

VOLUME 01

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



1. Apresentação do Instituto Social de Saúde São Lucas - ISSSL

APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO SOCIAL DE SAÚDE SÃO LUCAS – ISSSL

Experiência institucional, capacidade técnico-operacional e pertinência para a gestão das UPAs Norte e Sul de Palmas/TO

Chamamento Público nº 001/2026 | Secretaria Municipal da Saúde de Palmas/TO

1.1. Síntese executiva

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL é entidade privada sem fins lucrativos, com trajetória institucional iniciada em 1993 e atuação na gestão e execução de serviços públicos de saúde, em cooperação com diferentes entes da Administração Pública e no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Sua experiência abrange unidades de pronto atendimento e pronto-socorros 24 horas, hospitais e maternidades, serviços de atenção primária, atenção psicossocial, apoio diagnóstico e estabelecimentos ambulatoriais especializados.

A experiência acumulada em serviços de urgência e emergência, especialmente em estruturas de funcionamento ininterrupto, constitui o eixo de maior aderência ao objeto do Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO, que contempla a gestão, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde das UPAs Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar.

O modelo institucional reúne três competências integradas: experiência operacional em serviços assistenciais de diferentes níveis de complexidade; governança clínica e gestão da qualidade; e suporte corporativo nas áreas de pessoas, suprimentos, tecnologia, finanças, manutenção, jurídico e prestação de contas. Essas dimensões são mobilizadas de forma coordenada para sustentar as equipes locais e a continuidade dos serviços.

1.2. Experiência diretamente relacionada à urgência e emergência

A execução de serviços de porta aberta exige capacidade de resposta à demanda espontânea, organização de escalas, acolhimento e classificação de risco, atendimento médico e de enfermagem, suporte diagnóstico, estabilização, observação clínica e articulação com os fluxos de regulação e transferência. O histórico institucional do ISSSL compreende experiências correspondentes a essas características, conforme quadro sintético a seguir.

Município / serviço	Escopo de experiência	Pertinência para Palmas
Sumaré/SP – rede municipal de saúde	UPAs, prontos atendimentos, SAMU e outros pontos da rede pública municipal.	Gestão simultânea de unidades de urgência e articulação de serviços em rede.
Peixoto de Azevedo/MT – UPA 24h Charles Frederico Fumieri e PA União do Norte	Urgência e emergência de demanda espontânea e integração com retaguarda diagnóstica e hospitalar.	Funcionamento ininterrupto, fluxos de encaminhamento e cobertura territorial.
Poconé/MT – PA Jaime Veríssimo de Campos Júnior	Pronto atendimento, assistência clínica, estabilização e apoio diagnóstico.	Organização do acolhimento, escalas e tempo de resposta.
São Lourenço da Serra/SP – PA 24h	Pronto atendimento e integração com unidades da atenção básica.	Classificação de risco, articulação assistencial e continuidade do cuidado.
São José do Rio Claro/MT – hospital e PA municipal	Atendimento a urgências associado a serviços hospitalares.	Fluxos assistenciais entre pronto atendimento, observação e internação.
Campo Verde/MT – Hospital e Maternidade Coração de Jesus	Urgência, maternidade, cirurgia, terapia intensiva e apoio diagnóstico.	Apoio aos processos de estabilização, segurança e transferência.
Juína/MT – Hospital Municipal Dr. Hideo Sakuno	Operação hospitalar contínua e assistência clínica e cirúrgica.	Integração de áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

1.3. Experiência de maior aderência: rede municipal de Sumaré/SP

A atuação do ISSSL na rede pública de saúde de Sumaré/SP, iniciada em agosto de 2023, é uma referência relevante para o objeto. A operação descrita compreende diferentes serviços de urgência e emergência, unidades de pronto atendimento, atendimento pré-hospitalar móvel, serviços ambulatoriais e pontos assistenciais de uma rede municipal integrada.

Essa experiência envolve a necessidade de compatibilizar escalas e composição de equipes com demandas assistenciais distintas, manter serviços essenciais ininterruptos, organizar protocolos clínicos e fluxos administrativos, assegurar suprimentos, suporte aos sistemas de informação e acompanhamento de indicadores assistenciais.

Para as UPAs Norte e Sul, a aplicação desse repertório compreende a atuação integrada da gestão local com os núcleos corporativos, o monitoramento contínuo da produção assistencial, o tratamento tempestivo de descontinuidades e a interlocução com a gestão municipal.

1.4. Outras experiências em unidades 24 horas e retaguarda hospitalar

A experiência em Peixoto de Azevedo/MT, com a UPA 24 horas Charles Frederico Fumieri e o Pronto Atendimento União do Norte, demonstra familiaridade com os desafios de unidades abertas à população, com exigência de acolhimento, atendimento a situações agudas e articulação territorial com serviços de maior complexidade.

No Pronto Atendimento de Poconé/MT e no serviço de São Lourenço da Serra/SP e Pedro de Toledo/SP, o histórico institucional contempla o atendimento espontâneo, a assistência médica e de enfermagem, os procedimentos de estabilização, o suporte diagnóstico e os encaminhamentos regulados.

A experiência complementar em hospitais de Campo Verde, Juína, Juscimeira, Pontes e Lacerda e São José do Rio Claro, no Mato Grosso, e em Frutal, Minas Gerais, reforça o conhecimento institucional sobre processos de internação, centro cirúrgico, terapia intensiva, maternidade, exames, transporte e transferência de pacientes, de acordo com os perfis e escopos efetivamente contratados em cada estabelecimento.

1.5. Portfólio institucional e diversidade de serviços

O portfólio do ISSSL contempla experiências históricas e serviços de diferentes perfis assistenciais:

Estado / município	Serviços e experiências registrados
MT – Arenápolis	Hospital Médio Norte; projeto comunitário Espaço Vida & Saúde.
MT – Aripuanã	Hospital Municipal Santo Antônio.
MT – Campo Novo do Parecis	Hospital e Maternidade Euclides Horst; CAPS I.
MT – Campo Verde	Hospital e Maternidade Coração de Jesus; Casa Azul TEAcolhe.
MT – Guarantã do Norte	Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Rosário.
MT – Juína	Hospital Municipal Dr. Hideo Sakuno.
MT – Juscimeira	Hospital Municipal de Juscimeira.
MT – Peixoto de Azevedo	UPA 24h, PA União do Norte e experiência hospitalar regional.
MT – Poconé	Pronto Atendimento Jaime Veríssimo de Campos Júnior.
MT – Pontes e Lacerda	Hospital e Maternidade Vale do Guaporé.
MT – São José do Rio Claro	Hospital municipal e pronto atendimento.
SP – Sumaré	Rede municipal integrada: urgência e emergência, atenção básica, SAMU e serviços especializados; Casa do Autista.
SP – São Lourenço da Serra	Pronto atendimento 24 horas, atenção básica e serviços de apoio.
SP – Pedro de Toledo	Unidade Mista de Saúde, pronto-socorro e serviços de apoio à rede municipal.
MG – Frutal	Hospital e Maternidade Municipal Frei Gabriel.
MG – Jacutinga	Pronto atendimento municipal, especialidades e CAPS.

1.6. Experiência em atenção ambulatorial especializada

A capacidade técnico-operacional institucional inclui serviços ambulatoriais programados e multiprofissionais, como complemento à experiência em unidades de urgência e hospitais. Essa atuação exige organização de agendas, regulação, planos terapêuticos, protocolos, registro da produção e articulação interdisciplinar.

Casa Azul TEAcolhe – Campo Verde/MT

Inaugurada em 8 de maio de 2026, a Casa Azul TEAcolhe constitui serviço ambulatorial especializado de atenção multiprofissional a crianças com Transtorno do Espectro Autista – TEA, com apoio à família, intervenções terapêuticas e ambientes adaptados, incluindo espaço de estimulação sensorial.

Casa do Autista – Sumaré/SP

Inaugurada em 29 de julho de 2026, a Casa do Autista integra a rede municipal de saúde com atendimentos especializados e multiprofissionais. A unidade oferece consultas especializadas e atividades terapêuticas individuais e coletivas, conforme seu perfil assistencial.

Essas iniciativas demonstram experiência institucional em processos de cuidado programado, organização interdisciplinar e humanização, relevantes como competências complementares às ações de orientação, encaminhamento e continuidade assistencial das UPAs.

1.7. Estrutura corporativa de apoio à gestão local

O modelo operacional do ISSSL articula o comando executivo e a gestão assistencial local a áreas institucionais de suporte, destinadas a fornecer orientação técnica, controle administrativo, padronização de rotinas e resposta a necessidades operacionais das unidades.

Eixo institucional	Aplicação aos serviços
Governança clínica, qualidade e educação permanente	Protocolos, segurança do paciente, comissões, auditoria clínica, indicadores e capacitações.
Recursos humanos, departamento pessoal e SESMT	Recrutamento, integração, escalas, frequência, obrigações trabalhistas e saúde ocupacional.

Eixo institucional	Aplicação aos serviços
Suprimentos, compras e contratos	Planejamento de aquisições, estoque, fornecedores e acompanhamento de serviços contratados.
Finanças, contabilidade e prestação de contas	Execução orçamentária, rastreabilidade, conciliações, relatórios e conformidade financeira.
Tecnologia da informação e inteligência de dados	Sistemas assistenciais, qualidade dos registros, apoio técnico e painéis gerenciais.
Jurídico, conformidade e gestão de riscos	Apoio regulatório, contratual, proteção de dados e avaliação de riscos.
Humanização e comunicação	Acolhimento, escuta dos usuários, valorização das equipes e aprimoramento das relações de cuidado.

A finalidade dessa estrutura é garantir que a operação de cada UPA disponha de suporte institucional sem prejuízo da autonomia técnica das equipes assistenciais, das competências dos responsáveis técnicos e do controle exercido pela Administração Pública.

1.8. Modelo de aplicação da experiência institucional às UPAs Norte e Sul

Para a parceria pretendida, o Instituto propõe integrar sua experiência de gestão assistencial e sua estrutura corporativa ao planejamento específico de cada unidade, observando o diagnóstico, o dimensionamento, a matriz de responsabilidades e os demais requisitos do Termo de Referência.

