

Deveres do usuário

O usuário e, quando aplicável, seu responsável deverão:

- Fornecer informações verdadeiras e completas sobre sua condição de saúde;
- informar medicamentos utilizados, alergias e antecedentes relevantes;
- Colaborar com as orientações de segurança;
- Tratar profissionais e demais usuários com respeito;
- Preservar instalações e equipamentos;
- respeitar a privacidade dos demais pacientes;
- Observar as normas de segurança e prevenção de infecções;
- informar quando não compreender determinada orientação;
- comunicar impossibilidade de cumprimento das orientações recebidas;
- colaborar para manutenção de ambiente seguro e respeitoso.

V.2.3.2.5.7. Política de Acompanhantes e Visitantes

Cada UPA reconhecerá a presença do acompanhante como componente relevante do processo de humanização e, em determinadas situações, como elemento integrante do cuidado.

Direito ao acompanhante

Será garantido acompanhante nas situações previstas na legislação vigente e sempre que a condição clínica e assistencial assim permitir.

Será dispensada atenção especial às situações envolvendo:

- crianças e adolescentes;
- pessoas idosas;
- pessoas com deficiência;
- pessoas com limitações de autonomia;
- gestantes, parturientes e puérperas;
- mulheres em consultas, exames e procedimentos, conforme legislação;
- pacientes em cuidados paliativos;
- usuários em condições especiais de vulnerabilidade.

Crianças e adolescentes em observação nas UPAs terão assegurada a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, observadas as disposições legais aplicáveis.

Identificação

O acompanhante deverá permanecer devidamente identificado durante sua permanência na unidade.

Orientação do acompanhante

Na admissão ou no ingresso na unidade assistencial, o acompanhante receberá orientações sobre:

- higienização das mãos;
- prevenção e controle de infecções;
- utilização de equipamentos de proteção quando indicada;
- circulação nas dependências;
- horários e rotinas;
- segurança do paciente;
- privacidade dos demais usuários;
- comunicação com a equipe;
- condutas em situações de emergência.

Responsabilidades do acompanhante

O acompanhante deverá:

- respeitar orientações da equipe;
- utilizar identificação;
- manter comportamento compatível com o ambiente assistencial;
- preservar silêncio e organização;
- respeitar a privacidade dos demais pacientes;
- não manipular equipamentos, medicamentos ou dispositivos;
- cumprir medidas de prevenção de infecções;
- comunicar alterações percebidas no paciente;
- não fotografar, filmar ou divulgar imagens de outros pacientes ou profissionais sem autorização.

Restrições

Eventuais restrições à permanência de acompanhante ou visitante deverão estar relacionadas a justificativas clínicas, epidemiológicas, assistenciais ou de segurança.

Quando aplicável, a restrição deverá ser individualizada, fundamentada e registrada.

As restrições nunca deverão possuir caráter discriminatório.

V.2.3.2.5.8. Visita Humanizada

A política de visitas buscará conciliar:

- A manutenção do vínculo familiar, a privacidade, o direito a acompanhante nos casos legalmente previstos, a segurança assistencial e a prevenção de infecções.
- Os horários serão divulgados de maneira clara.
- Situações excepcionais poderão ser avaliadas individualmente pela equipe assistencial.
- Nos casos de terminalidade, cuidados paliativos ou circunstâncias humanitárias relevantes, poderão ser adotadas medidas especiais de flexibilização, observadas as condições assistenciais e de segurança.

V.2.3.2.5.9. Acolhimento na Observação e Estabilização

Na admissão à observação ou estabilização, conforme a condição clínica e a segurança assistencial, o usuário e/ou acompanhante receberá orientações sobre:

- funcionamento da unidade;
- identificação da equipe;
- direitos e deveres;
- regras de acompanhantes e visitas;
- prevenção de quedas;
- identificação segura;
- prevenção de infecções;
- uso seguro de medicamentos;
- canais de comunicação;

- Ouvidoria;
- preparação para alta.

Na observação, a equipe deverá comunicar alterações relevantes, esclarecer critérios de permanência e manter reavaliação clínica. Em situações de estabilização, o acompanhamento presencial poderá ser organizado conforme condições clínicas e de segurança, sem suprimir o dever de informação aos familiares ou representantes autorizados.

V.2.3.2.5.10. Humanização na Alta

A alta da UPA deverá ser clinicamente indicada, segura e acompanhada de orientações escritas ou registradas, com indicação de retorno e, quando cabível, contrarreferência à Atenção Primária à Saúde.

O paciente e/ou responsável deverá receber orientações compreensíveis sobre:

- medicamentos;
- cuidados domiciliares;
- alimentação;
- sinais de alerta;
- retorno;
- acompanhamento na rede;
- cuidados com dispositivos;
- continuidade do tratamento.

Sempre que necessário, será utilizada técnica de confirmação de entendimento das orientações.

Quando houver necessidade de transferência, a equipe orientará usuário e acompanhante sobre motivo clínico, destino regulado, modalidade de transporte assistencial, documentação e continuidade do cuidado. O registro incluirá contatos com a regulação, horários relevantes e condições clínicas no momento da saída. Na alta, será disponibilizado instrumento de contrarreferência à APS quando indicado, pelo meio e prazo pactuados com a SEMUS.

V.2.3.2.5.11. Humanização no Óbito e Luto

Nos casos de óbito, a equipe deverá garantir:

- comunicação respeitosa;
- ambiente reservado sempre que possível;
- acolhimento dos familiares;
- preservação da dignidade do paciente;
- respeito às crenças;
- orientações administrativas claras;
- encaminhamento adequado de pertences;
- suporte multiprofissional quando disponível e necessário.

V.2.3.2.5.12. Grupo de Trabalho de Humanização – GTH

Será constituído Grupo de Trabalho de Humanização, de caráter multiprofissional.

Poderão participar representantes da:

- gestão;
- enfermagem;
- equipe médica;
- Serviço Social;
- Psicologia, quando disponível;
- Qualidade;
- Segurança do Paciente;
- Controle de Infecção;
- recepção/atendimento;
- gestão de pessoas;
- demais áreas estratégicas.

Competências

Compete ao GTH:

- elaborar o Plano Anual de Humanização;

- acompanhar a implantação das ações;
- analisar indicadores;
- avaliar manifestações dos usuários;
- identificar oportunidades de melhoria;
- propor capacitações;
- desenvolver campanhas;
- registrar reuniões;
- acompanhar planos de ação;
- apresentar resultados à gestão.

V.2.3.2.5.13. Educação Permanente

Os trabalhadores receberão capacitação relacionada à humanização, incluindo:

- PNH;
- acolhimento;
- escuta qualificada;
- comunicação;
- direitos dos usuários;
- diversidade e inclusão;
- comunicação de notícias difíceis;
- atendimento de pessoas em sofrimento emocional;
- abordagem de situações de violência;
- acompanhante e família;
- privacidade;
- ética e confidencialidade;
- cuidado centrado na pessoa.

Os treinamentos deverão possuir registro de presença e evidências de realização.

V.2.3.2.5.14. Ouvidoria e Experiência do Usuário

As UPAs Norte e Sul disponibilizarão mecanismos acessíveis para:

- elogios;

- sugestões;
- reclamações;
- solicitações;
- denúncias.

As manifestações deverão ser registradas, classificadas, analisadas e respondidas conforme fluxo institucional.

Eventos recorrentes deverão gerar análise de causa e, quando necessário, plano de ação.

O SAU de cada unidade receberá manifestações presencialmente e por canais telefônico e eletrônico institucionais, com registro, protocolo, classificação, encaminhamento, resposta e retorno ao usuário. O fluxo será articulado à Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde, respeitando os prazos e a periodicidade de relatórios pactuados. Demandas sobre riscos assistenciais também serão direcionadas ao Núcleo de Segurança do Paciente, preservado o sigilo.

V.2.3.2.5.15. Pesquisa de Experiência e Satisfação

A pesquisa de experiência e satisfação será disponibilizada de forma permanente aos usuários e consolidada mensalmente.

Entre os aspectos avaliados poderão constar:

- acolhimento;
- cordialidade;
- comunicação;
- respeito;
- privacidade;
- limpeza;
- orientação;
- assistência prestada;
- participação do acompanhante;

- orientação para alta;
- avaliação geral da experiência.

A pesquisa será aplicada em amostra distribuída por turnos, dias da semana e perfis de atendimento, incluindo usuários e acompanhantes aptos a responder. A coleta voluntária não interferirá na assistência. As respostas serão analisadas separadamente por UPA e, quando possível, por etapa da jornada, para orientar planos de melhoria. A pesquisa assegurará amostra mínima de 5% dos atendimentos realizados no período, apurada individualmente para cada UPA — UPA Norte e UPA Sul de Palmas/TO —, considerando apenas respostas válidas e sem soma de respostas entre as unidades, conforme a fórmula de amostragem e a metodologia descritas na Proposta de implantação do SAU (item 2.3.2.4).

V.2.3.2.5.16. Indicadores de Humanização

Cada UPA acompanhará os indicadores abaixo, com consolidação por unidade e análise conjunta pela gestão:

Indicador	Periodicidade	Evidência / Fonte de verificação
Satisfação e experiência dos usuários	Mensal	Relatório de pesquisa de satisfação dos usuários.
Reclamações relacionadas ao atendimento	Mensal	Relatório do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)/Ouvidoria.
Reclamações relativas à comunicação	Mensal	Registros e relatórios do SAU/Ouvidoria.
Ocorrências relacionadas aos acompanhantes	Mensal	Registros institucionais e relatórios de ocorrências.
Profissionais capacitados em humanização	Mensal/Trimestral	Listas de presença, certificados e relatórios de capacitação.
Ações de humanização realizadas	Mensal	Relatórios de atividades e evidências documentais.

Manifestações respondidas	Mensal	Relatório do SAU/Ouvidoria e registros de respostas.
Planos de melhoria concluídos	Mensal	Planos de ação, atas e registros de conclusão.
Orientações prestadas aos acompanhantes	Mensal	Prontuários, termos de orientação e registros assistenciais.
Avaliação da experiência do usuário na alta	Mensal	Pesquisa de satisfação e relatório de avaliação da experiência.

Os resultados serão analisados pela gestão e pelo GTH.

Indicadores adicionais recomendados: orientações de alta registradas / altas auditadas × 100; manifestações respondidas no prazo / manifestações com prazo vencido × 100; profissionais capacitados / profissionais previstos × 100; orientações a acompanhantes registradas / casos auditados com acompanhante × 100. Fontes: prontuário, SAU, RH e registros de treinamento.

V.2.3.2.5.17. Plano de Implantação – 30/60/90 dias

Até 30 dias

- formalização do GTH;
- aprovação do Plano Institucional;
- disponibilização da Carta de Direitos e Deveres;
- implantação das regras de acompanhantes e visitantes;
- definição dos canais de manifestação;
- definição dos indicadores;
- elaboração dos materiais educativos;
- início das capacitações.

Até 60 dias

- realização das primeiras reuniões do GTH;
- aplicação sistemática da pesquisa de experiência;
- análise inicial dos indicadores;
- implantação de planos de melhoria;
- realização de ações educativas;
- avaliação das práticas de acolhimento.

Até 90 dias

- consolidação dos indicadores;
- avaliação da experiência dos usuários;
- auditoria das práticas implantadas;
- avaliação dos resultados;
- apresentação de relatório gerencial;
- revisão dos planos de ação;
- estabelecimento do ciclo de melhoria contínua.

O cronograma será executado em ambas as UPAs, com registros separados por unidade. Até 30 dias: designar referências locais de humanização, difundir a Carta de Direitos, orientar as equipes de acolhimento e estabelecer os canais do SAU. Até 60 dias: realizar reunião do GTH, auditar o acolhimento e as orientações na alta, acompanhar a pesquisa de satisfação e promover capacitações. Até 90 dias: consolidar indicadores por UPA, avaliar queixas recorrentes, verificar medidas corretivas e apresentar à gestão e à SEMUS relatório com evidências e ações pendentes.