1.8.1. Acolhimento e classificação de risco

O ISSSL propõe a utilização, nas UPAs Norte e Sul, de protocolo institucional estruturado de acolhimento e classificação de risco em cinco níveis de prioridade clínica, identificados pelas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul. O instrumento será fundamentado em critérios técnico-científicos, com avaliação de sinais, sintomas, queixa principal, gravidade potencial e necessidade

de resposta assistencial, tendo como referência princípios gerais de priorização clínica empregados em sistemas consolidados de triagem, sem se apresentar como adoção, reprodução ou licenciamento do Sistema Manchester de Classificação de Risco.

O protocolo contemplará critérios objetivos e fluxos de priorização próprios, registro em prontuário, reavaliação quando clinicamente indicada, monitoramento de tempo-resposta e capacitação dos enfermeiros responsáveis. Sua implantação observará os atos normativos municipais vigentes, inclusive o protocolo de classificação de risco geral e pediátrico instituído pela Secretaria Municipal da Saúde, os parâmetros do Termo de Referência e a validação técnico-assistencial pela Administração Pública, quando exigida.

1.8.2. Organização assistencial e integração da rede

Serão estruturados os fluxos de recepção, acolhimento, atendimento médico e de enfermagem, procedimentos, medicação, observação, estabilização, alta e transferência. A integração com o SAMU 192, os serviços hospitalares, a atenção primária e os mecanismos de regulação observará a organização municipal e estadual vigente, inclusive as atribuições do Complexo Regulador Estadual do Tocantins.

1.8.3. Cobertura assistencial, serviços de apoio e continuidade

O dimensionamento e as escalas serão organizados em conformidade com as equipes, categorias, cargas horárias, coberturas e serviços contratados previstos na proposta e nos anexos do Termo de Referência. A gestão contemplará controles de abastecimento, manutenção de equipamentos e instalações, serviços diagnósticos, higienização, lavanderia, alimentação, segurança e tecnologia da informação, de modo a reduzir o risco de interrupções assistenciais.

1.8.4. Segurança do paciente e qualidade

A proposta prevê atuação do Núcleo de Segurança do Paciente e das comissões e estruturas exigidas no instrumento convocatório, com protocolos assistenciais padronizados, notificações e análise de eventos adversos, auditorias de prontuários, gestão de riscos, educação permanente e execução de planos de melhoria.

1.9. Governança, monitoramento e prestação de contas

A gestão proposta será estruturada em níveis de responsabilidade institucional e local, com rotinas de acompanhamento de produção, resultados assistenciais, pessoal, suprimentos, infraestrutura, contratos de apoio e execução financeira. Os mecanismos de controle contemplarão a qualificação dos registros, a produção de relatórios, a rastreabilidade das despesas e o fornecimento de informações à fiscalização.

Os instrumentos de acompanhamento observarão os procedimentos de controle e de prestação de contas previstos no Termo de Referência e no Plano de Trabalho. O acompanhamento de tempos de atendimento, cobertura de escalas, incidentes, disponibilidade de insumos, indicadores de produção, satisfação do usuário e conformidade documental permitirá orientar decisões e ações corretivas, sem substituição das metodologias oficiais pactuadas.

1.10. Vinculação entre experiência comprovável e necessidades de Palmas

Necessidade de gestão das UPAs	Experiência institucional relacionada	Aplicação proposta
Operação ininterrupta e escalas	UPAs, PAs e hospitais 24h sob atuação institucional.	Cobertura assistencial, supervisão, contingência e gestão de equipes.
Demanda espontânea e acolhimento	Experiência em Sumaré, Peixoto de Azevedo, Poconé e São Lourenço da Serra.	Organização do acesso, classificação de risco e fluxos clínicos.
Articulação com a rede	Atuação em redes municipais e serviços hospitalares.	Regulação, encaminhamentos e transferências conforme competências.
Apoio técnico e suprimentos	Estrutura institucional de compras, contratos, engenharia clínica e TI.	Continuidade operacional e controle dos serviços de apoio.

Necessidade de gestão das UPAs	Experiência institucional relacionada	Aplicação proposta
Qualidade, resultados e transparência	Áreas corporativas de qualidade, dados, finanças e compliance.	Indicadores, auditorias, informação e prestação de contas.

O quadro evidencia a pertinência técnica da experiência institucional ao objeto de Palmas. A comprovação formal de tempo de execução, quantitativos, caracteristicas das unidades e resultados compete aos documentos comprobatórios especificos que acompanham a proposta, não sendo substituída por esta apresentação.

1.11. Considerações finais

O Instituto Social de Saúde São Lucas apresenta trajetória institucional aderente à gestão de unidades de urgência e emergência, com experiências em UPAs, prontos atendimentos 24 horas, hospitais, atenção primária e serviços ambulatoriais especializados. A diversidade desse portfólio é acompanhada por estrutura de suporte técnico, assistencial, administrativo e financeiro, voltada à organização dos serviços e ao acompanhamento de resultados.

No contexto das UPAs Norte e Sul de Palmas/TO, essa experiência será aplicada mediante planejamento compatível com o perfil e a demanda de cada unidade, organização da força de trabalho, integração assistencial, manutenção da capacidade operacional, segurança do paciente, controle de resultados e transparência na execução dos recursos públicos.

O ISSSL reafirma seu compromisso com a continuidade ininterrupta do atendimento, com a execução integral das obrigações previstas no instrumento de parceria e com a qualificação permanente dos serviços prestados à população, respeitados os parâmetros técnicos, assistenciais, financeiros e regulatórios definidos pelo Município de Palmas.

Referências institucionais e fontes públicas

Instituto Social São Lucas. Página institucional: https://institutosocialsaolucas.com.br/

Instituto Social São Lucas. Onde Atuamos: https://institutosocialsaolucas.com.br/onde-atuamos/

Instituto Social São Lucas. Portal da Transparência: https://institutosocialsaolucas.com.br/portal-transparencia/

Instituto Social São Lucas. Inauguração da Casa do Autista em Sumaré (30/07/2026): https://institutosocialsaolucas.com.br/instituto-sao-lucas-e-prefeitura-de-sumare-inauguram-casa-do-autista/

Prefeitura de Palmas. Chamamento Público nº 001/2026 e respectivo Termo de Referência: https://portal.palmas.to.gov.br/core/noticias/prefeitura-de-palmas-lanca-edital-de-chamamento-publico-para-gestao-e-operacionalizacao-das-upas-norte-e-sul/

Município de Palmas. Portaria nº 839/SEMUS/GAB/SUMAC, de 26/12/2024, Diário Oficial de 27/12/2024: https://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/3619-27-12-2024-21-49-37.pdf

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Informações sobre implantação e uso do Sistema Manchester: https://www.gbcr.org.br/faq/

Mato Grosso — Unidades e serviços

Arenápolis/MT — Hospital Médio Norte



Fonte: Instituto São Lucas.

Arenápolis/MT — Espaço Vida & Saúde



Fonte: Instituto São Lucas.

Aripuanã/MT — Hospital Municipal Santo Antônio



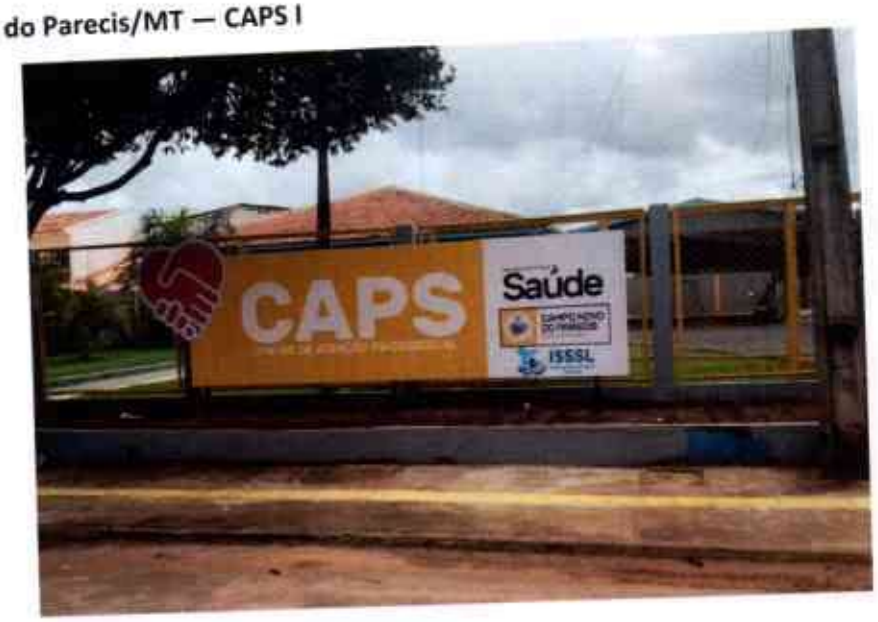
Fonte: Instituto São Lucas.

Campo Novo do Parecis/MT — Hospital e Maternidade Euclides Horst



Fonte: Instituto São Lucas.

Campo Novo do Parecis/MT — CAPS I



Fonte: Instituto São Lucas.

Campo Verde/MT — Hospital e Maternidade Coração de Jesus



Fonte: Instituto São Lucas.

Campo Verde/MT — Casa Azul TEAcolhe



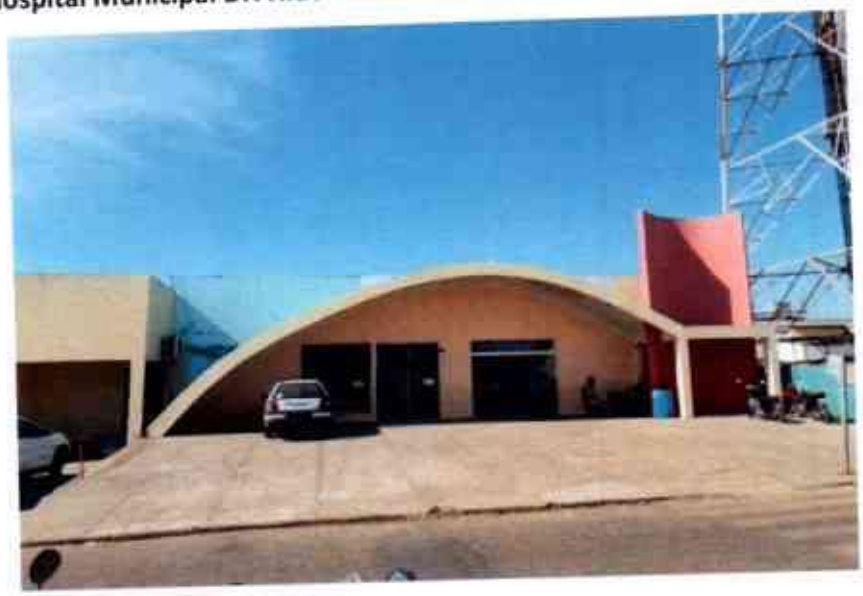
Fonte: Instituto São Lucas.