V.2.3.2.5.18. Evidências de Implantação

Para comprovação da execução deste Plano, serão mantidas, conforme aplicável:

1. Ato de constituição do GTH;
2. Plano Institucional aprovado;
3. Atas de reuniões;
4. Plano Anual de Humanização;

5. Carta dos Direitos e Deveres disponibilizada;
6. Regulamento de Acompanhantes e Visitantes;
7. Registros de orientação;
8. Listas de presença das capacitações;
9. Materiais educativos;
10. Pesquisas de experiência;
11. Relatórios da Ouvidoria;
12. Indicadores;
13. Planos de ação;
14. Relatórios gerenciais;
15. Registros das ações realizadas;
16. Evidências fotográficas quando pertinentes;
17. Registros de auditoria e acompanhamento.

ANEXO I

V.2.3.2.5.19 Carta Resumida dos Direitos do Usuário

VOCÊ TEM DIREITO A:

Ser acolhido com respeito.

Ser chamado pelo seu nome.

Saber quem está cuidando de você.

Receber informações que consiga compreender.

Ter sua privacidade preservada.

Participar das decisões sobre seu cuidado.

Ter suas informações protegidas.

Ser tratado sem discriminação.

Ter seus valores, crenças e individualidade respeitados.

Ter acompanhante quando previsto legalmente.

Receber orientação para continuidade do tratamento.

Manifestar elogios, sugestões, reclamações ou denúncias.

HUMANIZAR É RECONHECER QUE, ANTES DE TODO PROCEDIMENTO, EXISTE UMA PESSOA.

ANEXO II

V.2.3.2.5.20 Termo de Orientação ao Acompanhante

Declaro ter recebido orientações relativas às regras de permanência como acompanhante, incluindo medidas de segurança, higienização das mãos, prevenção de infecções, privacidade dos pacientes, circulação nas dependências e comunicação com a equipe.

Paciente: _____

Acompanhante: _____

Grau de vínculo: _____

Data: ____/____/_____

Assinatura: _____

ANEXO III

V.2.3.2.5.21 Checklist de Evidências – Humanização

Unidade: _____

Mês/Ano: _____

☐ GTH constituído e ativo

☐ Reunião periódica realizada

☐ Ata disponível

☐ Plano de ação atualizado

☐ Carta de Direitos disponível ao usuário

☐ Regras de acompanhante divulgadas

☐ Orientações aos acompanhantes registradas

☐ Pesquisa de experiência aplicada

☐ Ouvidoria monitorada

☐ Reclamações analisadas

☐ Indicadores atualizados

☐ Capacitação realizada

☐ Evidências das ações arquivadas

☐ Não conformidades com plano de ação

☐ Resultados apresentados à gestão

Responsável: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/_____

V.2.3.2.5.22. Disposições Finais

O Plano Institucional de Humanização das UPAs Norte e Sul será continuamente monitorado e poderá ser atualizado de acordo com alterações legais, necessidades assistenciais, resultados dos indicadores, manifestações dos usuários e processos de melhoria da qualidade.

A humanização deverá estar incorporada à rotina assistencial e gerencial das UPAs Norte e Sul de Palmas, constituindo responsabilidade compartilhada entre todos os profissionais.

O Instituto Social de Saúde São Lucas assume o compromisso de desenvolver uma assistência que una qualidade técnica, segurança, acolhimento, respeito e dignidade, compreendendo que a excelência no cuidado não se limita ao tratamento da doença, mas envolve o cuidado integral da pessoa e de sua rede de apoio.

V.2.4 Publicização das Prestações de Contas e dos Resultados Assistenciais

Compromisso e plano de divulgação, no sítio eletrônico do ISSSL e em locais visíveis da sede e das unidades, das informações relativas à parceria.

Objeto: Gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado – e Sul – Gerson Pires de Aguiar – do Município de Palmas/TO

V.2.4.1 Apresentação

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL apresenta seu compromisso e plano de publicização das informações relativas à parceria para a gestão da UPA 24h Norte e da UPA 24h Sul, em atendimento ao item V.2.4 da Matriz de Avaliação, O art. 11 da Lei nº 13.019/2014 determina que a entidade parceira divulgue, na internet e em locais visíveis de sua sede social e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com a Administração Pública. O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL atenderá ao dispositivo conforme o quadro a seguir:

Elemento Mínimo (V.2.4)	Onde é Atendido
a. Compromisso de manutenção de página específica sobre a parceria no sítio eletrônico da entidade, com indicação do endereço eletrônico	Seção 2 – Página Específica da Parceria
b. Relação do conteúdo a publicar: instrumento da parceria, prestações de contas do Anexo VIII, relatórios de execução e resultados dos indicadores do Anexo II	Seção 3 – Conteúdo a Publicar
c. Periodicidade de atualização e indicação do responsável pela publicação	Seção 4 – Periodicidade e Responsáveis
d. Atendimento ao art. 11 da Lei nº 13.019/2014, inclusive divulgação em local visível na sede e nos estabelecimentos	Seção 5 – Atendimento ao Art. 11 da Lei nº 13.019/2014

V.2.4.2 Página específica da parceria

Compromisso: o ISSSL manterá, durante toda a vigência da parceria e após o seu encerramento pelo prazo de guarda da prestação de contas, página específica sobre a parceria em seu Portal da Transparência institucional, no endereço https://institutosocialsaolucas.com.br/portal-transparencia/upas-palmas, de acesso público e gratuito, sem exigência de cadastro ou senha.

Campo	Definição
Entidade responsável	Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL
Portal da Transparência institucional	https://institutosocialsaolucas.com.br/portal-transparencia/
Página específica da parceria	https://institutosocialsaolucas.com.br/portal-transparencia/upas-palmas
Unidades	UPA 24h Norte – José de Souza Dourado e UPA 24h Sul – Gerson Pires de Aguiar, com seções separadas por unidade
Disponibilização	Até 5 dias úteis da assinatura do Termo de Colaboração
Formato dos arquivos	PDF pesquisável e, para dados tabulares, planilha em formato aberto, com identificação da unidade, da competência e da data de publicação
Acesso nas unidades	QR Code afixado nas recepções e nos murais, com direcionamento à página

A página será organizada nas seguintes seções:

a) Informações da parceria (art. 11 da Lei nº 13.019/2014);

b) Termo de Colaboração, Plano de Trabalho e termos aditivos;

c) Relatórios mensais e trimestrais de execução e monitoramento;

d) Resultados das metas e dos indicadores do Anexo II, por unidade;

e) Prestações de contas parciais e final do Anexo VIII;

f) Equipe de trabalho e remuneração, por função;

g) Regulamento de compras e contratações e relação de contratos firmados;

h) Escalas médica e multiprofissional;

i) Ouvidoria e pesquisa de satisfação.

V.2.4.3 Conteúdo a publicar

Grupo de Informação	Conteúdo	Referência
Instrumento da parceria	Termo de Colaboração, extrato de publicação, Plano de Trabalho aprovado e termos aditivos e apostilamentos	Lei nº 13.019/2014, art. 11
Relatórios de execução	Relatório mensal de execução e monitoramento e relatório trimestral consolidado, por unidade, com o comparativo entre metas pactuadas e resultados	Anexo VIII, itens 1.3 e 4.1
Resultados assistenciais (Anexo II)	Metas quantitativas (IN 1) e indicadores de desempenho (IN 2) de cada unidade: atendimentos médicos, acolhimentos com classificação de risco, tempo porta-médico por cor, tempo de permanência, tempo de solicitação de transferência, retorno em até 48 horas, satisfação do usuário e cobertura da classificação de risco	Anexo II e Quadro 8 do TR
Prestações de contas (Anexo VIII)	Relatórios econômico-financeiros por grupo de despesa, demonstrativo do fluxo de caixa da conta específica, custos indiretos, prestações de contas parciais anuais e prestação de contas final, com a situação de cada uma	Anexo VIII e Lei nº 13.019/2014, art. 11, V
Equipe de trabalho	Valor total da remuneração da equipe paga com recursos da parceria, funções desempenhadas e remuneração prevista para o exercício	Lei nº 13.019/2014, art. 11, VI

Grupo de Informação	Conteúdo	Referência
Compras e contratações	Regulamento próprio de compras e contratações e relação dos contratos firmados com recursos da parceria	TR, item 10.1
Controle social	Canais de ouvidoria, relatório da pesquisa de satisfação e escalas dos profissionais	TR, item 10.1, "t", e Cláusula 21

Proteção de dados: não serão publicados prontuários, dados clínicos individualizados ou dados pessoais sensíveis. Os relatórios assistenciais serão divulgados em dados agregados por unidade, e a remuneração da equipe será informada por função, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018.

V.2.4.4. Periodicidade de atualização e responsáveis

Conteúdo	Periodicidade	Prazo de Publicação
Informações do art. 11 e instrumento da parceria	Na assinatura e a cada alteração	Até 5 dias úteis da assinatura ou da alteração
Relatório mensal de execução e resultados do Anexo II	Mensal	Até 5 dias úteis após o protocolo na SEMUS (protocolo até o dia 20 do mês subsequente)
Relatório trimestral consolidado e apuração da parcela variável	Trimestral	Até 5 dias úteis após o protocolo e, após a homologação pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, publicação do resultado homologado
Relatório econômico-financeiro e fluxo de caixa	Mensal	Junto ao relatório mensal
Remuneração da equipe por função	Mensal	Junto ao relatório mensal

Conteúdo	Periodicidade	Prazo de Publicação
Prestação de contas parcial	Anual	Até 5 dias úteis após a apresentação (até 90 dias do encerramento do exercício), com atualização da situação até o resultado conclusivo
Prestação de contas final	Ao término da vigência	Até 5 dias úteis após a apresentação, com atualização da situação até o resultado conclusivo
Escalas e pesquisa de satisfação	Mensal	Até o 5º dia útil do mês

V.2.4.4.1 Responsáveis

Função	Responsável	Atribuição
Responsável pela publicação	Equipe de Prestação de Contas Matriz	Publicar os conteúdos, manter o calendário de publicações e assegurar a atualização da página
Aprovação dos conteúdos	Gerência das unidades	Autorizar a publicação dos relatórios e resultados
Conteúdo financeiro	Coordenação Administrativo-Financeira	Produzir e validar os demonstrativos financeiros e de remuneração
Conteúdo assistencial	Direção Técnica e Núcleo de Qualidade	Validar os resultados das metas e dos indicadores
Suporte técnico	Tecnologia da Informação do ISSSL	Manter a página disponível, segura e com controle de versões
Proteção de dados	Encarregado pelo tratamento de dados (DPO)	Verificar a ausência de dados pessoais indevidos antes da publicação

V.2.4.4.2 Fluxo de Publicação

Cada publicação será registrada em controle próprio, com a identificação do documento, da unidade, da competência, da data de publicação e do responsável. As versões substituídas permanecerão disponíveis com a indicação da retificação.



V.2.4.5. Atendimento ao ART. 11 DA LEI Nº 13.019/2014

O art. 11 da Lei nº 13.019/2014 estabelece a obrigação de divulgar, na internet e em locais visíveis da sede social e dos estabelecimentos em que a entidade parceira exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com a Administração Pública. O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL, na condição de entidade parceira, observará as disposições aplicáveis quanto à divulgação das informações da parceria, conforme o quadro a seguir:

Informação Mínima (art. 11, parágrafo único)	Forma de Atendimento
I – Data de assinatura, identificação do instrumento e do órgão responsável	Publicação na página da parceria e nos quadros físicos: Termo de Colaboração, data de assinatura e Secretaria Municipal da Saúde de Palmas
II – Nome da organização e número de inscrição no CNPJ	Instituto Social de Saúde São Lucas – CNPJ nº 96.295.654/0001-69
III – Descrição do objeto da parceria	Gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde das UPAs 24h Norte e Sul

Informação Mínima (art. 11, parágrafo único)	Forma de Atendimento
IV – Valor total da parceria e valores liberados	Valor global pactuado e valores repassados, atualizados mensalmente
V – Situação da prestação de contas (data prevista, data de apresentação, prazo de análise e resultado conclusivo)	Quadro de situação de cada prestação de contas, atualizado a cada etapa
VI – Remuneração da equipe paga com recursos da parceria, funções e remuneração prevista para o exercício	Quadro mensal da remuneração por função

V.2.4.5.1 Divulgação em Locais Visíveis

Local	Meio de Divulgação	Atualização
Sede do ISSSL – Rua Presidente Vargas, nº 865 S, Bairro Vila Nova, Arenápolis/MT	Quadro de avisos em local de acesso ao público, com as informações do art. 11 e QR Code para a página da parceria	A cada alteração e, no mínimo, mensalmente
UPA 24h Norte – José de Souza Dourado	Quadro afixado na recepção, com as informações do art. 11, QR Code, canais de ouvidoria e escalas mensais dos profissionais	Mensal e a cada alteração
UPA 24h Sul – Gerson Pires de Aguiar	Quadro afixado na recepção, com as informações do art. 11, QR Code, canais de ouvidoria e escalas mensais dos profissionais	Mensal e a cada alteração

A Gerência de cada unidade será responsável pela atualização dos quadros físicos, mediante registro fotográfico mensal, mantido como evidência de cumprimento e disponibilizado à Secretaria Municipal da Saúde sempre que solicitado.

V.2.4.6 Disposições finais

O ISSSL compromete-se a manter as informações atualizadas, íntegras e acessíveis durante toda a vigência da parceria, articulando a publicização com o sítio eletrônico oficial do Município e com os mecanismos de controle social previstos no Termo de Referência.

3.3 Implementação e Funcionamento Dos Serviços

V.2.5 Organização e Funcionamento das Áreas Assistenciais

V.2.5.1. Apresentação e Organização Geral

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL apresenta a proposta consolidada de organização e funcionamento das áreas assistenciais das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul de Palmas/TO, contemplando integralmente as exigências estabelecidas no Edital – Qualidade Subjetiva, com ênfase na organização dos serviços, distribuição das equipes, cobertura horária, fluxos operacionais, segurança assistencial e integração entre os diferentes ambientes de atendimento.

A proposta estabelece um modelo de funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, sete dias por semana, incluindo finais de semana e feriados, fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, humanização e continuidade do cuidado.

A organização dos serviços será estruturada em seis áreas assistenciais integradas:

1. acolhimento e classificação de risco,
2. consultórios médicos,
3. sala de medicação,
4. sala de imobilização,
5. áreas de observação e
6. sala de estabilização.

O dimensionamento de referência observará os quantitativos mínimos previstos nos Quadros 6 e 7 do Capítulo 7 do Termo de Referência, respeitando as diferenças de composição das equipes entre a UPA Norte e a UPA Sul.

UPA Norte José de Souza Dourado

Capacidade instalada de 35 leitos: 9 de observação masculina, 9 de observação feminina, 9 de observação pediátrica, 6 na sala vermelha/estabilização e 2 de isolamento. Cobertura médica conforme o Quadro 6: 9 médicos clínicos no período diurno e 7 no noturno, 1 pediatra e 1 ortopedista em cada turno e 1 ultrassonografista no período diurno. Enfermagem assistencial interna conforme o Quadro 7: 9 enfermeiros no período diurno e 8 no noturno; 18 técnicos de enfermagem no período diurno e 15 no noturno. Transporte sanitário: 1 técnico de enfermagem e

1 condutor de veículo de urgência por turno. Apoio assistencial: 1 assistente social, 1 farmacêutico, 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar em saúde bucal por turno, e auxiliares de farmácia (2 no diurno e 1 no noturno).

UPA Sul Gerson Pires de Aguiar

Capacidade instalada de 38 leitos: 12 de observação masculina, 12 de observação feminina, 8 de observação pediátrica, 4 na sala vermelha/estabilização e 2 de isolamento. Cobertura médica conforme o Quadro 6, idêntica à da UPA Norte. Enfermagem assistencial interna conforme o Quadro 7: 10 enfermeiros no período diurno e 8 no noturno; 20 técnicos de enfermagem no período diurno e 17 no noturno. Transporte sanitário: 1 técnico de enfermagem e 1 condutor de veículo de urgência por turno. Apoio assistencial: 1 assistente social, 1 farmacêutico, 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar em saúde bucal por turno, e auxiliares de farmácia (2 no diurno e 1 no noturno).

V.2.5.2 Organização e funcionamento do acolhimento com classificação de risco

V.2.5.2.1. Organização do acolhimento com classificação de risco

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL implantará e manterá nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul um sistema estruturado de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na Política Nacional de Humanização (PNH), na segurança do paciente e nas diretrizes de organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O acolhimento com classificação de risco será desenvolvido como processo assistencial contínuo, destinado à identificação precoce das necessidades de saúde, avaliação da gravidade clínica, reconhecimento de situações de risco e definição da prioridade de atendimento, assegurando que os pacientes sejam assistidos conforme sua condição clínica e não exclusivamente pela ordem cronológica de chegada.

O processo será organizado de maneira integrada entre recepção administrativa, equipe de enfermagem, consultórios médicos, sala de medicação, áreas de observação, sala de estabilização e demais setores de apoio diagnóstico e terapêutico.

O funcionamento ocorrerá de forma ininterrupta, durante 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, garantindo acolhimento tanto aos usuários provenientes de demanda espontânea quanto aos encaminhados por outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, incluindo aqueles transportados por serviços móveis de urgência ou direcionados pelos mecanismos de regulação.

A classificação de risco será realizada exclusivamente por enfermeiro legalmente habilitado e capacitado no protocolo institucional adotado, em posto de trabalho próprio, com condições adequadas de privacidade, acessibilidade, segurança e disponibilidade de equipamentos para avaliação clínica.

A proposta tem como finalidade assegurar atendimento humanizado, reduzir riscos relacionados à espera, favorecer a identificação precoce de agravamentos e promover o direcionamento adequado dos pacientes às áreas assistenciais.

V.2.5.2.2. Estrutura física e organização do posto de classificação de risco

O posto de classificação de risco será organizado em ambiente identificado, de fácil acesso e integrado ao fluxo de entrada dos usuários, respeitando a estrutura física disponível em cada unidade.

O ambiente deverá assegurar condições adequadas para escuta qualificada, avaliação clínica, aferição de sinais vitais, registro das informações e encaminhamento seguro.

Recursos físicos e materiais

A estrutura deverá contemplar:

- Estação de trabalho com acesso ao prontuário eletrônico e ao sistema de classificação de risco.
- Mesa, cadeiras e mobiliário apropriado ao atendimento.
- Esfigmomanômetro e estetoscópio.
- Oxímetro de pulso.
- Termômetro clínico.

- Glicosímetro e materiais para aferição de glicemia capilar.
- Equipamentos e materiais para avaliação clínica conforme o perfil dos usuários.
- Recursos para higienização das mãos e prevenção de infecções.
- Sistema de comunicação com os consultórios médicos e a sala de estabilização.
- Recursos para identificação e acionamento imediato da equipe de emergência.

O ambiente deverá garantir privacidade e confidencialidade das informações, respeitando as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

V.2.5.2.3. Postos de trabalho, profissionais responsáveis e cobertura horária

A organização dos postos será estabelecida para assegurar a continuidade do acolhimento e da classificação de risco durante todo o funcionamento das UPAs.

Posto de trabalho	Profissional responsável	Cobertura horária	Responsabilidade principal
Recepção administrativa	Profissional administrativo	24 horas	Identificação, cadastro e orientação inicial
Acolhimento inicial	Equipe de enfermagem	24 horas	Escuta inicial e identificação de sinais de gravidade
Classificação de risco	Enfermeiro capacitado	24 horas	Avaliação clínica e atribuição da prioridade
Reclassificação	Enfermeiro	24 horas, conforme necessidade	Reavaliação de pacientes em espera
Atendimento de emergência	Médico e equipe de enfermagem	Imediato, 24 horas	Atendimento de pacientes críticos
Supervisão assistencial	Enfermeiro responsável pelo plantão	24 horas	Acompanhamento dos fluxos e da cobertura dos postos

V.2.5.2.3.1 Dimensionamento de enfermagem

Conforme o Quadro 7 do Capítulo 7 do Termo de Referência, as unidades contarão com os seguintes quantitativos de enfermagem assistencial interna:

Categoria	UPA Norte diurno	UPA Norte noturno	UPA Sul diurno	UPA Sul noturno
Enfermeiro assistencial	9	8	10	8
Técnico de enfermagem – assistência interna	18	15	20	17

Os postos de enfermagem são distribuídos por área e turno conforme os quadros a seguir, sem contagem do mesmo profissional em mais de um setor. O enfermeiro de isolamento é o da sala vermelha/estabilização. Em contingência, a Supervisão de Enfermagem poderá remanejar profissionais entre áreas, preservada a presença de enfermeiro habilitado na classificação de risco durante as 24 horas.

UPA Norte José de Souza Dourado — postos de enfermagem por área e turno

Área assistencial	Enfermeiro diurno	Enfermeiro noturno	Técnico de enfermagem diurno	Técnico de enfermagem noturno
Acolhimento e classificação de risco	3	2	2	1
Sala vermelha / estabilização (6 leitos)	1	1	3	3
Isolamento (2 leitos)	—	—	1	1
Observação adulta (9 masculinos e 9 femininos)	2	2	6	6
Observação pediátrica (9 leitos)	1	1	2	2
Sala de medicação e sala de imobilização	1	1	4	2
Supervisão de enfermagem do plantão	1	1	—	—
Total	9	8	18	15

Profissionais contratados pelo fator 2,30 (escala 12x36): 40 enfermeiros assistenciais e 76 técnicos de enfermagem da assistência interna.

UPA Sul Gerson Pires de Aguiar — postos de enfermagem por área e turno

Área assistencial	Enfermeiro diurno	Enfermeiro noturno	Técnico de enfermagem diurno	Técnico de enfermagem noturno
Acolhimento e classificação de risco	3	2	2	1
Sala vermelha / estabilização (4 leitos)	1	1	2	2
Isolamento (2 leitos)	—	—	1	1
Observação adulta (12 masculinos e 12 femininos)	3	2	8	8
Observação pediátrica (8 leitos)	1	1	2	2
Sala de medicação e sala de imobilização	1	1	5	3
Supervisão de enfermagem do plantão	1	1	—	—
Total	10	8	20	17

Profissionais contratados pelo fator 2,30 (escala 12x36): 42 enfermeiros assistenciais e 86 técnicos de enfermagem da assistência interna.

A escala deverá contemplar intervalos, substituições e contingências, sem comprometer a cobertura mínima estabelecida no Termo de Referência.

V.2.5.2.4. Metodologia de acolhimento e avaliação clínica

O acolhimento será realizado mediante abordagem humanizada, escuta qualificada e identificação das necessidades apresentadas pelo usuário, respeitando suas condições clínicas, sociais, culturais e individuais.

O enfermeiro classificador deverá realizar avaliação sistematizada, contemplando:
Identificação da queixa principal: reconhecimento do motivo que levou o usuário à unidade, início dos sintomas, evolução do quadro e manifestações associadas.

Avaliação dos sinais vitais: verificação dos parâmetros pertinentes, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação periférica de oxigênio e glicemia capilar, quando indicada.

Identificação de sinais de gravidade: investigação de alterações respiratórias, circulatórias, neurológicas, dor intensa, sangramentos, alterações de consciência e outras condições que possam representar risco imediato.

Análise de fatores de vulnerabilidade:
consideração de condições que possam aumentar o risco assistencial, incluindo extremos de idade, gestação, doenças crônicas, limitações funcionais e outras situações relevantes.

Definição da prioridade:
aplicação do protocolo institucional de classificação de risco, considerando a condição clínica, os discriminadores de gravidade e a necessidade de intervenção.

Registro e encaminhamento:
documentação da avaliação no prontuário eletrônico, atribuição da prioridade e direcionamento para o atendimento adequado.

A classificação de risco não substituirá a consulta médica nem constituirá diagnóstico definitivo, sendo instrumento de organização da prioridade assistencial.

V.2.5. Sistema de classificação de risco em cinco níveis

As UPAs Norte e Sul adotarão protocolo institucional estruturado em cinco níveis de prioridade, identificados pelas cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

Vermelho – Emergência

Condição com ameaça imediata à vida ou grave comprometimento de funções vitais. Atendimento imediato, com direcionamento à sala de estabilização.

Laranja – Muito urgente para pacientes com suspeita de AVC e IAM

Condição de elevada gravidade ou risco de deterioração rápida, exigindo avaliação médica prioritária e intervenção em curto intervalo, conforme protocolo.