Guarantã do Norte/MT — Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Rosário



Fonte: Instituto São Lucas.

Juína/MT — Hospital Municipal Dr. Hideo Sakuno



Fonte: Instituto São Lucas.

Juscimeira/MT — Hospital Municipal de Juscimeira



Fonte: Instituto São Lucas.

Peixoto de Azevedo/MT — UPA Charles Frederico Fumieri



Fonte: Instituto São Lucas.

Peixoto de Azevedo/MT — PA União do Norte



Fonte: Instituto São Lucas.

Peixoto de Azevedo/MT — Hospital Regional



Fonte: Instituto São Lucas.

Poconé/MT — PA Jaime Veríssimo de Campos Júnior



Fonte: Instituto São Lucas.

Pontes e Lacerda/MT — Hospital e Maternidade Vale do Guaporé



Fonte: Instituto São Lucas.

São José do Rio Claro/MT — Hospital Municipal



Fonte: Instituto São Lucas.

São José do Rio Claro/MT — Pronto Atendimento Municipal



Fonte: Instituto São Lucas.

São Paulo — Unidades e serviços

Sumaré — Rede municipal integrada

Em Sumaré, a experiência institucional abrange urgência e emergência, atenção básica, SAMU e serviços especializados, incluindo a Casa do Autista.

Sumaré/SP — UPA Matão Luiz Dalben



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — UPA Macarenko



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — UPA Área Cura



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — Pronto Atendimento Maria Antônia



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — USF Maria Antônia



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — SAMU 192



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — Ambulatório de Especialidades Dr. Ernesto Foffano Netto



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — Centro de Longevidade Irineu Mazutti



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — CAPS II Orquídea



Fonte: Instituto São Lucas.

Sumaré/SP — Casa do Autista



Fonte: Instituto São Lucas.

São Lourenço da Serra/SP — Pronto Atendimento 24 horas



Fonte: Instituto São Lucas.

Pedro de Toledo/SP — Pronto-socorro da Unidade Mista de Saúde



Fonte: Instituto São Lucas.

Minas Gerais — Unidades e serviços

Frutal/MG — Hospital e Maternidade Municipal Frei Gabriel



Fonte: Instituto São Lucas.

Jacutinga/MG — Pronto Atendimento Dr. Américo Prado Pennacchi



Fonte: Instituto São Lucas.

Jacutinga/MG — CAPS



Fonte: Instituto São Lucas.

2. Fontes e documentação de suporte

Fontes públicas consultadas em 31/10/2026, com complementação fotográfica até 03/11/2026, e documentos internos.

Apresentação institucional ISSSL – documento fornecido pela Diretoria (50 páginas). — Documento institucional de origem, não publicado.

Onde Atuamos — Instituto São Lucas

https://institutosocialsaolucas.com.br/onde-atuamos/

Portal da Transparência — Instituto São Lucas

https://institutosocialsaolucas.com.br/portal-transparencia/

Casa Azul TEAcolhe: inauguração, 11/05/2026

https://institutosocialsaolucas.com.br/projeto-inovador-fortalece-o-cuidado-integral-e-amplia-o-acesso-a-atendimentos-especializados-no-municipio-2/

Casa Azul: nutrição e acompanhamento, 21/10/2026

https://institutosocialsaolucas.com.br/instituto-sao-lucas-e-prefeitura-de-sumare-inauguram-casa-do-autista-2/

Casa do Autista em Sumaré: inauguração, 30/07/2026

https://institutosocialsaolucas.com.br/instituto-sao-lucas-e-prefeitura-de-sumare-inauguram-casa-do-autista/

Resultados de Aripuanã, 13/03/2026

https://institutosocialsaolucas.com.br/hospital-municipal-santo-antonio-supera-metas-assistenciais-no-periodo-de-junho-a-dezembro-de-2025-em-aripuana/

Resultados de Pontes e Lacerda, 23/03/2026

https://institutosocialsaolucas.com.br/gestao-do-sao-lucas-apresenta-resultados-que-superam-metas-no-hospital-vale-do-guapore/

DESCRIÇÃO DA REALIDADE OBJETO DA PARCERIA

E DEMONSTRAÇÃO DO NEXO COM AS AÇÕES PROPOSTAS

Unidades de Pronto Atendimento 24 horas — UPA Norte José de Souza Dourado e UPA Sul Gerson Pires de Aguiar | Município de Palmas/TO

1. OBJETIVO, FUNDAMENTAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL apresenta a descrição da realidade que constitui objeto da parceria para gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) Norte e Sul do Município de Palmas/TO, demonstrando o nexo direto entre o cenário assistencial e operacional identificado, as ações propostas, os resultados pretendidos e os instrumentos de aferição.

A presente seção atende ao art. 22, inciso I, da Lei Federal nº 13.019/2014 e à exigência expressa do item 16.5.1, alínea "a", do Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026, sem prejuízo dos demais requisitos de composição da Proposta Técnica, Proposta Financeira e Plano de Trabalho. A abordagem utiliza os dados e parâmetros oficialmente disponibilizados pelo Município, com especial referência aos capítulos 3 a 9 e aos Anexos I, II, IV, V e VI do Termo de Referência.

O diagnóstico aqui exposto descreve necessidades estruturais inerentes à natureza e ao volume dos serviços, sem presumir irregularidades, desabastecimento ou insuficiência de equipes não demonstrados em documento oficial. As ações são propostas para assegurar desempenho, prevenir descontinuidades e garantir cumprimento das obrigações contratualmente pactuadas.

2. REALIDADE ASSISTENCIAL E INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

As UPAs Norte e Sul são estabelecimentos públicos municipais habilitados como UPA 24 horas, Porte III, Opção VIII, integrantes da Rede de Atenção às Urgências. Constituem pontos de atenção de complexidade intermediária entre a Atenção Primária à Saúde e as portas hospitalares de urgência e emergência, com operação contínua, 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Seu escopo compreende acolhimento com classificação de risco, atendimentos médicos e de enfermagem, procedimentos terapêuticos, administração de medicamentos, apoio diagnóstico, observação e estabilização clínica, alta responsável e encaminhamento ou transferência regulada quando indicada. A assistência depende de integração com a Atenção Primária, o SAMU 192, a rede hospitalar, os serviços de apoio e os mecanismos de regulação municipal e estadual aplicáveis.

A abrangência do atendimento ultrapassa os limites dos bairros de localização e alcança usuários de outros territórios, por demanda espontânea e, conforme as pactuações vigentes, por fluxos regionais. Assim, oscilações de capacidade ou interrupções operacionais nas UPAs repercutem sobre a rede, com potencial aumento de tempo de espera, pressão sobre as portas hospitalares e comprometimento da segurança assistencial.

Por se tratar de serviços essenciais e ininterruptos, a continuidade depende de ações interdependentes: pessoal e escalas, suprimentos, farmácia, exames, manutenção predial, engenharia clínica, TI, alimentação, higienização, processamento de roupas e materiais, segurança, resíduos, prontuários, regulação, controle de custos e prestação de contas. A proposta de gestão deverá tratar esses componentes de modo coordenado e mensurável.

3. CARACTERIZAÇÃO E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DE CADA UNIDADE

3.1. UPA Norte – José de Souza Dourado

CNES nº 2755289. Endereço: 203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, s/n, Bairro Plano Diretor Norte, Palmas/TO. Habilitação: UPA 24 horas, Porte III, Opção VIII.

A UPA Norte atende a população de sua área de influência e absorve demanda espontânea de outros territórios, inclusive da região de Luzimangues, em Porto Nacional, em razão da proximidade geográfica. Essa procura não deve ser descrita como referência formal sem instrumento de pactuação que a comprove.

No período de janeiro de 2025 a agosto de 2026, a média mensal apurada foi de 11.908 atendimentos, 17,6% acima do parâmetro ministerial mínimo de 10.125 atendimentos médicos mensais da Opção VIII. A menor competência do intervalo registrou 10.375 atendimentos, equivalente a apenas 2,5% acima do mínimo. Na comparação de janeiro a agosto de 2025 com igual período de 2026, observou-se crescimento de 7,1% dos atendimentos.

Necessidade identificada: manter capacidade assistencial contínua e responsiva às variações de demanda, com adequação das escalas e dos fluxos, disponibilidade de apoio diagnóstico e organização dos processos de estabilização, observação e encaminhamento.

Nexo com a solução: o ISSSL propõe gestão orientada pelo acompanhamento da demanda e dos indicadores, cobertura profissional conforme dimensionamento pactuado, monitoramento dos fluxos e integração entre áreas assistenciais e serviços de apoio, com medidas corretivas documentadas quando necessárias.

3.2. UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar

CNES nº 2492555. Endereço: Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72/73, Setor Aureny II, Palmas/TO. Habilitação: UPA 24 horas, Porte III, Opção VIII.

A UPA Sul atende expressiva demanda da região Sul de Palmas e recebe usuários de municípios relacionados à organização regional da assistência, incluindo Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia, nos limites dos fluxos de acesso e de regulação aplicáveis, conforme referência à Resolução CIB/TO nº 001/2017 no Termo de Referência.

De janeiro de 2025 a agosto de 2026, registrou média mensal de 13.836 atendimentos, 36,6% acima do parâmetro ministerial mínimo. Na comparação dos oito primeiros meses de 2025 e 2026, houve crescimento de 7,6% dos atendimentos.

Necessidade identificada: sustentar volume assistencial superior ao parâmetro mínimo, evitando gargalos no acolhimento, nos exames, na observação e nas transferências, e promovendo integração entre equipes e serviços de apoio.

Nexo com a solução: a gestão proposta contempla planejamento operacional baseado na produção observada, padronização de fluxos, acompanhamento dos tempos de resposta, cobertura assistencial compatível com as exigências do edital e articulação estruturada com a rede de referência.

4. EVIDÊNCIAS QUANTITATIVAS E IMPLICAÇÕES PARA A EXECUÇÃO

Os dados consolidados pelo Município demonstram crescimento da utilização das duas unidades e justificam planejamento referenciado na demanda real e projetada, e não apenas nos mínimos de habilitação. Para preservar a comparabilidade, distingue-se atendimento — episódio assistencial contabilizado uma vez — de registro de produção médica, que corresponde aos atos realizados e registrados.

INDICADOR	BASE / PERÍODO	RESULTADO
Registros de produção médica — conjunto das UPAs	2022 → 2025	274.512 → 444.646 (+62%, aprox.)
Registros médicos por dia — conjunto das UPAs	2022 → 2025	752 → 1.218 (aprox.)
Registros de produção médica — conjunto das UPAs	1º semestre de 2026	255.405; média mensal de 42.568; +25,1% ante 1º semestre de 2025
Atendimentos — UPA Norte	jan./2025 a ago./2026	Média mensal de 11.908; +17,6% sobre o parâmetro mínimo
Atendimentos — UPA Sul	jan./2025 a ago./2026	Média mensal de 13.836; +36,6% sobre o parâmetro mínimo
Evolução dos atendimentos	jan.–ago./2026 vs. jan.–ago./2025	UPA Norte: +7,1% | UPA Sul: +7,6%

Nota metodológica: as médias de atendimentos e as séries históricas são as constantes do Termo de Referência. O parâmetro de 10.125 atendimentos médicos mensais para a Opção VIII decorre da Portaria GM/MS nº 10/2017, art. 38; trata-se de patamar mínimo de produção para monitoramento ministerial, e não de teto operacional ou de substituto do dimensionamento da proposta.

O capítulo 6 do Termo de Referência apresenta, ainda, parâmetros de referência mensais por unidade para atendimentos, classificação de risco, registros médicos e apoio diagnóstico. Esses parâmetros orientam a previsão operacional e financeira, enquanto as metas e as regras de apuração de desempenho devem observar o capítulo 8 e o Anexo II, sem confusão entre unidades de contagem.

5. MATRIZ DE NEXO: DIAGNÓSTICO, AÇÕES E COMPROVAÇÃO

A matriz a seguir individualiza as necessidades verificadas e explicita sua relação causal com as providências da proposta, os resultados buscados e as evidências documentais de acompanhamento.

REALIDADE / NECESSIDADE	AÇÃO PROPOSTA PELO ISSSL	RESULTADO E EVIDÊNCIA
Demanda elevada e crescente nas duas unidades	Organizar acolhimento, classificação de risco, fluxos clínicos e acompanhamento sistemático da produção por unidade.	Acesso oportuno e controle de gargalos; mapas de produção, indicadores de tempo e registros assistenciais.
Operação 24h sem interrupção	Planejar escalas, reposição de ausências e supervisão, conforme quadro aprovado e capítulo 7 do TR.	Cobertura assistencial contínua; escalas, frequência, registros de plantão e relatórios de conformidade.
Necessidade de resolutividade e fluxo de referência	Padronizar estabilização, observação, alta, contrarreferência e transferência mediante regulação competente.	Continuidade do cuidado e encaminhamento rastreável; prontuários, guias e registros regulatórios.
Interdependência dos serviços de apoio	Monitorar farmácia, estoque, exames, TI, alimentação, higiene, lavanderia, segurança e manutenção.	Disponibilidade operacional; inventários, controles de estoque, chamados, ordens de serviço e registros contratuais.
Exposição inerente a riscos assistenciais	Implantar protocolos, núcleos e comissões exigidos, notificação e análise de eventos e educação permanente.	Melhoria contínua e segurança; atas, indicadores, auditorias, planos de ação e relatórios de eventos.

REALIDADE / NECESSIDADE	AÇÃO PROPOSTA PELO ISSSL	RESULTADO E EVIDÊNCIA
Responsabilidade pelo uso de recursos públicos	Manter gestão de custos, registros de produção, transparência e prestação de contas segregadas por unidade.	Rastreabilidade e conformidade; demonstrativos, planilhas, extratos, relatórios e publicações previstas.

6. DIRETRIZES DE EXECUÇÃO VINCULADAS AO DIAGNÓSTICO

6.1. Acesso, acolhimento e continuidade do cuidado

A partir da demanda registrada e da função intermediária das UPAs na rede, o ISSSL propõe organizar o percurso do usuário desde a recepção e classificação de risco até a alta ou transferência. Serão estabelecidas rotinas para acolhimento, atendimento médico e de enfermagem, administração de medicamentos, exames, observação e estabilização, com tratamento prioritário conforme a gravidade clínica, em consonância com os fluxos e protocolos anexos à Proposta Técnica.

6.2. Pessoas, cobertura assistencial e liderança

A disponibilidade de profissionais representa condição indispensável à operação ininterrupta. A execução observará quadro de pessoal individualizado por unidade, área e categoria profissional, vínculos, carga horária, remuneração e responsabilidades técnicas, em conformidade com o capítulo 7 do Termo de Referência e a Proposta Financeira. A gestão abrangerá programação de escalas, gestão de substituições, avaliação de desempenho, educação permanente e acompanhamento de absenteísmo, sem ampliação de quadro ou de custos fora das condições pactuadas.

6.3. Assistência diagnóstica, terapêutica e apoio operacional

Em resposta à necessidade de suporte contínuo à assistência, serão organizadas as rotinas de exames laboratoriais e de imagem previstos, inclusive os fluxos de radiologia, ultrassonografia e eletrocardiografia, com monitoramento dos tempos de resposta estabelecidos no Plano de

Trabalho. O abastecimento de medicamentos e materiais será acompanhado por controles de estoque, dispensação, inventário e reposição, integrado à atuação dos serviços de higiene, rouparia, esterilização, resíduos, alimentação, vigilância, engenharia clínica, manutenção e tecnologia da informação.

6.4. Qualidade assistencial e segurança do paciente

A execução compreenderá adoção de protocolos de urgência e emergência adequados às unidades, incluindo acolhimento com classificação de risco e manejo de dor torácica, acidente vascular cerebral, sepse e trauma, além de identificação correta, segurança medicamentosa e prevenção de eventos adversos. A estrutura de qualidade contemplará núcleos e comissões exigidos pelo edital, com regimentos, programação anual, atas, indicadores, educação permanente e avaliações de conformidade.

6.5. Regulação e integração com a Rede de Atenção à Saúde

Serão mantidos fluxos de comunicação e transferência com os serviços competentes, observando-se a referência e contrarreferência com a Atenção Primária, a articulação com SAMU 192 e hospitais de referência e, quando cabível, os procedimentos do Complexo Regulador Estadual do Tocantins. O transporte sanitário previsto para execução pela organização seguirá exclusivamente os limites e quantitativos contratuais, sem transferência de atribuições próprias de outros componentes da rede.

6.6. Informação, governança e transparência

A execução da parceria contará com gestão de prontuários e documentação assistencial, integração aos sistemas oficiais de informação, monitoramento de indicadores, acompanhamento da execução físico-financeira e prestação de contas por unidade. Os processos de compra, contratação, patrimônio, controle de custos e publicação de informações observarão as exigências do Termo de Referência e da legislação aplicável.

7. METAS, PRAZOS, RECURSOS E AFERIÇÃO DOS RESULTADOS

As ações descritas neste capítulo vinculam-se às metas quantitativas e qualitativas e aos indicadores oficiais previstos no capítulo 8 e no Anexo II do Termo de Referência. A mensuração considerará a unidade de contagem própria de cada indicador, as fontes de informação, os períodos de apuração e os critérios de cálculo estabelecidos pelo Município. A parcela variável do repasse obedecerá às regras dos capítulos 8 e 9, sem criação de indicadores ou critérios de desconto paralelos.

Os prazos de mobilização, assunção, implantação de rotinas e desenvolvimento das atividades observarão o plano de transição e continuidade assistencial e o cronograma de execução apresentados na proposta, em consonância com o capítulo 22 do Termo de Referência. Durante a transição, serão priorizadas a manutenção das escalas, a disponibilidade de insumos críticos, a continuidade dos serviços de apoio e a preservação dos registros assistenciais.

Os recursos necessários à operacionalização das ações encontram correspondência nos quadros de dimensionamento, na composição de custos e nas memórias de cálculo da Proposta Financeira, individualizados para UPA Norte e UPA Sul, conforme capítulos 6, 7 e 9 e Anexo VI do Termo de Referência. A execução será limitada ao valor global efetivamente proposto e às demais condições do instrumento convocatório, sem pressupor recursos adicionais não previstos.

As evidências de acompanhamento compreendem, conforme a natureza da atividade: escalas e frequência, prontuários e sistemas assistenciais, produção registrada, relatórios de classificação de risco, registros de transferências, controles de estoque, ordens de manutenção, atas de comissões, indicadores de qualidade, pesquisas de satisfação, relatórios de execução e demonstrativos de prestação de contas.

8. CONCLUSÃO E VINCULAÇÃO AOS DEMAIS COMPONENTES DA PROPOSTA

O diagnóstico da realidade das UPAs Norte e Sul demonstra que a relevância territorial e regional dos serviços, a operação ininterrupta e a demanda assistencial superior aos parâmetros mínimos de habilitação exigem gestão integrada, capacidade operacional contínua e acompanhamento sistemático de desempenho.

As ações propostas pelo Instituto Social de Saúde São Lucas respondem diretamente a essas necessidades ao relacionar organização dos fluxos e das escalas, garantia de suprimentos e apoio diagnóstico, integração regulatória, segurança do paciente, governança e controle da execução com resultados verificáveis. Fica, assim, demonstrado o nexo técnico e operacional entre a realidade descrita e as ações propostas, nos termos do art. 22, inciso I, da Lei Federal nº 13.019/2014.

Para fins de leitura conjunta, esta seção integra-se aos fluxos operacionais, manuais e protocolos, regimentos, estrutura organizacional, dimensionamento de pessoal, plano de transição, cronograma, metas e indicadores, custos e memórias de cálculo e demais elementos apresentados na Proposta Técnica e Financeira. As obrigações, metas, prazos e valores constantes desses instrumentos prevalecem nos limites definidos pelo edital e pelo Termo de Colaboração a ser celebrado.

REFERÊNCIAS TÉCNICO-NORMATIVAS

Lei Federal nº 13.019/2014, art. 22, inciso I. Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026 – Secretaria Municipal da Saúde de Palmas/TO, especialmente capítulos 3, 4, 6, 7, 8, 9, 14, 16 e 22, e Anexos I, II, IV, V e VI. Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, art. 38. Dados quantitativos reproduzidos do diagnóstico apresentado pelo Município.