Amarelo – Urgente

Condição que exige avaliação médica oportuna, com possibilidade de agravamento e necessidade de acompanhamento durante a espera.

Verde – Pouco urgente

Condição de menor gravidade, sem sinais atuais de instabilidade, permitindo atendimento conforme a prioridade clínica estabelecida.

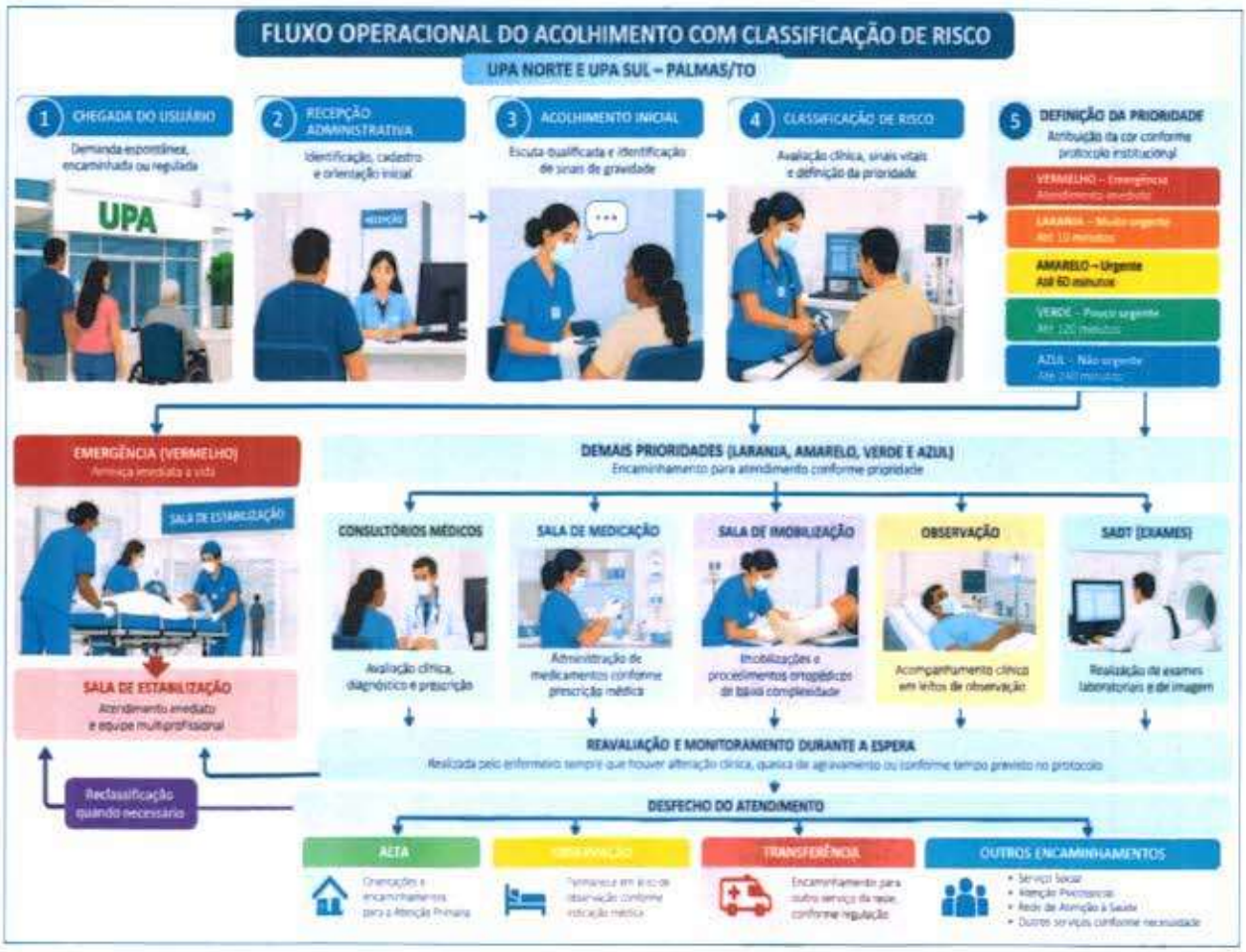
Azul – Não urgente

Condição de baixa complexidade e sem sinais de gravidade, com atendimento e orientação conforme o fluxo institucional.

A atribuição das cores deverá seguir os discriminadores clínicos e os tempos máximos de atendimento estabelecidos no protocolo formalmente adotado. A cor não será definida exclusivamente pelo diagnóstico presumido.

Condições como suspeita de AVC, síndrome coronariana aguda e dor torácica serão avaliadas de acordo com sinais de gravidade, tempo de início dos sintomas e fluxos clínicos específicos, com priorização imediata sempre que indicada.

V.2.5.2.6. Fluxo operacional do acolhimento com classificação de risco



V.2.5.2.7. Monitoramento dos pacientes durante a espera e reclassificação de risco

A classificação de risco será compreendida como processo dinâmico, não se encerrando na avaliação inicial.

Os pacientes que permanecerem aguardando atendimento médico deverão ser acompanhados pela equipe de enfermagem, com atenção às alterações clínicas, queixas de agravamento, manifestações de dor, mudanças comportamentais e outros sinais de deterioração.

A reclassificação será realizada pelo enfermeiro sempre que houver:

- Agravamento da queixa principal.
- Surgimento de novos sinais ou sintomas.
- Alterações relevantes dos sinais vitais.
- Piora da dor ou do desconforto.
- Alterações do nível de consciência.
- Mudanças respiratórias, circulatórias ou neurológicas.
- Ultrapassagem do tempo previsto de espera, conforme critérios de reavaliação do protocolo.
- Solicitação de reavaliação diante de mudança do quadro clínico.

A reclassificação poderá resultar em alteração da prioridade, redirecionamento do paciente ou acionamento imediato da equipe médica.

Todos os registros deverão conter o horário da reavaliação, as alterações identificadas, a prioridade atribuída e as providências adotadas.

V.2.5.2.8. Atendimento humanizado e populações em situação de vulnerabilidade

O acolhimento deverá garantir tratamento digno, respeitoso, equitativo e livre de discriminação, assegurando atendimento compatível com as necessidades individuais.

Serão observadas as particularidades de crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, pacientes com transtornos mentais, pessoas em situação de vulnerabilidade social e usuários com dificuldades de comunicação.

As prioridades legais e as necessidades de acessibilidade serão respeitadas, sem substituir a priorização clínica estabelecida pela classificação de risco.

Pacientes com suspeita de violência, abuso, negligência ou outras situações de vulnerabilidade deverão receber atendimento reservado, com acionamento do Serviço Social e dos demais profissionais necessários, conforme protocolos institucionais e legislação aplicável.

A equipe deverá fornecer informações claras aos usuários e acompanhantes sobre o funcionamento da classificação, a possibilidade de alteração da ordem de atendimento e a necessidade de comunicar imediatamente qualquer agravamento clínico.

V.2.5.2.9. Integração da classificação de risco com os demais setores

A classificação de risco deverá funcionar de maneira articulada com toda a estrutura assistencial.

Setor	Forma de integração
Recepção	Identificação do usuário e encaminhamento para acolhimento
Consultórios médicos	Encaminhamento conforme prioridade clínica
Sala de medicação	Direcionamento após avaliação e prescrição
Sala de imobilização	Encaminhamento conforme avaliação e indicação médica
Observação	Encaminhamento após indicação médica e necessidade de acompanhamento
Estabilização	Encaminhamento imediato de pacientes críticos
SADT	Integração para realização de exames e comunicação de resultados críticos
Serviço Social	Atendimento de demandas sociais e situações de vulnerabilidade
Regulação	Articulação para transferências e continuidade do cuidado

A comunicação entre os setores será realizada por meio do prontuário eletrônico, contato direto entre profissionais e instrumentos institucionais de passagem de informações.

V.2.5.2.10. Responsabilidades do enfermeiro classificador

Compete ao enfermeiro responsável pela classificação de risco:

1. Realizar acolhimento e escuta qualificada.
2. Avaliar a condição clínica do usuário.
3. Aplicar corretamente o protocolo de classificação de risco.

4. Identificar sinais de gravidade e fatores de vulnerabilidade.
5. Definir e registrar a prioridade assistencial.
6. Encaminhar o paciente para o setor apropriado.
7. Acionar imediatamente a equipe médica diante de emergências.
8. Realizar reclassificação quando indicada.
9. Registrar integralmente as avaliações e condutas.
10. Orientar pacientes e acompanhantes quanto aos fluxos assistenciais.
11. Comunicar intercorrências à Coordenação de Enfermagem.
12. Participar de treinamentos, auditorias e ações de melhoria do processo.

A Supervisão de Enfermagem será responsável pela supervisão do processo, avaliação dos registros, organização das escalas e identificação de necessidades de capacitação.

V.2.5.2.11. Monitoramento e indicadores de qualidade

A efetividade do acolhimento com classificação de risco será avaliada sistematicamente mediante indicadores assistenciais e operacionais.

Indicador	Método de acompanhamento	Periodicidade
Tempo entre chegada e classificação	Diferença entre horário de chegada e início da classificação	Mensal
Tempo entre classificação e atendimento médico	Intervalo por nível de prioridade	Mensal
Cumprimento dos tempos previstos por cor	Atendimentos dentro do prazo / total por prioridade × 100	Mensal
Reclassificações realizadas	Número e motivos das reclassificações	Mensal
Eventos adversos durante a espera	Registro e análise dos incidentes	Contínuo, com consolidação mensal
Cobertura do posto de classificação	Verificação das escalas e substituições	Diária
Completude dos registros	Auditoria de prontuários e fichas de classificação	Mensal
Capacitação dos enfermeiros classificadores	Controle de treinamentos e avaliações de competência	Conforme plano anual

Os resultados serão avaliados pela Supervisão de Enfermagem, RT Médica e Núcleo de Segurança do Paciente, conforme suas competências, com elaboração de planos de melhoria sempre que identificadas não conformidades.

V.2.5.2.12. Educação permanente e avaliação de competências

O ISSSL promoverá ações de educação permanente destinadas aos profissionais envolvidos no acolhimento e na classificação de risco.

As capacitações contemplarão aplicação do protocolo institucional, identificação precoce de emergências, avaliação de sinais vitais, reconhecimento de deterioração clínica, comunicação efetiva, segurança do paciente, humanização e registro assistencial.

Serão realizados treinamentos admissionais, atualizações periódicas, discussões de casos e avaliações de desempenho, com documentação da participação e das competências desenvolvidas.

A revisão do processo de classificação ocorrerá periodicamente e sempre que houver atualização de protocolos, identificação de eventos adversos relevantes ou necessidade de adequação aos fluxos da Rede de Atenção à Saúde.

V.2.5.2.13. Compromisso institucional

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL compromete-se a assegurar a implantação e manutenção do acolhimento com classificação de risco nas UPAs Norte e Sul, com cobertura assistencial contínua, profissionais habilitados, infraestrutura adequada, protocolos padronizados e mecanismos permanentes de supervisão e avaliação.

A organização proposta busca assegurar que os usuários sejam atendidos de acordo com a gravidade clínica, com redução dos riscos decorrentes da espera, identificação precoce de a classificação de risco será realizada por enfermeiro habilitado e capacitado no protocolo institucional, em posto de trabalho específico, assegurando privacidade, avaliação clínica e registro das informações.

A classificação adotará cinco níveis de prioridade — vermelho, laranja, amarelo, verde e azul — conforme o protocolo institucional aprovado e os tempos de atendimento nele definidos.
A avaliação contemplará a queixa principal, sinais vitais pertinentes, sinais de gravidade, fatores de risco e necessidade de intervenção imediata.

Pacientes com instabilidade clínica ou ameaça imediata à vida serão encaminhados diretamente à sala de estabilização, independentemente da conclusão das rotinas administrativas.

Todos os procedimentos serão registrados no prontuário eletrônico, incluindo horário de chegada, classificação atribuída, avaliações, reclassificações e encaminhamentos.