2. Parte I - Area de atividades

2.1 Fluxo Assistenciais

V.1.1 – Fluxo Assistencial do usuário, do acolhimento à alta ou transferência ou óbito

Percurso do usuário, acolhimento, estabilização, observação e desfechos

a) Percurso do usuário desde a recepção até o desfecho assistencial

O percurso assistencial deverá ser organizado de forma contínua, segura e rastreável, desde a chegada do usuário à unidade até a definição do desfecho, contemplando **alta, transferência para outro serviço ou óbito**. O processo inicia-se na **recepção**, com identificação do usuário, abertura ou localização do registro de atendimento e direcionamento imediato para o acolhimento, respeitando situações em que a gravidade clínica exija encaminhamento direto à assistência de emergência.

Na etapa de **acolhimento e classificação de risco**, o profissional de enfermagem habilitado realizará avaliação clínica inicial, identificação da queixa principal, sinais e sintomas, sinais vitais e fatores de risco, atribuindo o nível de prioridade conforme o protocolo institucional e definindo o tempo-alvo para atendimento.

Após a classificação, o usuário será direcionado ao ambiente assistencial compatível com sua condição clínica. Os pacientes de maior gravidade deverão ter **atendimento imediato ou prioritário**, inclusive com encaminhamento direto à sala de estabilização quando necessário. Os demais serão encaminhados para consulta médica conforme prioridade clínica.

A **avaliação médica** compreenderá anamnese, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e definição da conduta. Conforme necessidade, poderão ser solicitados exames complementares, administrados medicamentos, realizados procedimentos, instituídas medidas terapêuticas ou indicada permanência em observação.

A equipe de **enfermagem** executará e monitorará os cuidados prescritos, realizará controles clínicos, administração de medicamentos, procedimentos, registros e comunicação imediata de alterações clínicas. Quando indicado, outros profissionais da equipe multiprofissional participarão do cuidado.

Após avaliação e resposta às intervenções, haverá um ponto formal de decisão clínica, podendo resultar em:

- **Alta:** paciente clinicamente estável, com orientações, prescrição quando aplicável, sinais de alerta, encaminhamentos e contrarreferência;
- **Observação:** necessidade de monitoramento, tratamento de curta duração ou esclarecimento diagnóstico;
- **Estabilização:** paciente grave ou potencialmente grave que necessite de suporte imediato;
- **Transferência:** necessidade de recurso diagnóstico, terapêutico ou nível de complexidade não disponível na unidade, com acionamento da regulação e transporte adequado;
- **Óbito:** adoção das medidas assistenciais, médicas, administrativas, documentais e de acolhimento aos familiares previstas nos protocolos institucionais.

Os principais **pontos de decisão** serão, portanto:

- Prioridade definida na classificação de risco;
- Necessidade de estabilização imediata;
- Necessidade de exames/procedimentos;
- Necessidade de observação;
- Resposta ao tratamento;
- Possibilidade de alta;
- Necessidade de transferência.

Responsabilidades:

- Recepção – identificação e registro;
- Enfermeiro – acolhimento, classificação e reavaliação de enfermagem;
- Médico – avaliação, diagnóstico, tratamento e definição do desfecho;
- Técnico – execução e monitoramento dos cuidados;
- Equipe multiprofissional – atuação conforme necessidade;
- Regulação – organização do acesso ao serviço de referência;
- Equipe assistencial – preparação e transferência segura.

b) Protocolo de acolhimento com classificação de risco

O acolhimento será realizado de maneira humanizada, com escuta qualificada e avaliação objetiva do risco clínico. A classificação não deverá obedecer à ordem de chegada, mas à gravidade, potencial de deterioração e necessidade de intervenção, garantindo prioridade aos usuários com maior risco.
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.

Nível de prioridade	Identificação	Condição clínica	Tempo-alvo
Prioridade máxima	Conforme Manual ACCR	Risco iminente de morte ou necessidade de intervenção imediata	≤ 5 min

Nível de prioridade	Identificação	Condição clínica	Tempo-alvo
Alta prioridade	Conforme Manual ACCR	Condição potencialmente grave, com possibilidade de deterioração	≤ 10 min
Prioridade intermediária	Conforme Manual ACCR	Necessidade de avaliação em prazo definido, sem instabilidade imediata	≤ 60 min
Baixa prioridade	Conforme Manual ACCR	Condição estável, sem sinais de gravidade imediata	≤ 120 min
Menor prioridade	Conforme Manual ACCR	Condição clínica de menor urgência	≤ 240 min

O protocolo deverá prever também a **reclassificação do risco** sempre que ocorrer alteração clínica durante a espera. A classificação inicial não é definitiva; qualquer piora relatada pelo usuário, identificada pela equipe ou evidenciada por alteração de sinais vitais deverá determinar nova avaliação.

c) Funcionamento da sala de estabilização/sala vermelha

A Sala de Estabilização/Sala vermelha será destinada ao atendimento de pacientes graves ou potencialmente graves que necessitem de intervenção imediata, monitorização contínua e medidas de suporte à vida.

Serão critérios para admissão, entre outros:

- ✓ Instabilidade hemodinâmica;
- ✓ Insuficiência respiratória;
- ✓ Alteração importante do nível de consciência;
- ✓ Parada cardiorrespiratória ou período pós-PCR;
- ✓ Choque;
- ✓ Síndrome coronariana aguda com instabilidade;
- ✓ Suspeita de AVC com critérios de emergência;

- ✓ Sepse/choque séptico;
- ✓ Trauma grave;
- ✓ Convulsão prolongada;
- ✓ Intoxicação grave;
- ✓ Anafilaxia;
- ✓ Emergências metabólicas graves e demais situações caracterizadas pelo médico como risco iminente.

A Sala de Estabilização/Sala vermelha das UPAs Norte e Sul contará com cobertura assistencial ininterrupta, integrada às equipes médicas e de enfermagem escaladas em cada plantão. Serão definidos profissional médico plantonista de referência, enfermeiro assistencial e técnicos de enfermagem para atendimento imediato, monitorização, execução de procedimentos e continuidade do cuidado, conforme a capacidade de leitos e os quadros de pessoal de cada unidade.

Capacidade e equipe assistencial por unidade e por turno

A capacidade instalada da sala vermelha é distinta entre as duas unidades. Em cada turno (diurno e noturno) será assegurado acionamento imediato da seguinte equipe mínima de referência, integrante da escala assistencial da respectiva UPA:

Unidade	Leitos de estabilização (sala vermelha)	Equipe mínima de referência em cada turno
UPA Norte	6 leitos, incluindo 1 destinado à pediatria	1 médico clínico plantonista de referência; 1 enfermeiro assistencial de referência; pelo menos 2 técnicos de enfermagem mobilizado imediatamente, com reforço conforme ocupação e gravidade.
UPA Sul	4 leitos	1 médico clínico plantonista de referência; 1 enfermeiro assistencial de referência; pelo menos 2 técnicos de enfermagem mobilizado imediatamente, com reforço conforme ocupação e gravidade.

A composição da página anterior estabelece a referência de primeiro acionamento, não um limite máximo de profissionais nem uma razão fixa profissional/leito. A assistência simultânea a pacientes graves será reforçada pelos demais profissionais escalados, conforme a lotação da sala, a complexidade dos casos e a necessidade de suporte contínuo. A coordenação do plantão assegurará o remanejamento imediato de pessoal sem desassistência dos demais setores.

Cobertura assistencial total prevista para cada UPA no Termo de Referência

Categoria (cobertura global da UPA)	Norte - diurno	Norte - noturno	Sul - diurno	Sul - noturno
Médicos clínicos (primeiro atendimento, áreas críticas e observação)	9	7	9	7
Enfermeiros assistenciais	9	8	10	8
Técnicos de enfermagem - assistência interna	18	15	20	17

As quantidades desta tabela correspondem à cobertura GLOBAL das unidades, não a profissionais exclusivos da sala vermelha. A vinculação operacional por turno, as substituições e o reforço da sala de estabilização irão constar nas escalas e na distribuição de postos, em consonância com o dimensionamento de recursos humanos da proposta (Fonte de referência: Termo de Referência, Quadros 6 e 7; capacidade instalada: IDAB, Quadro I-2).

Acionamento e responsabilidades: o reconhecimento da gravidade na recepção, no acolhimento, na observação ou durante a consulta determinará comunicação imediata ao médico plantonista de referência e ao enfermeiro da sala, mobilização dos técnicos necessários e encaminhamento à estabilização. O médico coordenará a avaliação e as intervenções; o enfermeiro organizará a assistência e a vigilância clínica; os técnicos executarão os cuidados e a monitorização sob supervisão. Diante de aumento de demanda ou deterioração clínica, a liderança do turno acionará reforço das equipes e a regulação quando indicada.

O paciente será imediatamente avaliado, submetido às medidas de estabilização e monitorização pertinentes e, quando houver necessidade de recurso não disponível na unidade, deverá ocorrer acionamento precoce da regulação, sem necessidade de aguardar o término de todas as medidas terapêuticas para iniciar o processo regulatório.

A solicitação à regulação deverá conter, no mínimo, identificação do paciente, hipótese diagnóstica, quadro clínico, sinais vitais, medidas terapêuticas realizadas, exames disponíveis, suporte necessário e justificativa para transferência.

Enquanto aguarda definição de destino, o paciente permanecerá sob responsabilidade da equipe da unidade, com manutenção das medidas de estabilização e registros assistenciais.

O médico responsável registrará a decisão de regulação/transferência no prontuário. O médico ou o enfermeiro formalmente designado registrará a solicitação no sistema do Complexo Regulador Estadual do Tocantins, observando o prazo operacional de até 60 minutos previsto neste fluxo, sem retardar o acionamento quando houver urgência. A equipe assistencial manterá a monitorização, as reavaliações, as intervenções de suporte e a comunicação com a regulação até o aceite e a transferência segura.

d) Funcionamento da área de observação

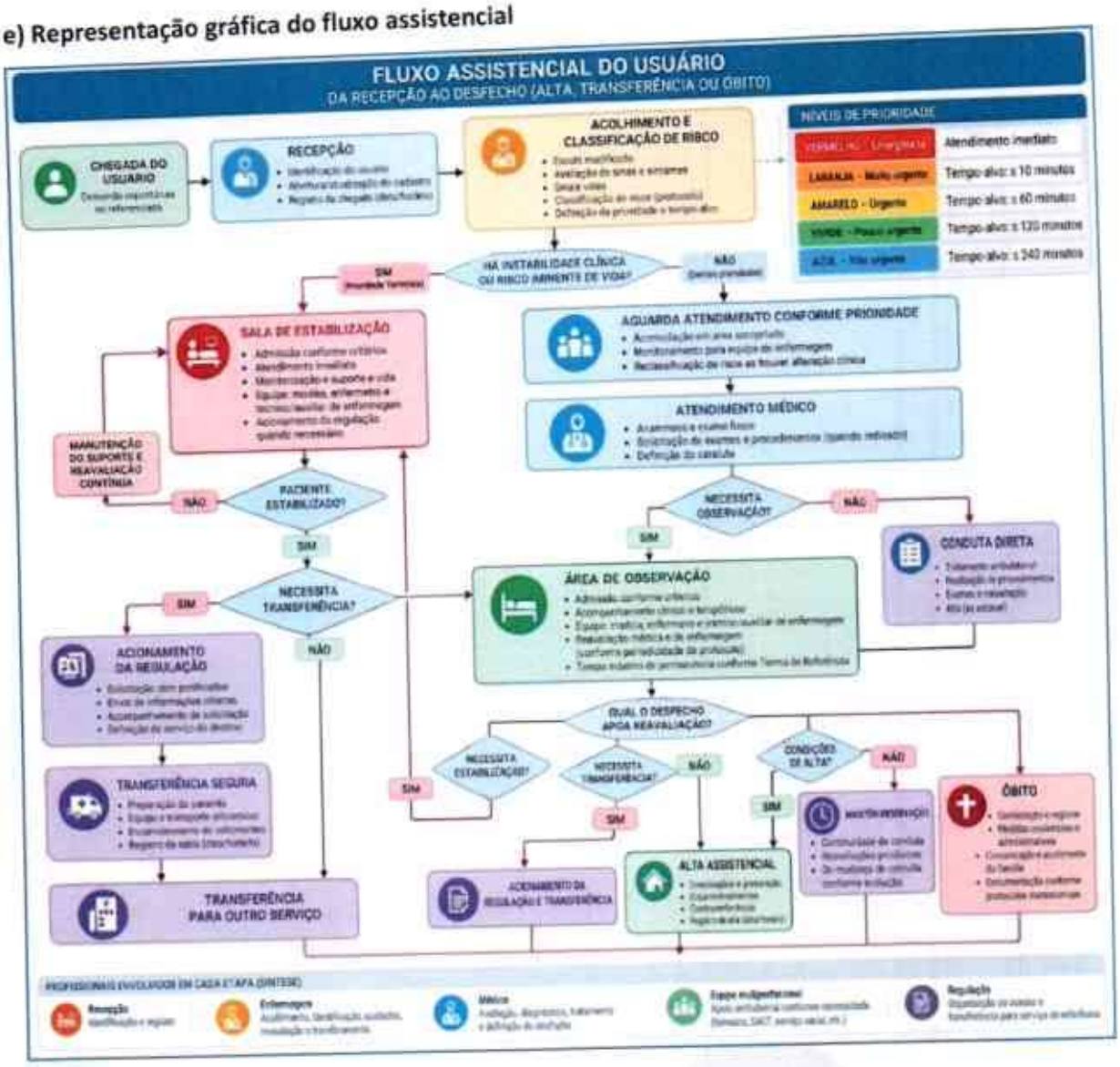
A área de observação destina-se aos pacientes que, após avaliação médica, necessitem de acompanhamento clínico temporário, administração de medicamentos, hidratação, realização ou espera de exames, avaliação da resposta terapêutica ou definição diagnóstica e de conduta.

A admissão ocorrerá mediante indicação médica e registro no prontuário. Durante a permanência, a equipe de enfermagem realizará acompanhamento sistemático, incluindo sinais vitais, avaliação da dor, nível de consciência, resposta terapêutica e demais parâmetros pertinentes ao quadro apresentado.

Na área de observação, a reavaliação médica ocorrerá, no mínimo, a cada 6 horas. A equipe de enfermagem reavaliará sinais vitais e parâmetros de alerta clínico a cada 2 a 4 horas, ou imediatamente diante de piora. O período de permanência deverá respeitar o limite de 24 horas, com decisão clínica obrigatória ao seu término, conforme o Anexo II do Termo de Referência. O médico responsável registrará a decisão assistencial no prontuário, observadas as atribuições do responsável técnico da unidade.

A observação não deverá ser utilizada como internação prolongada. Ao atingir o período máximo estabelecido contratualmente ou sempre que houver mudança relevante do quadro, deverá ocorrer nova decisão clínica: alta, manutenção justificada da observação dentro dos limites estabelecidos, encaminhamento para estabilização ou solicitação de transferência/regulação.

e) Representação gráfica do fluxo assistencial



f) Pontos Críticos de Decisão no Percurso Assistencial

Os pontos críticos de decisão representam os momentos do percurso em que a condição clínica do usuário deve ser analisada para determinar a continuidade, mudança ou encerramento da assistência. Esses pontos deverão estar claramente identificados tanto na descrição textual quanto no fluxograma, demonstrando segurança, continuidade do cuidado, definição de responsabilidades e rastreabilidade das decisões clínicas.

1. Gravidade identificada na chegada — Desde o primeiro contato, deverão ser reconhecidos sinais evidentes de gravidade ou risco iminente de vida. Quando presentes, o usuário deverá ser imediatamente direcionado à assistência de emergência/sala de estabilização, sem que procedimentos administrativos retardem o atendimento.

2. Prioridade da classificação de risco — Após o acolhimento e avaliação clínica, o enfermeiro definirá o nível de prioridade e o respectivo tempo-alvo de atendimento, em conformidade com o protocolo adotado e com o Anexo II do Termo de Referência. Alterações clínicas durante a espera deverão determinar reavaliação e, quando necessária, reclassificação.

3. Necessidade de estabilização — A presença de instabilidade hemodinâmica, respiratória, neurológica ou outra condição de risco deverá determinar encaminhamento imediato à Sala de Estabilização, com atuação integrada da equipe médica e de enfermagem, monitorização e instituição das medidas de suporte necessárias.

4. Necessidade de exames e/ou procedimentos — Após avaliação médica, será definida a necessidade de exames complementares, procedimentos, medicamentos ou outras intervenções. Os resultados deverão ser incorporados à avaliação clínica e utilizados na definição da conduta subsequente.

5. Indicação de observação — Quando não houver condição para alta imediata, mas também não estiver indicada transferência ou intervenção de maior complexidade, o usuário poderá permanecer em observação, conforme critérios previamente estabelecidos, com plano terapêutico e reavaliações periódicas.

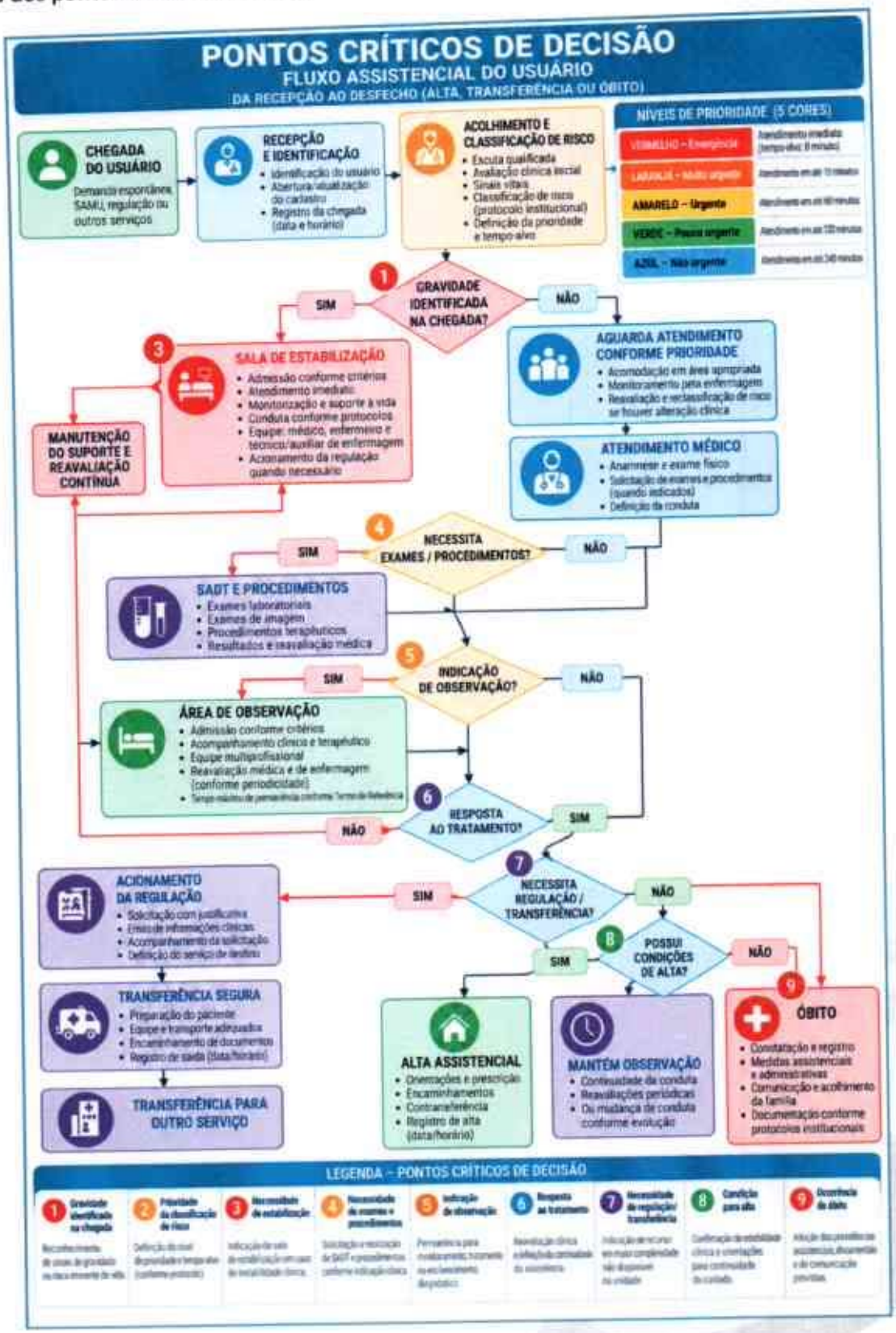
6. Resposta ao tratamento — Durante a estabilização ou observação, deverá ser avaliada a evolução clínica e a resposta às intervenções realizadas. A ausência de resposta, piora ou surgimento de novos sinais de gravidade deverá determinar reavaliação imediata e redefinição da conduta.