V.2.5.3 Organização e funcionamento dos consultórios médicos

V.2.5.3.1 Organização geral dos consultórios médicos

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL estabelecerá, nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul do Município de Palmas/TO, um modelo de organização e funcionamento dos consultórios médicos fundamentado na assistência integral, contínua, humanizada e resolutiva, assegurando atendimento às demandas de urgência e emergência, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e as disposições do Termo de Referência.

Os consultórios médicos constituirão ambientes assistenciais destinados à avaliação clínica, investigação diagnóstica, definição de condutas terapêuticas, realização de reavaliações e encaminhamento dos usuários aos demais setores da unidade ou à Rede de Atenção à Saúde, quando necessário.

O funcionamento ocorrerá de forma ininterrupta, durante 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, mediante organização dos postos médicos por turno, conforme a cobertura mínima estabelecida no Quadro 6 do Capítulo 7 do Termo de Referência.

A assistência será organizada de maneira integrada ao acolhimento com classificação de risco, assegurando que a prioridade de atendimento seja determinada pela gravidade clínica, pelo potencial de agravamento e pela necessidade de intervenção, não exclusivamente pela ordem de chegada.

A distribuição dos médicos considerará o número de profissionais disponíveis por turno, a demanda assistencial, o perfil epidemiológico dos usuários, a complexidade dos atendimentos e a necessidade de manutenção da cobertura das áreas críticas e de observação.

V.2.5.3.2. Estrutura e organização dos ambientes de atendimento

Os consultórios serão organizados conforme a estrutura física disponível em cada unidade, garantindo condições adequadas de acessibilidade, privacidade, segurança, conforto e funcionalidade.

Cada ambiente deverá contar com mobiliário clínico, equipamentos para avaliação física, recursos de informática e materiais necessários à realização dos atendimentos, observando as normas sanitárias e os protocolos institucionais.

A organização dos consultórios contemplará a assistência clínica geral, pediátrica e ortopédica, em conformidade com a cobertura profissional estabelecida no Termo de Referência.

Consultórios de clínica médica

Os consultórios de clínica médica serão destinados ao atendimento de pacientes adultos e demais usuários conforme o perfil assistencial e as competências dos profissionais, abrangendo condições agudas, agudizações de doenças crônicas e outras situações que demandem avaliação médica de urgência.

As atividades compreenderão anamnese, exame físico, avaliação dos sinais vitais, formulação de hipóteses diagnósticas, solicitação de exames, prescrição terapêutica, realização de procedimentos compatíveis com a capacidade instalada e definição do desfecho assistencial.

Os médicos clínicos também atuarão nas áreas críticas e de observação, conforme a distribuição estabelecida pela Coordenação Médica, garantindo assistência aos pacientes que necessitem de monitoramento, reavaliação ou intervenção imediata.

Consultório de pediatria

O atendimento pediátrico será destinado à avaliação e ao tratamento de crianças e adolescentes, respeitando as especificidades clínicas, fisiológicas e assistenciais dessa população.

O atendimento contemplará avaliação clínica, identificação de sinais de gravidade, investigação diagnóstica, prescrição terapêutica, orientação aos responsáveis e definição da necessidade de observação, estabilização ou transferência.

Os pacientes pediátricos serão encaminhados conforme a classificação de risco, sendo priorizados aqueles que apresentarem sinais de deterioração clínica ou condições potencialmente graves.

A assistência pediátrica será articulada à equipe de enfermagem, à sala de medicação, à observação pediátrica — com 9 leitos na UPA Norte e 8 leitos na UPA Sul — e à sala de estabilização.

Consultório de ortopedia e traumatologia

O atendimento ortopédico será destinado à avaliação de pacientes com lesões musculoesqueléticas, traumas, suspeitas de fraturas, luxações, entorses e outras condições relacionadas ao sistema osteoarticular.

As atividades compreenderão avaliação clínica, exame físico direcionado, solicitação e interpretação de exames disponíveis, definição da conduta terapêutica, indicação de imobilizações e encaminhamento para procedimentos ou serviços de referência.

Os pacientes com traumas graves ou instabilidade clínica serão encaminhados prioritariamente à sala de estabilização, com atuação integrada entre o médico responsável pelo atendimento emergencial e os demais profissionais necessários.

A cobertura ortopédica será mantida nos turnos diurno e noturno, conforme o Quadro 6 do Termo de Referência.

V.2.5.3.3. Distribuição dos profissionais médicos por turno

A organização da cobertura médica observará os quantitativos mínimos estabelecidos no Quadro 6 do Capítulo 7 do Termo de Referência, para a UPA Norte e a UPA Sul.

Categoria médica	Turno diurno 07h–19h	Turno noturno 19h–07h	Postos cobertos nas 24 horas
Médico clínico – primeiro atendimento, áreas críticas e observação	9	7	16
Médico pediatra	1	1	2
Médico ortopedista	1	1	2
Médico ultrassonografista	1	—	6h
Total	12	9	21

Os postos médicos correspondem a plantões de 12 horas, exceto o posto de ultrassonografia, cuja cobertura corresponde a seis horas no período diurno.

O serviço de ultrassonografia será prestado de forma presencial, diariamente, sete dias por semana, não sendo admitidos o regime de sobreaviso nem a emissão de laudos exclusivamente remotos em substituição à presença do profissional. A carga horária adotada nesta proposta é a do Quadro 6: plantão de 6 horas no período da manhã, das 07h às 13h, em cada unidade. Fora dessa janela, os casos de urgência que necessitarem do exame e não puderem aguardar serão estabilizados, com acionamento da equipe de regulação para encaminhamento ao serviço de referência.

Os médicos clínicos são distribuídos entre primeiro atendimento, áreas críticas e observação conforme o quadro a seguir, idêntico nas duas unidades. Em contingência, a Coordenação Médica poderá remanejar profissionais, sem reduzir a cobertura da sala vermelha/estabilização e da observação.

Distribuição dos médicos clínicos por atividade e turno — UPA Norte e UPA Sul

Atividade	Turno diurno 07h–19h	Turno noturno 19h–07h	Postos cobertos nas 24 horas
Primeiro atendimento nos consultórios	5	3	8
Observação adulta, inclusive isolamento	2	2	4
Sala vermelha / estabilização	1	1	2
Reavaliações e intercorrências (cobertura móvel)	1	1	2
Total de médicos clínicos	9	7	16

O médico pediatra (1 por turno) atende no consultório de pediatria e responde pela observação pediátrica. O médico ortopedista (1 por turno) atende no consultório de ortopedia e na sala de imobilização. Quando o número de médicos em primeiro atendimento for maior que o de consultórios disponíveis no turno, a Coordenação Médica organizará o revezamento das salas, sem interromper o atendimento.

A cobertura médica prevista não deverá ser interpretada como número de consultórios físicos, uma vez que parte dos profissionais clínicos atuará em outros ambientes assistenciais.

V.2.5.3.4. Articulação dos consultórios com o acolhimento e a classificação de risco

A organização dos atendimentos médicos será diretamente vinculada ao sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), adotado nas UPAs Norte e Sul.

Após a avaliação pelo enfermeiro classificador, os usuários serão encaminhados conforme a prioridade clínica estabelecida, respeitando os cinco níveis de classificação de risco: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

Os pacientes classificados como emergência serão encaminhados imediatamente à sala de estabilização, sem necessidade de aguardar atendimento em consultório convencional.

Os demais pacientes serão direcionados aos consultórios ou ambientes assistenciais apropriados, observando a prioridade clínica, a especialidade necessária e os tempos de atendimento previstos no protocolo institucional.

O médico responsável terá acesso às informações registradas pelo enfermeiro, incluindo queixa principal, sinais vitais, fatores de risco, prioridade atribuída e horário da classificação.

Durante a espera, os usuários permanecerão sujeitos à reavaliação e reclassificação pela enfermagem sempre que houver alteração do quadro clínico.

V.2.5.4.1 Critérios de priorização

A organização da fila assistencial considerará a classificação de risco, o tempo de espera, as condições clínicas e a necessidade de intervenções oportunas.

As prioridades legais serão observadas, respeitada a precedência da gravidade clínica.

A Coordenação Médica e a Supervisão de Enfermagem acompanharão os tempos de espera e a movimentação dos pacientes, adotando medidas de reorganização dos atendimentos diante de situações de aumento da demanda.

V.2.5.3.5. Rotinas operacionais dos consultórios médicos

O funcionamento dos consultórios será orientado por rotinas padronizadas, visando assegurar segurança assistencial, continuidade do cuidado e rastreabilidade das condutas.

Etapa	Procedimento	Responsável
1. Recebimento	Acesso aos dados da classificação de risco	Médico
2. Identificação	Conferência da identificação do paciente	Médico
3. Avaliação clínica	Anamnese, exame físico e avaliação dos sinais vitais	Médico
4. Investigação diagnóstica	Solicitação de exames e avaliação dos resultados	Médico
5. Definição terapêutica	Prescrição de medicamentos e procedimentos	Médico
6. Encaminhamento	Direcionamento à medicação, imobilização, observação ou estabilização	Médico e equipe de enfermagem
7. Reavaliação	Avaliação da resposta ao tratamento e da evolução clínica	Médico
8. Desfecho	Alta, continuidade assistencial ou transferência regulada	Médico
9. Registro	Documentação integral das condutas no prontuário	Médico

A assistência deverá assegurar que as prescrições, solicitações de exames, procedimentos e encaminhamentos sejam realizados de forma clara, legível e rastreável.

V.2.5.3.6. Integração dos consultórios com as demais áreas assistenciais

Os consultórios médicos atuarão de maneira integrada aos demais setores das UPAs, garantindo continuidade e segurança no percurso assistencial.

Setor	Integração operacional
Classificação de risco	Recebimento dos pacientes conforme prioridade
Sala de medicação	Encaminhamento para administração de medicamentos e terapias prescritas
Sala de imobilização	Encaminhamento para procedimentos ortopédicos indicados
Observação	Acompanhamento e reavaliação de pacientes que necessitem de permanência temporária
Estabilização	Atendimento imediato de pacientes graves ou com deterioração clínica
SADT	Solicitação e avaliação de exames laboratoriais e de imagem
Farmácia	Disponibilização de medicamentos e suporte à prescrição segura
Serviço Social	Articulação para demandas sociais e familiares
Regulação	Encaminhamento para serviços de maior complexidade
Coordenação Assistencial	Supervisão dos fluxos, escalas e indicadores

A comunicação entre as equipes deverá ocorrer por meio do prontuário eletrônico e de mecanismos institucionais de comunicação efetiva.

V.2.5.3.7. Organização das reavaliações médicas

Os pacientes que necessitarem de continuidade assistencial serão submetidos à reavaliação médica conforme a evolução clínica, os resultados de exames, a resposta terapêutica e os protocolos institucionais.

A reavaliação deverá contemplar a análise dos sinais vitais, evolução dos sintomas, resposta aos medicamentos, resultados de exames e identificação de possíveis complicações.

O médico responsável definirá a necessidade de manutenção em observação, realização de novos procedimentos, alteração da terapêutica, alta ou transferência.

Os pacientes em observação deverão receber acompanhamento médico contínuo, com reavaliações compatíveis com sua condição clínica e registro das condutas no prontuário.

V.2.5.3.8. Gestão dos fluxos e organização da demanda

A Coordenação Médica será responsável pela organização da distribuição dos profissionais e pela supervisão dos atendimentos, assegurando compatibilidade entre a demanda assistencial e a cobertura médica contratada.

Em situações de aumento expressivo da demanda, poderão ser adotadas medidas de reorganização operacional, incluindo redistribuição de atendimentos entre os postos clínicos, priorização de casos de maior gravidade e intensificação da comunicação com a classificação de risco.

Essas medidas deverão preservar a assistência aos pacientes críticos, a cobertura das áreas de observação e o atendimento das especialidades previstas no Termo de Referência.
A organização operacional não poderá resultar em redução dos postos mínimos contratados.

V.2.5.3.9. Passagem de plantão e continuidade assistencial

A passagem de plantão será realizada de maneira estruturada, garantindo a transmissão das informações relevantes entre os médicos responsáveis.

Deverão ser comunicados os pacientes em observação, os casos de maior gravidade, as pendências diagnósticas, os resultados críticos, as terapias em andamento e as transferências solicitadas.