7. Necessidade de regulação e transferência — Quando o usuário necessitar de recurso diagnóstico, terapêutico, especialidade ou nível de complexidade não disponível na unidade, deverá ser acionada a regulação, mantendo-se integralmente a assistência e a estabilização enquanto se aguarda a definição do serviço de destino.

8. Condição para alta — A alta deverá ocorrer somente após avaliação médica que confirme estabilidade clínica e condições seguras para continuidade do cuidado fora da unidade. Deverão ser fornecidas orientações, prescrição quando indicada, sinais de alerta, encaminhamentos e contrarreferência, quando aplicável.

9. Ocorrência de óbito — Diante de óbito, deverão ser adotadas as providências assistenciais, documentais, administrativas e de comunicação previstas nos protocolos institucionais, incluindo acolhimento e orientação aos familiares e os encaminhamentos legalmente aplicáveis.

Fluxo dos pontos críticos de decisão



V.1.2 – Fluxo Unidirecional de Materiais Esterilizados e de Roupas

1. Objetivo e modelo de operação

O Instituto Social de Saúde São Lucas (ISSSL) adotará, nas UPAs Norte e Sul de Palmas/TO, fluxos operacionais unidirecionais e segregados para produtos para saúde reutilizáveis e roupas hospitalares, de modo a impedir cruzamentos entre materiais contaminados e processados e entre roupas sujas e limpas.

O processamento dos produtos para saúde será executado em Central de Material e Esterilização (CME) própria de cada UPA, com expurgo, etapas de limpeza, preparo, esterilização, liberação, guarda e distribuição conforme a capacidade assistencial e os requisitos sanitários aplicáveis. O processamento das roupas será realizado externamente, por lavanderia especializada contratada, permanecendo com cada UPA as atividades de segregação, acondicionamento, guarda temporária de roupa suja, recebimento, guarda e distribuição de roupa limpa.

Delimitação do objeto: A CME não será terceirizada. A lavagem e o acabamento das roupas não ocorrerão nas UPAs: tais etapas serão de responsabilidade da lavanderia terceirizada, sob acompanhamento e fiscalização do ISSSL.

2. Ambientes e separação dos fluxos por UPA

A organização operacional será individualizada por unidade. As denominações abaixo identificam os ambientes funcionais que deverão constar da sinalização, dos POPs e das plantas físicas aprovadas, sem presumir a localização arquitetônica exata antes da conferência da infraestrutura disponibilizada.

Unidade	Fluxo de produtos para saúde — CME própria	Fluxo de roupas — lavanderia contratada
UPA Norte	Expurgo/recepção de material contaminado; área de limpeza e secagem; área de inspeção, preparo e embalagem; esterilização;	Rouparia suja / ponto de guarda temporária para retirada contratada; acesso de coleta; recepção e rouparia limpa; ponto de distribuição setorial.

Unidade	Fluxo de produtos para saúde — CME própria	Fluxo de roupas — lavanderia contratada
	guarda/arsenal de material esterilizado; ponto de distribuição.	
UPA Sul	Expurgo / recepção de material contaminado; área de limpeza e secagem; área de inspeção, preparo e embalagem; esterilização; guarda/arsenal de material esterilizado; ponto de distribuição.	Rouparia suja / ponto de guarda temporária para retirada contratada; acesso de coleta; recepção e rouparia limpa; ponto de distribuição setorial.

2.1 Segregação física e funcional. Cada UPA terá seus circuitos de material sujo e material esterilizado, além de rotas distintas para coleta de roupa suja e distribuição de roupa limpa. Barreiras físicas e/ou técnicas, acessos e horários distintos, quando necessários, serão definidos conforme o projeto físico aprovado e a avaliação de risco.

2.2 Identificação dos ambientes. Antes do início da operação, o responsável técnico e a equipe de implantação deverão conferir a correspondência desses ambientes com a planta baixa da respectiva UPA, identificar portas, pontos de guarda e rotas de circulação e registrar eventuais ajustes necessários.

2.3 Vedação de cruzamentos. É proibido utilizar a área de guarda de materiais esterilizados ou a rouparia limpa como passagem, depósito ou recebimento de itens contaminados. Roupas não serão processadas no expurgo ou na CME.

3. Fluxo operacional de materiais esterilizados — CME própria

3.1 Retirada e transporte interno. Após o uso, os produtos para saúde reutilizáveis serão segregados e encaminhados ao expurgo da própria UPA em recipientes resistentes, adequados e identificados, por rota de material sujo, observadas as precauções ocupacionais e os POPs.

3.2 Recepção no expurgo. A CME própria registrará o recebimento, a origem e as intercorrências; procederá à limpeza e aos demais procedimentos conforme a classificação e as instruções do fabricante, sem ingresso de materiais contaminados na área limpa.

3.3 Limpeza, secagem e inspeção. Os materiais seguirão para limpeza manual ou automatizada, quando indicada, enxágue, secagem, inspeção de limpeza, integridade e funcionalidade. Itens com não conformidade serão segregados e submetidos à correção antes de avançar no fluxo.

3.4 Preparo e esterilização. Na área limpa, os artigos serão preparados, embalados, identificados e processados por método compatível com o produto, observando parâmetros físicos e monitoramentos químicos e biológicos pertinentes, conforme normas e procedimentos aplicáveis.

3.5 Resfriamento e liberação. Após o ciclo, os lotes serão avaliados quanto a resultados, integridade e identificação. Materiais sujeitos a retenção/quarentena permanecerão segregados até decisão formal; cargas com falha serão bloqueadas e não poderão ser distribuídas.

3.6 Guarda e distribuição. Os lotes liberados serão destinados ao arsenal/área de guarda de material esterilizado da respectiva UPA e distribuídos às áreas assistenciais por circuito limpo, preservando embalagem, identificação, rastreabilidade e integridade.

3.7 Retorno para reprocessamento. Material com embalagem violada, sujidade, queda ou suspeita de comprometimento da esterilidade será segregado e retornará ao início do fluxo de reprocessamento pelo circuito sujo, mediante registro, sem atravessar o circuito limpo.

4. Fluxo operacional de roupas — lavanderia terceirizada

4.1 Segregação e coleta na UPA. As roupas usadas serão recolhidas nas áreas assistenciais com mínima manipulação, sem agitação e acondicionadas em sacos compatíveis com sua condição e risco. Não haverá lavagem, triagem por abertura de sacos ou acabamento de roupas dentro da UPA.

4.2 Rouparia suja e retirada. O material seguirá, por carrinhos exclusivos para roupa suja, até a área de guarda temporária de cada unidade, fisicamente segregada da rouparia limpa. A coleta externa será executada conforme horários, segurança e condições previstos contratualmente.

4.3 Transporte externo. A contratada utilizará veículo apropriado e exclusivo para essa atividade, com compartimento de carga isolado dos ocupantes. O transporte de roupa limpa e suja observará a segregação exigida pela RDC nº 6/2012, sem contato entre os circuitos.

4.4 Processamento na contratada. A lavanderia terceirizada responderá pelo recebimento e pesagem da roupa suja, classificação, lavagem, secagem, acabamento, inspeção, embalagem e expedição de roupa limpa, em instalações licenciadas, segundo fluxos internos do sujo para o limpo e POPs próprios. É vedada a quantificação da roupa suja por contagem de peças.

4.5 Retorno e recebimento. As roupas limpas chegarão acondicionadas e protegidas em circuito limpo, serão recebidas no ponto designado da UPA, conferidas quanto a volume/quantidade conforme pactuação contratual, condições de higiene, integridade e conformidade com a guia de entrega.

4.6 Rouparia limpa e distribuição. Após aceitação, as roupas serão acondicionadas em rouparia limpa, seca e protegida, sem contato com sacos, carrinhos ou acessos do circuito sujo, e distribuídas aos setores assistenciais por carrinhos próprios do circuito limpo.

4.7 Rejeição e devolução. Peças com sujidade, odor, umidade, dano ou divergência serão identificadas, segregadas e devolvidas para correção/reprocessamento contratual, com registro da ocorrência e rastreabilidade da remessa.

5. Representação dos fluxos unidirecionais

Os fluxogramas a seguir são operacionais e se aplicam separadamente à UPA Norte e à UPA Sul. Os pontos de transição, os acessos e as rotas físicas de cada unidade serão identificados nos respectivos documentos de implantação e planta baixa.

5.1 Materiais esterilizados — execução integral na CME própria de cada UPA

01 Coleta setorial	Materiais utilizados → acondicionamento em recipientes próprios.
02 Recebimento / expurgo	Recepção e registro → área suja da CME.
03 Limpeza e secagem	Limpeza → enxágue → secagem.
04 Inspeção e preparo	Conferência → embalagem e identificação na área limpa.
05 Esterilização	Ciclo e monitoramento dos indicadores aplicáveis.
06 Liberação e guarda	Verificação dos resultados → arsenal/guarda protegida.
07 Distribuição	Saída registrada → unidades assistenciais pelo circuito limpo.

5.2 Roupas — fluxo próprio da UPA + processamento externo contratado

01 Coleta setorial	Roupa usada acondicionada → carrinho de roupa suja.
02 Rouparia suja — UPA	Guarda temporária segregada → retirada programada.
03 Transporte externo	Veículo e compartimento de carga adequados → lavanderia contratada.
04 Lavanderia contratada	Pesagem → lavagem → secagem → acabamento → inspeção e embalagem.
05 Retorno da roupa limpa	Transporte protegido e segregado → entrega na UPA.
06 Rouparia limpa — UPA	Recebimento/conferência → guarda em ambiente limpo.
07 Distribuição	Entrega setorial em carrinho exclusivo do circuito limpo.

Regra de circulação: Os fluxos são independentes: não há cruzamento de materiais contaminados com esterilizados, nem de roupa suja com roupa limpa. Um item reprovado deve seguir procedimento de devolução/reprocessamento, nunca a área limpa sem controle.