A passagem de informações deverá ser registrada nos instrumentos institucionais, assegurando continuidade das condutas e prevenção de falhas de comunicação.

V.2.5.3.10. Supervisão e responsabilidades da Coordenação Médica

Compete à Coordenação Médica:

1. Elaborar e supervisionar as escalas médicas.
2. Garantir a cobertura dos postos previstos no Termo de Referência.

3. Organizar a distribuição dos médicos entre consultórios, áreas críticas e observação.
4. Acompanhar os tempos de espera e a produtividade assistencial.
5. Supervisionar o cumprimento dos protocolos clínicos.
6. Avaliar intercorrências e necessidades de reorganização dos atendimentos.
7. Assegurar a continuidade da assistência durante as trocas de plantão.
8. Promover integração entre os profissionais médicos e a equipe multiprofissional.
9. Participar da análise de indicadores e eventos adversos.
10. Propor ações de educação permanente e melhoria da qualidade assistencial.

V.2.5.3.11. Indicadores de monitoramento

Indicador	Objetivo	Periodicidade
Tempo entre classificação e atendimento médico	Avaliar a oportunidade do atendimento	Mensal
Percentual de atendimentos dentro do tempo previsto por prioridade	Monitorar o cumprimento do protocolo	Mensal
Número de atendimentos por especialidade e turno	Avaliar a distribuição da demanda	Mensal
Cobertura dos postos médicos	Verificar o cumprimento das escalas	Diária, com consolidação mensal
Tempo de permanência em observação	Avaliar a continuidade e resolutividade	Mensal
Taxa de retorno não programado	Identificar oportunidades de melhoria	Mensal
Completude dos registros médicos	Monitorar a qualidade documental	Mensal
Eventos adversos relacionados à assistência médica	Fortalecer a segurança do paciente	Contínua, com análise periódica

V.2.5.3.12. Compromisso institucional

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL compromete-se a manter a organização e o funcionamento dos consultórios médicos das UPAs Norte e Sul de Palmas/TO, assegurando cobertura assistencial ininterrupta, distribuição adequada dos profissionais, integração com a classificação de risco, cumprimento dos protocolos clínicos e monitoramento sistemático dos resultados assistenciais.

O modelo proposto visa garantir atendimento oportuno, seguro e humanizado, favorecendo a resolutividade das unidades, a continuidade do cuidado e a adequada articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde.

V.2.5.4. Funcionamento da sala de medicação e da sala de imobilização

V.2.5.4.1. Apresentação e organização geral

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL apresenta a proposta de organização e funcionamento da Sala de Medicação e da Sala de Imobilização das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul do Município de Palmas/TO,

A organização desses ambientes assistenciais será fundamentada na assistência integral, humanizada, segura e resolutiva, assegurando a execução de procedimentos terapêuticos e intervenções compatíveis com o perfil de urgência e emergência das unidades, a capacidade instalada e as atribuições legais das categorias profissionais envolvidas.

A Sala de Medicação será destinada à administração de medicamentos, execução de terapias prescritas, realização de procedimentos de enfermagem e acompanhamento da resposta clínica dos pacientes.

A Sala de Imobilização será destinada à execução de procedimentos de imobilização ortopédica, contenção terapêutica de segmentos corporais lesionados e atendimento de pacientes com alterações traumáticas ou musculoesqueléticas, mediante indicação médica.

Ambos os ambientes funcionarão de forma integrada aos consultórios médicos, acolhimento com classificação de risco, áreas de observação, sala de estabilização, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), farmácia e demais setores assistenciais.

O modelo operacional contemplará definição de responsabilidades, cobertura assistencial, organização dos ambientes, fluxos de atendimento, rotinas padronizadas, medidas de segurança, gerenciamento de materiais, registros e indicadores de desempenho.

V.2.5.4.1.2. Organização e funcionamento da sala de medicação

Finalidade e objetivos

A Sala de Medicação constituirá ambiente assistencial destinado à execução das terapias medicamentosas prescritas, à realização de procedimentos de enfermagem e ao acompanhamento temporário dos usuários durante a administração de medicamentos e avaliação da resposta terapêutica.

Sua finalidade será assegurar a administração segura, oportuna e eficaz dos medicamentos, contribuindo para a estabilização clínica, o alívio dos sintomas, a prevenção de complicações e a resolutividade dos atendimentos.

Constituem objetivos específicos:

- - Garantir a administração de medicamentos conforme prescrição médica e protocolos institucionais.
- - Promover a identificação segura dos pacientes e prevenir erros de medicação.
- - Assegurar condições adequadas de preparo, administração e monitoramento das terapias.
- - Identificar precocemente reações adversas e intercorrências.
- - Manter a continuidade do cuidado por meio de registros assistenciais completos.
- - Organizar o fluxo de entrada, permanência e saída dos pacientes.
- - Integrar a assistência de enfermagem às condutas médicas e à assistência farmacêutica.
- - Promover o uso racional de medicamentos e materiais.
- - Garantir o cumprimento das medidas de prevenção e controle de infecções.

Estrutura física e organização do ambiente

A Sala de Medicação será organizada de acordo com a estrutura física disponível em cada UPA, observando os requisitos sanitários aplicáveis, as normas de segurança e os princípios de acessibilidade e funcionalidade.

A disposição do ambiente deverá favorecer a circulação dos profissionais, a identificação dos pacientes, a administração das terapias e a supervisão de enfermagem.

Recursos estruturais e materiais

Componente	Organização e finalidade
Poltronas ou posições assistenciais	Acomodação dos pacientes durante a administração das terapias
Bancada de preparo	Preparo seguro dos medicamentos, em área apropriada
Pia e recursos para higiene das mãos	Prevenção de infecções
Computador ou terminal de acesso	Consulta às prescrições e registro no prontuário
Armários e mobiliário	Organização dos materiais e insumos
Suportes para soluções intravenosas	Administração de terapias infusionais
Equipamentos para avaliação clínica	Verificação de sinais vitais e monitoramento quando indicado
Materiais para acesso venoso	Execução de procedimentos prescritos
Coletores de resíduos	Segregação e descarte conforme o PGRSS
Recursos de comunicação	Acionamento da equipe médica diante de intercorrências

A área de preparo dos medicamentos deverá permanecer organizada, com superfícies higienizáveis, iluminação adequada e medidas para reduzir interrupções e distrações durante as etapas críticas.

Os medicamentos que necessitem de condições especiais de armazenamento serão mantidos sob controle da assistência farmacêutica, observadas as recomendações dos fabricantes e as normas sanitárias.

V.2.5.4.1.2.1 Funcionamento e cobertura horária

A Sala de Medicação funcionará durante 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, garantindo continuidade à execução das terapias prescritas.

A assistência será prestada por enfermeiros e técnicos de enfermagem, observadas suas atribuições legais, sob supervisão do enfermeiro responsável.

A distribuição dos profissionais será realizada pela Coordenação de Enfermagem, considerando a demanda assistencial, a complexidade dos procedimentos, o número de pacientes e os quantitativos mínimos estabelecidos no Quadro 7 do Termo de Referência.

Cobertura total de enfermagem assistencial interna por unidade e turno (Quadro 7) — referência para a Sala de medicação

Categoria	UPA Norte diurno	UPA Norte noturno	UPA Sul diurno	UPA Sul noturno
Enfermeiro assistencial	9	8	10	8
Técnico de enfermagem – assistência interna	18	15	20	17

Os quantitativos acima correspondem ao total de profissionais de enfermagem assistencial interna de cada UPA por turno, conforme o Quadro 7 do Termo de Referência, e abrangem todos os setores assistenciais da unidade, não representando equipe exclusiva da Sala de Medicação. A parcela alocada à Sala de Medicação integra esse total, sem duplicação de postos entre setores.

V.2.5.4.1.3 Responsabilidades dos profissionais

Enfermeiro

Compete ao enfermeiro responsável pela Sala de Medicação:

1. Supervisionar a organização e o funcionamento do setor.
2. Avaliar as condições clínicas dos pacientes e as necessidades de cuidados de enfermagem.
3. Verificar prescrições e identificar situações que demandem esclarecimento ou intervenção.
4. Supervisionar o preparo e a administração de medicamentos.
5. Realizar os procedimentos privativos do enfermeiro.
6. Identificar riscos relacionados às terapias prescritas.
7. Avaliar e conduzir as intercorrências de enfermagem, acionando o médico quando necessário.
8. Supervisionar os registros assistenciais.
9. Acompanhar a disponibilidade e a utilização de materiais e insumos.
10. Promover o cumprimento dos protocolos de segurança do paciente.
11. Orientar e supervisionar os técnicos de enfermagem.
12. Comunicar incidentes e participar das ações de melhoria da qualidade.

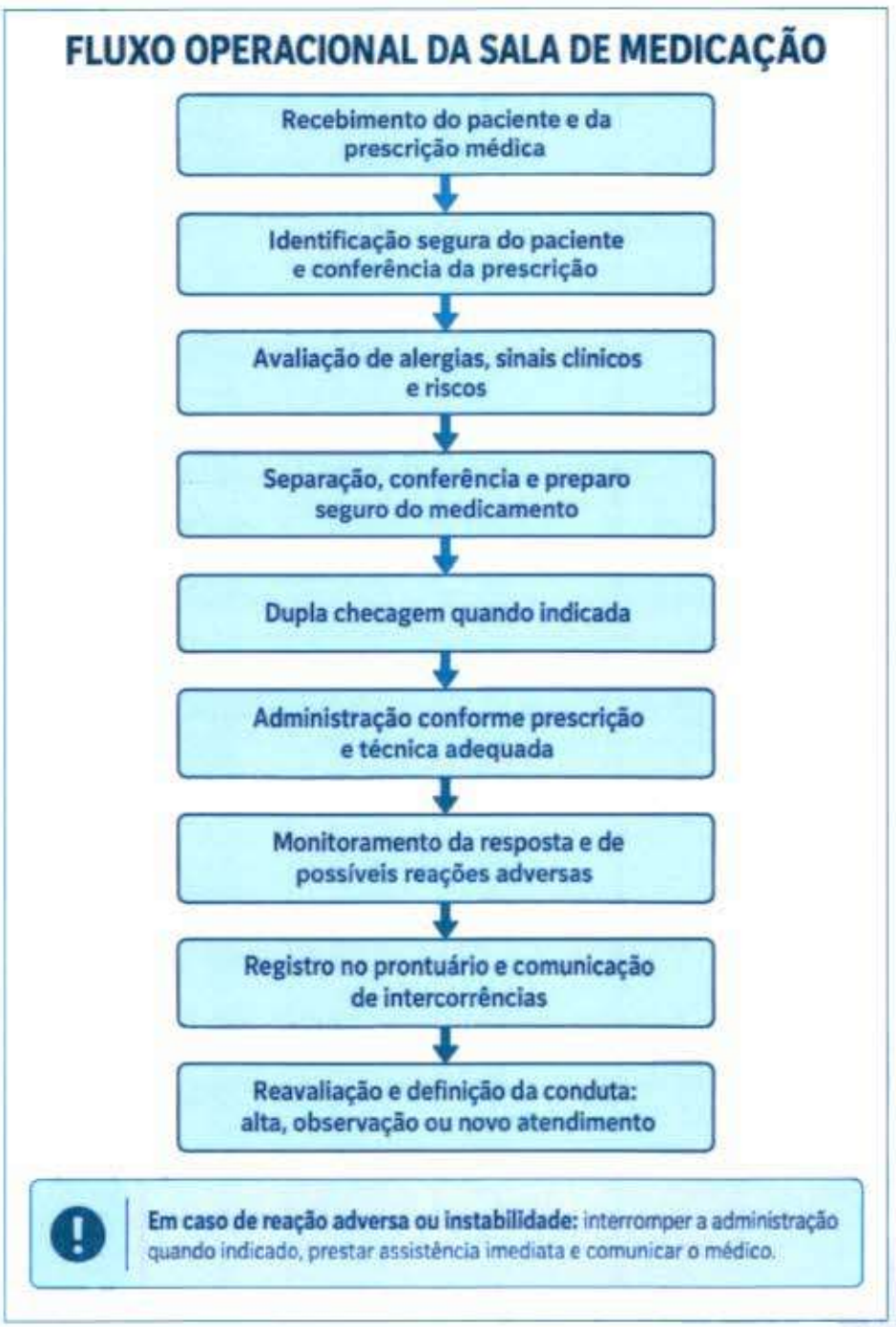
Técnico de enfermagem

Compete ao técnico de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro:

1. Receber e identificar corretamente os pacientes.
2. Conferir a prescrição e os medicamentos antes da administração.
3. Preparar e administrar medicamentos dentro de suas atribuições legais.
4. Realizar procedimentos de enfermagem autorizados e prescritos.
5. Monitorar os pacientes durante as terapias.
6. Comunicar alterações clínicas e reações adversas.
7. Registrar os procedimentos executados.
8. Organizar materiais e equipamentos.
9. Realizar o descarte adequado dos resíduos.
10. Cumprir as normas de biossegurança e prevenção de infecções.

V.2.5.4.1.4 Fluxo operacional da Sala de Medicação

O atendimento será organizado de forma sequencial, garantindo segurança em todas as etapas.



V.2.5.4.1.5 Rotinas de recebimento e identificação do paciente

O paciente será encaminhado à Sala de Medicação após avaliação médica e emissão da prescrição, observando o fluxo assistencial definido.

No recebimento, a equipe de enfermagem deverá confirmar a identificação utilizando, no mínimo, dois identificadores institucionais, verificar a prescrição e identificar eventuais alergias, restrições ou condições clínicas que possam interferir na administração da terapêutica.

A equipe também deverá verificar se o paciente apresenta sinais de instabilidade clínica que demandem atendimento em ambiente de maior complexidade.

A administração de medicamentos não deverá ser iniciada quando houver dúvidas relevantes sobre a prescrição, identificação do paciente ou segurança da terapêutica, até que a situação seja esclarecida, ressalvadas as intervenções emergenciais conduzidas conforme protocolo.

V.2.5.4.1.6 Rotinas de preparo e administração de medicamentos

O preparo será realizado em ambiente apropriado, mediante conferência da prescrição, integridade da embalagem, identificação, validade, dose, diluição, compatibilidade e condições de conservação.

A equipe deverá observar os princípios de segurança na administração de medicamentos, incluindo paciente, medicamento, dose, via, horário, registro e demais verificações previstas no protocolo institucional.

As medicações intravenosas deverão ser administradas conforme as recomendações de diluição, velocidade de infusão, compatibilidade e monitoramento.

Medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão seguir procedimentos específicos de armazenamento, identificação, conferência e administração, incluindo dupla checagem quando prevista no protocolo.

V.2.5.4.1.7 Monitoramento e prevenção de intercorrências

Durante a administração de medicamentos, os pacientes deverão permanecer sob acompanhamento compatível com sua condição clínica e o risco associado à terapêutica.

A equipe observará sinais de reações adversas, hipersensibilidade, alterações hemodinâmicas, manifestações respiratórias, extravasamento de soluções, dor ou outras intercorrências.

Diante de alterações clínicas relevantes, o procedimento será interrompido quando indicado, com avaliação imediata pelo enfermeiro e acionamento da equipe médica.

Pacientes com instabilidade serão encaminhados à sala de estabilização, assegurando continuidade da assistência e comunicação entre as equipes.

V.2.5.4.1.8 Organização e controle de medicamentos e materiais

A Sala de Medicação manterá integração permanente com a farmácia para solicitação, recebimento, reposição e controle dos medicamentos e materiais necessários.

Serão adotadas rotinas de conferência dos estoques, verificação de validade, identificação de itens críticos e comunicação de faltas ou não conformidades.

Os medicamentos sujeitos a controle especial observarão os procedimentos específicos de guarda, movimentação e registro.

O descarte de medicamentos, materiais perfurocortantes e demais resíduos será realizado conforme o PGRSS e as normas sanitárias aplicáveis.

V.2.5.4.1.9 Registros assistenciais

Todos os procedimentos deverão ser documentados no prontuário, contemplando:

- Identificação do paciente.
- Medicamento administrado, dose, via e horário.

- Identificação do profissional responsável.
- Procedimentos realizados.
- Condições clínicas relevantes.
- Intercorrências e condutas adotadas.
- Resposta terapêutica observada.
- Encaminhamento ou desfecho.

A documentação deverá assegurar rastreabilidade, continuidade do cuidado e suporte às atividades de auditoria e segurança do paciente.

V.2.5.4.2. Organização e funcionamento da sala de imobilização

V.2.5.4.2.1 Finalidade e objetivos

A Sala de Imobilização será destinada à execução de procedimentos ortopédicos e traumatológicos compatíveis com a capacidade assistencial das UPAs Norte e Sul, mediante avaliação e indicação médica.

O setor terá como finalidade proporcionar atendimento oportuno aos pacientes com lesões musculoesqueléticas, promovendo estabilização dos segmentos lesionados, alívio da dor, prevenção de agravamentos e condições adequadas para continuidade do tratamento.

Constituem objetivos:

- Garantir a realização segura de imobilizações ortopédicas.
- Prevenir agravamentos de lesões traumáticas.
- Promover o alívio da dor e a proteção dos segmentos afetados.
- Assegurar avaliação neurovascular antes e após os procedimentos.
- Padronizar técnicas, materiais e rotinas assistenciais.
- Integrar o atendimento ortopédico aos serviços de diagnóstico por imagem.
- Orientar os usuários quanto aos cuidados após a imobilização.
- Identificar precocemente complicações e necessidade de encaminhamento especializado.

V.2.5.4.2.2 Estrutura física e organização do ambiente

A Sala de Imobilização será organizada conforme a capacidade física instalada, garantindo condições adequadas para realização dos procedimentos, circulação dos profissionais e acomodação segura dos pacientes.

O ambiente deverá dispor de maca ou mesa apropriada, bancada de apoio, mobiliário para armazenamento de materiais, recursos para higiene das mãos e equipamentos necessários aos procedimentos previstos.

Material ou equipamento	Finalidade
Maca ou mesa de procedimentos	Posicionamento seguro do paciente
Ataduras e materiais de imobilização	Contenção e proteção de segmentos lesionados
Talas e dispositivos ortopédicos	Imobilização provisória ou terapêutica
Materiais para imobilização gessada, quando aplicável	Execução de procedimentos indicados
Tesouras e instrumentos apropriados	Preparação e ajuste de materiais
Materiais de proteção da pele	Prevenção de lesões por pressão ou atrito
Equipamentos de avaliação clínica	Verificação das condições do paciente
Recursos para higienização	Prevenção de infecções
Coletores de resíduos	Descarte seguro dos materiais utilizados

Os materiais deverão permanecer organizados, identificados e disponíveis, com controle de consumo e reposição conforme a demanda.

V.2.5.4.2.3 Funcionamento e cobertura assistencial

A Sala de Imobilização estará integrada ao atendimento de ortopedia e traumatologia, com disponibilidade operacional para os procedimentos de urgência durante as 24 horas.

Conforme o Quadro 6 do Termo de Referência, cada unidade contará com a seguinte cobertura:
Médico ortopedista.

A execução dos procedimentos contará com os profissionais habilitados previstos no quadro assistencial, respeitando suas competências legais e a organização dos postos de trabalho.

O médico ortopedista será responsável pela avaliação especializada, indicação terapêutica e definição da necessidade de imobilização, exames, reavaliação ou transferência.

A equipe de enfermagem prestará assistência conforme suas atribuições, incluindo preparo do paciente, monitoramento, apoio aos procedimentos e orientações assistenciais.

A cobertura médica ortopédica não representa, por si só, a existência de profissional exclusivo para execução de todas as imobilizações; essa atribuição deverá ser definida conforme a habilitação e a composição efetiva da equipe.

V.2.5.4.2.4 Critérios de encaminhamento à Sala de Imobilização

Serão encaminhados os pacientes com indicação médica de procedimentos de imobilização, incluindo:

- Suspeitas ou diagnósticos de fraturas.
- Entorses e lesões ligamentares.
- Luxações após avaliação e conduta médica.
- Lesões musculoesqueléticas traumáticas.
- Necessidade de estabilização provisória de segmentos lesionados.
- Outras condições que demandem imobilização terapêutica.

Pacientes com instabilidade hemodinâmica, trauma grave, comprometimento respiratório ou outras condições de risco imediato deverão receber atendimento prioritário na sala de estabilização.

A necessidade de avaliação por serviço de maior complexidade será definida pelo médico responsável, com encaminhamento conforme os mecanismos de regulação.

V.2.5.4.2.5 Fluxo operacional da Sala de Imobilização



V.2.5.4.2.6 Rotinas de avaliação pré-procedimento

Antes da realização da imobilização, deverá ser confirmada a indicação médica e avaliada a condição clínica do paciente.

A avaliação contemplará a identificação da região afetada, intensidade da dor, presença de edema, alterações da pele, sensibilidade, perfusão periférica e capacidade de movimentação, conforme a condição clínica.

A equipe deverá observar sinais de comprometimento neurovascular, lesões abertas, deformidades importantes e outras situações que exijam avaliação médica imediata.

Os achados relevantes serão comunicados ao médico responsável e registrados no prontuário.

V.2.5.4.2.7 Rotinas de execução da imobilização

A imobilização será realizada por profissional legalmente habilitado, conforme indicação médica e técnica apropriada ao tipo de lesão.

A execução deverá observar o posicionamento adequado do segmento, a proteção das proeminências ósseas, a prevenção de compressões excessivas e a manutenção das condições circulatórias e neurológicas.

A equipe deverá utilizar materiais adequados, verificar a integridade dos dispositivos e assegurar conforto e segurança durante o procedimento.

Quando houver necessidade de procedimentos não disponíveis na unidade, o paciente será encaminhado para serviço de referência, conforme avaliação médica e fluxo regulatório.

V.2.5.4.2.8 Reavaliação após o procedimento

Após a imobilização, deverá ser realizada avaliação das condições do segmento afetado, com atenção à perfusão periférica, sensibilidade, movimentação possível, dor e presença de sinais de compressão.

Alterações relevantes deverão ser comunicadas imediatamente ao médico responsável, para avaliação e adoção das condutas necessárias.

A reavaliação médica definirá a necessidade de exames complementares, ajustes da imobilização, permanência em observação, alta ou transferência.

V.2.5.4.2.9 Orientações ao paciente e acompanhante

Antes da alta, o paciente e seu acompanhante, quando aplicável, receberão orientações claras e acessíveis sobre os cuidados com a imobilização.

As orientações deverão contemplar conservação do dispositivo, proteção contra umidade quando indicada, cuidados com a pele, restrições de movimentação, uso dos medicamentos prescritos e necessidade de acompanhamento.

Serão destacados sinais de alerta que exigem reavaliação imediata, como dor progressiva intensa, alterações de sensibilidade, mudança de coloração, extremidade fria, aumento importante do edema ou dificuldade de movimentação.

As orientações serão registradas no prontuário e poderão ser complementadas por material educativo institucional.

V.2.5.4.2.10 Registros assistenciais

Os procedimentos realizados na Sala de Imobilização deverão ser documentados, contemplando:

- Identificação do paciente.
- Indicação médica.
- Região anatômica e tipo de lesão.
- Procedimento e tipo de imobilização executados.
- Avaliação neurovascular antes e após o procedimento.
- Materiais utilizados, quando pertinente.
- Intercorrências e condutas adotadas.
- Orientações fornecidas.
- Identificação do profissional executante.
- Reavaliação médica e desfecho assistencial.

V.2.5.4.2.11. Integração entre sala de medicação, imobilização e demais setores

A Sala de Medicação e a Sala de Imobilização atuarão de forma integrada aos demais ambientes assistenciais, assegurando continuidade do cuidado e comunicação efetiva entre os profissionais.

Setor	Integração operacional
Acolhimento e classificação de risco	Direcionamento dos pacientes conforme prioridade clínica
Consultórios médicos	Prescrição de terapias e indicação de procedimentos
Sala de medicação	Administração de medicamentos, monitoramento e comunicação de intercorrências
Sala de imobilização	Execução de procedimentos ortopédicos indicados
Observação	Acompanhamento de pacientes que necessitem de permanência temporária
Estabilização	Atendimento de pacientes com agravamento clínico
SADT	Realização de exames necessários à definição das condutas
Farmácia	Fornecimento, controle e reposição de medicamentos
Almoxarifado	Disponibilização de materiais e insumos
CCIH/SCIH	Orientação e monitoramento das medidas de prevenção de infecções
Núcleo de Segurança do Paciente	Análise de incidentes e proposição de melhorias

A comunicação entre os setores será realizada mediante registros no prontuário eletrônico, contato direto entre os profissionais e instrumentos institucionais de transferência de informações.

V.2.5.4.2.12 Segurança do paciente e gerenciamento de riscos

As atividades da Sala de Medicação e da Sala de Imobilização observarão os protocolos institucionais de segurança do paciente, com ênfase na prevenção de incidentes e na identificação precoce de situações de risco.

Na Sala de Medicação, serão priorizadas as medidas de identificação segura, prevenção de erros de prescrição e administração, controle de medicamentos potencialmente perigosos, prevenção de reações adversas e registro das intercorrências.

Na Sala de Imobilização, serão priorizadas as medidas de prevenção de lesões por compressão, avaliação neurovascular, identificação de complicações, utilização de técnicas adequadas e orientação segura dos pacientes.

Os incidentes e quase falhas serão registrados conforme o fluxo institucional e encaminhados ao Núcleo de Segurança do Paciente, para análise e proposição de medidas preventivas e corretivas.

V.2.5.4.2.13 Higienização, biossegurança e gerenciamento de resíduos

Os ambientes deverão cumprir as rotinas institucionais de higienização e desinfecção, observando a classificação de risco das áreas e a frequência definida nos protocolos de limpeza.

Os profissionais deverão adotar medidas de precaução padrão, higienização das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual conforme o procedimento e o risco ocupacional.

Os resíduos serão segregados no local de geração, acondicionados em recipientes apropriados e destinados conforme o PGRSS.

Os materiais perfurocortantes deverão ser descartados imediatamente após o uso em recipientes adequados, sem reencape de agulhas.

A supervisão dessas atividades será realizada em articulação com a Supervisão de Enfermagem, a equipe de higienização e os responsáveis pelo gerenciamento de resíduos.

V.2.5.4.2.14 Monitoramento e indicadores de desempenho

O funcionamento da Sala de Medicação e da Sala de Imobilização será monitorado por indicadores assistenciais e operacionais.

Indicador	Objetivo	Periodicidade
Tempo entre prescrição e administração	Avaliar a oportunidade da terapêutica	Mensal
Incidentes relacionados a medicamentos	Monitorar a segurança da administração	Contínua, com análise mensal
Reações adversas identificadas	Acompanhar eventos relacionados às terapias	Contínua
Completude dos registros de administração	Avaliar a rastreabilidade assistencial	Mensal
Número de procedimentos de imobilização	Monitorar a produção assistencial	Mensal
Intercorrências após imobilização	Identificar complicações e oportunidades de melhoria	Mensal
Disponibilidade de medicamentos e materiais críticos	Avaliar o abastecimento	Monitoramento contínuo
Cobertura dos postos assistenciais	Verificar a adequação das escalas	Diária
Conformidade com protocolos de segurança	Avaliar a qualidade dos processos	Mensal

Os resultados serão analisados pela Supervisão de Enfermagem, Coordenação Médica, assistência farmacêutica e Núcleo de Segurança do Paciente, conforme suas competências.

V.2.5.5 Organização das áreas de observação e estabilização

V.2.5.5.1 Apresentação e organização geral

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL apresenta sua proposta de organização e funcionamento das áreas de observação e estabilização das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul do Município de Palmas/TO, em conformidade com o item V.2.5, alínea "d", do Anexo V do Termo de Referência.

A proposta estabelece um modelo de assistência contínua, integrada, humanizada e resolutiva, destinado ao atendimento de pacientes que necessitem de acompanhamento clínico temporário, monitoramento, intervenções terapêuticas, estabilização de condições críticas e definição de desfecho assistencial.

A organização dessas áreas será fundamentada na capacidade física instalada, no perfil epidemiológico da população, na demanda assistencial, nos protocolos clínicos institucionais e no dimensionamento das equipes estabelecido nos Quadros 6 e 7 do Capítulo 7 do Termo de Referência.

As áreas de observação e estabilização funcionarão de forma ininterrupta, durante 24 horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, assegurando assistência médica e de enfermagem, disponibilidade de recursos essenciais, comunicação efetiva entre os profissionais e integração com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A organização operacional contemplará critérios de admissão, permanência, reavaliação, transferência e desocupação, além de rotinas de segurança do paciente, gestão de leitos, passagem de plantão, controle de materiais, prevenção de infecções e monitoramento dos indicadores assistenciais.

V.2.5.5.2. Organização e funcionamento das áreas de observação

Finalidade e objetivos

As áreas de observação serão destinadas à permanência temporária de pacientes que, após avaliação médica, necessitem de acompanhamento clínico, administração de terapêutica, monitoramento de parâmetros fisiológicos, investigação diagnóstica ou reavaliação antes da definição do desfecho assistencial.

A observação constitui etapa intermediária do atendimento de urgência e emergência, não devendo ser utilizada como substituição permanente da internação hospitalar.

Sua finalidade será assegurar condições adequadas para acompanhamento da evolução clínica, avaliação da resposta ao tratamento e identificação precoce de possíveis complicações.

Constituem objetivos específicos:

- Garantir acompanhamento médico e de enfermagem durante a permanência do paciente.
- Assegurar a execução das prescrições e intervenções terapêuticas.
- Promover monitoramento clínico compatível com a gravidade e o risco de deterioração.
- Favorecer a definição oportuna do diagnóstico e da conduta.
- Identificar precocemente sinais de agravamento.
- Reduzir riscos associados à permanência prolongada.
- Organizar os encaminhamentos para alta ou transferência regulada.
- Assegurar continuidade do cuidado e comunicação efetiva entre as equipes.

V.2.5.5.3 Estrutura física e distribuição dos leitos

As áreas de observação serão organizadas conforme a estrutura física e a capacidade instalada de cada unidade, respeitando a distribuição de leitos ou posições assistenciais estabelecida no Termo de Referência.

A organização considerará as necessidades de atendimento adulto e pediátrico, a privacidade dos usuários, a acessibilidade, a segurança e a disponibilidade de recursos para assistência.
Cada leito ou posição assistencial deverá possuir identificação, condições adequadas de acomodação, acesso aos recursos assistenciais necessários e possibilidade de supervisão pela equipe de enfermagem.

A distribuição física deverá favorecer a circulação dos profissionais, a movimentação segura dos pacientes, a prevenção de quedas, a higienização dos ambientes e o acesso rápido aos equipamentos de emergência.

Matriz de capacidade instalada

Estrutura assistencial	UPA Norte	UPA Sul
Leitos/posições de observação masculina	9	12
Leitos/posições de observação feminina	9	12

Leitos/posições de observação pediátrica	9	8
Sala vermelha/estabilização	6	4
Isolamento	2	2
Total de leitos	35	38
Cobertura assistencial	24 horas	24 horas
Supervisão de enfermagem	Contínua	Contínua
Acompanhamento médico	24 horas	24 horas

V.2.5.5.4 Organização da equipe assistencial

A assistência aos pacientes em observação será prestada por equipe médica e de enfermagem, com apoio dos demais profissionais conforme as necessidades identificadas.

O médico será responsável pela avaliação clínica, prescrição terapêutica, solicitação e interpretação de exames, reavaliação e definição do desfecho assistencial.

O enfermeiro será responsável pela organização e supervisão dos cuidados de enfermagem, avaliação dos pacientes, identificação de riscos, acompanhamento da evolução e coordenação das atividades executadas pela equipe.

Os técnicos de enfermagem executarão os cuidados compatíveis com suas atribuições legais, incluindo monitoramento dos sinais vitais, administração de medicamentos prescritos, cuidados de higiene e conforto, prevenção de lesões e comunicação de intercorrências.

Os profissionais alocados por área e turno nas áreas de observação, isolamento e sala vermelha/estabilização constam dos quadros de enfermagem do item V.2.5.2.3 (Dimensionamento de enfermagem) e do quadro de médicos clínicos do item V.2.5.3.3, sem duplicidade na contabilização dos postos.

V.2.5.5.5 Critérios de ocupação dos leitos de observação

A admissão de pacientes na área de observação ocorrerá mediante avaliação e indicação médica, considerando a condição clínica, a necessidade de acompanhamento temporário e a disponibilidade de recursos assistenciais.

Serão considerados critérios de ocupação:

1. Necessidade de monitoramento clínico e reavaliação periódica.
2. Administração de terapias medicamentosas seriadas.
3. Hidratação venosa e acompanhamento da resposta terapêutica.
4. Investigação diagnóstica que exija permanência temporária.
5. Acompanhamento após procedimentos assistenciais.
6. Observação de pacientes com condições clínicas que possam apresentar evolução ou agravamento.
7. Necessidade de acompanhamento enquanto se define alta ou transferência.
8. Permanência temporária de paciente aguardando transferência regulada, desde que mantidas condições seguras de assistência.

A admissão deverá ser acompanhada de prescrição médica, identificação do paciente, avaliação inicial de enfermagem e registro da condição clínica.

A ocupação dos leitos deverá ser registrada no sistema institucional, permitindo o acompanhamento da capacidade disponível e do tempo de permanência.

V.2.5.5.6 Rotinas assistenciais durante a permanência

Os pacientes em observação serão acompanhados por equipe multiprofissional, com execução das condutas prescritas e avaliação contínua da evolução clínica.

As rotinas compreenderão:

Avaliação inicial: identificação do paciente, verificação dos sinais vitais, avaliação clínica e identificação dos riscos assistenciais.

Execução terapêutica: administração de medicamentos, realização de procedimentos e acompanhamento da resposta ao tratamento.

Monitoramento: avaliação periódica dos parâmetros clínicos, conforme a condição do paciente e os protocolos institucionais.

Reavaliação médica: análise da evolução, resultados de exames e necessidade de alteração da conduta.

Prevenção de eventos adversos: adoção de medidas de prevenção de quedas, lesões por pressão, erros de medicação e infecções relacionadas à assistência.

Registros assistenciais: documentação das avaliações, intervenções, intercorrências e condutas.

Comunicação com familiares: fornecimento de informações conforme as normas institucionais, respeitando o sigilo profissional e a privacidade.

V.2.5.5.7 Critérios de permanência e reavaliação

A permanência na observação será condicionada à necessidade clínica e à avaliação periódica da equipe médica.

A frequência das reavaliações será determinada pela gravidade, estabilidade e evolução do paciente, observando os protocolos institucionais.

Pacientes com sinais de agravamento serão imediatamente avaliados e, quando indicado, encaminhados à sala de estabilização.

A permanência prolongada deverá ser acompanhada pela Coordenação Assistencial, com análise das causas, identificação de pendências e articulação com a regulação para definição do encaminhamento.

V.2.5.5.8 Critérios de desocupação dos leitos

A desocupação ocorrerá mediante avaliação médica e definição do desfecho assistencial.

Critério	Conduta operacional
Melhora ou estabilização clínica	Alta médica com orientações
Necessidade de internação hospitalar	Solicitação e acompanhamento de transferência regulada
Agravamento clínico	Encaminhamento imediato à sala de estabilização
Necessidade de outro serviço especializado	Encaminhamento conforme regulação
Conclusão da investigação e tratamento	Definição de alta ou continuidade assistencial
Óbito	Cumprimento das rotinas institucionais e legais

Após a desocupação, o leito deverá passar por higienização e preparação, conforme o protocolo institucional, antes de nova utilização.

V.2.5.5.9 Gestão dos leitos de observação

A gestão dos leitos será realizada de forma integrada entre Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem e profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes.

Serão monitorados a ocupação, disponibilidade, tempo de permanência, pacientes aguardando transferência e condições que possam comprometer a rotatividade.

A equipe deverá manter informações atualizadas sobre os leitos ocupados, disponíveis, temporariamente indisponíveis e em processo de higienização.

As situações de ocupação elevada serão comunicadas à Coordenação Assistencial, para adoção de medidas de contingência e articulação com a Rede de Atenção à Saúde.