6. Rastreabilidade, monitoramento e registros

Processo/controle	Registro mínimo previsto	Responsável
CME — recebimento	Origem do artigo, identificação do conjunto/material, entrada e intercorrências.	Equipe da CME da UPA.
CME — processamento	Identificação da carga/lote, equipamento, data, parâmetros do ciclo, indicadores aplicáveis e operador.	Equipe da CME / responsável designado.
CME — liberação e destino	Condição de liberação ou bloqueio, destino do lote e vinculação assistencial quando pertinente.	Responsável técnico / CME.
Lavanderia — expedição suja	Guia de coleta por UPA, data, setor ou origem, peso apurado, transportador e ocorrências.	UPA e contratada, conforme contrato.
Lavanderia — retorno limpo	Guia de entrega, volume/quantidade pactuada, conferência, rejeições e reposições.	Rouparia da UPA / fiscal do contrato.
Terceirização — conformidade	Contrato vigente, licença sanitária, evidências dos POPs, indicadores e relatório de fiscalização.	Gestão do ISSSL / fiscal do contrato.

Os registros serão mantidos organizados, acessíveis para auditoria e aptos a apoiar bloqueios, recolhimentos, investigação de desvios, análise de indicadores e decisões corretivas. Os critérios de arquivamento seguirão a legislação e o sistema de gestão documental aplicáveis.

7. Responsabilidades e fiscalização do processamento de roupas

Ator	Atribuições operacionais
ISSSL/gestão da UPA	Definir e manter POPs locais, supervisionar segregação, transporte interno e guarda, fiscalizar a prestação dos serviços e disponibilizar meios e registros necessários.
Responsável pelo CME própria	Coordenar o processamento interno, controlar indicadores e equipamentos, verificar conformidade dos lotes, rastreabilidade e capacitação dos trabalhadores.
Lavanderia terceirizada	Manter licença sanitária e contrato vigente; realizar processamento, controles de qualidade, transporte, documentação e correção de não conformidades.
Fiscal do contrato/apoio administrativo	Acompanhar coleta, devolução, guias e registros; verificar cumprimento de critérios pactuados, documentar ocorrências e providências.
Qualidade e controle de infecção	Apoiar avaliação de riscos, auditorias, investigação de falhas, treinamento e ações de melhoria contínua.

A terceirização da lavanderia será formalizada mediante contrato específico, com vigência atualizada, identificação da empresa licenciada, obrigações, critérios de aceitação, periodicidade de coleta e entrega, indicadores, previsão de reposição e medidas de contingência. A contratação não afasta a responsabilidade de acompanhamento sanitário do serviço de saúde contratante.

8. Gestão dos riscos, não conformidades e continuidade

8.1 Prevenção. Serão implantados POPs acessíveis, rotas sinalizadas, recipientes e carrinhos identificados por finalidade, paramentação e higienização de mãos, treinamento inicial e periódico, além de controle de acesso às áreas de processamento e guarda.

8.2 Desvios no CME. Falha em equipamento, indicador reprovado, embalagem comprometida ou dúvida sobre conformidade implicará bloqueio do lote, registro, investigação e novo processamento quando necessário, com avaliação de impacto sobre a assistência.

8.3 Desvios da lavanderia. Atrasos, diferença de peso ou entrega, roupa inadequada e quebra de segregação serão registrados e tratados pela contratada e pela fiscalização, com reposição, recolhimento e reprocessamento conforme gravidade.

8.4 Continuidade assistencial. Cada UPA dimensionará estoques de segurança de materiais esterilizados e enxoval de acordo com sua demanda. O plano de contingência definirá resposta a falha de esterilização, indisponibilidade de equipamentos e interrupção de coleta/entrega pela lavanderia, sem flexibilização das exigências de segurança.

9. Evidências de implantação e verificação por unidade

Para comprovação em fase de implantação e fiscalização, serão mantidos documentos individualizados por UPA, observada a efetiva infraestrutura disponibilizada e a contratação do serviço:

UPA Norte	UPA Sul
Planta/identificação dos ambientes da CME, expurgo, arsenal e rouparias suja e limpa.	Planta/identificação dos ambientes da CME, expurgo, arsenal e rouparias suja e limpa.
Rotas operacionais segregadas e POPs de materiais esterilizados e roupas.	Rotas operacionais segregadas e POPs de materiais esterilizados e roupas.
Registros de processamento e monitoramento dos equipamentos da CME.	Registros de processamento e monitoramento dos equipamentos da CME.
Contrato vigente, licença da lavanderia e guias de coleta/entrega.	Contrato vigente, licença da lavanderia e guias de coleta/entrega.

UPA Norte	UPA Sul
Registros de capacitação, inspeção e medidas corretivas.	Registros de capacitação, inspeção e medidas corretivas.

10. Fundamentação normativa

RDC Anvisa nº 15/2012 (processamento de produtos para saúde); RDC Anvisa nº 6/2012 (processamento de roupas e terceirização); RDC Anvisa nº 63/2011 (boas práticas dos serviços de saúde); Manual Anvisa de Processamento de Roupas (2009); NR-32, no que couber; Termo de Referência, item V.1.2 e Anexo V.1.5 (AP3-007).

11. Guarda, rastreabilidade e monitoramento

11.1 Guarda dos materiais esterilizados

Os materiais esterilizados serão mantidos em local exclusivo e adequado à conservação das embalagens e à manutenção das condições de uso.

O controle da área compreenderá organização, integridade das embalagens, identificação, condições de armazenamento, movimentação de estoque e restrição de acesso.

11.2 Rastreabilidade dos lotes esterilizados

A instituição manterá sistema de rastreabilidade que possibilite identificar o processamento dos artigos esterilizados.

Conforme o método e sistema adotados, os registros deverão permitir recuperar informações como:

- identificação do lote/carga;
- identificação do equipamento utilizado;
- data e horário do processamento;
- ciclo de esterilização;
- identificação do responsável;
- parâmetros físicos registrados;
- resultados dos indicadores químicos;

- resultados dos indicadores biológicos, quando aplicáveis;
- situação de liberação ou bloqueio do lote;
- registro de não conformidades e providências adotadas;
- destino do material processado e, quando tecnicamente aplicável, vinculação ao procedimento ou paciente.
- A rastreabilidade deverá permitir a identificação e localização dos materiais caso seja necessário realizar bloqueio, recolhimento ou investigação de determinado lote.

11.3 Monitoramento dos processos de esterilização

Os ciclos de esterilização serão submetidos aos controles definidos nos protocolos institucionais, compreendendo os monitoramentos físicos, químicos e biológicos.

Os registros deverão permanecer organizados e disponíveis para consulta, auditoria, investigação de não conformidades e avaliação dos indicadores de qualidade.

Quando identificada falha ou resultado incompatível com os parâmetros estabelecidos, deverá ocorrer bloqueio do lote, avaliação da não conformidade, adoção de medidas corretivas e novo processamento quando indicado, antes da liberação para uso.

12. Rastreabilidade e monitoramento do processamento de roupas

O processamento das roupas também deverá possuir registros suficientes para acompanhamento do processo, incluindo, conforme aplicável, entrada ou volume processado, data, setor de origem, parâmetros de lavagem, produtos utilizados, controles dos equipamentos, ocorrências, não conformidades e saída/distribuição.

Esses registros possibilitarão acompanhar a produtividade, a qualidade do processamento e eventuais desvios operacionais.

12.1 Garantia da unidirecionalidade

A unidirecionalidade constitui requisito essencial dos dois processos. Para sua garantia serão adotadas medidas organizacionais e operacionais destinadas a impedir cruzamentos entre os circuitos contaminados e limpos.

No processamento de materiais, o fluxo seguirá da área suja/expurgo para as etapas de limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição, sem retorno de material processado ao circuito contaminado.

No processamento de roupas, o fluxo seguirá da coleta e recepção da roupa suja para processamento e, posteriormente, para a área limpa, armazenamento e distribuição, mantendo separados os circuitos de transporte.

Sempre que aplicável, a separação será reforçada por barreiras físicas ou técnicas, definição de acessos, sinalização das áreas, equipamentos específicos, rotinas de higienização, treinamento das equipes e controle dos deslocamentos.

13. Fluxo Unidirecional de Materiais esterilizados (serviço próprio)



14. Fluxo Unidirecional de Roupas (serviço de lavandeira externo/terceirizado)



V.1.3 – Fluxo de Resíduos de Serviços de Saúde, Segregado e Unidirecional

1. Objetivo

O gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – RSS será desenvolvido de forma sistematizada, segura, segregada e unidirecional, abrangendo todas as etapas compreendidas entre a geração do resíduo e sua destinação final ambientalmente adequada, de acordo com sua classificação, características e riscos associados.

O processo compreenderá:

GERAÇÃO → SEGREGAÇÃO → ACONDICIONAMENTO → IDENTIFICAÇÃO → COLETA INTERNA → ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO, QUANDO APLICÁVEL → TRANSPORTE INTERNO → ARMAZENAMENTO EXTERNO → COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS → TRATAMENTO, QUANDO EXIGIDO → DESTINAÇÃO FINAL.

O fluxo será organizado de maneira a evitar mistura indevida entre grupos de resíduos, cruzamentos inadequados com materiais limpos e interferências nos fluxos assistenciais, assegurando proteção aos pacientes, trabalhadores, usuários, coletividade e meio ambiente.

2. Identificação dos grupos de resíduos e pontos de geração

Os resíduos serão identificados e segregados conforme os grupos aplicáveis aos serviços de saúde, considerando suas caracteristicas fisicas, químicas, biológicas e os riscos associados.

Grupo A – Resíduos com possível presença de agentes biológicos

Compreende resíduos que, em razão de suas características, podem apresentar risco de infecção e requerem manejo específico.

Principais pontos de geração: classificação, consultórios, medicação, sutura, gesso, sala de estabilização, áreas de observação, laboratórios, raio -X, farmácia e demais setores nos quais sejam realizados procedimentos assistenciais.

O manejo observará ainda a classificação específica dos subgrupos aplicáveis ao serviço e ao tipo de resíduo efetivamente gerado.

Grupo B – Resíduos químicos

Compreende resíduos contendo produtos químicos que possam apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, conforme suas características.

Principais pontos de geração: farmácia, laboratório, áreas assistenciais, CME quando aplicável, manutenção e demais setores que utilizem ou descartem produtos químicos, medicamentos, saneantes ou outros produtos classificados nesse grupo.

Os medicamentos e produtos químicos vencidos, deteriorados, contaminados ou sem possibilidade de utilização deverão seguir fluxo específico de segregação e destinação.

Grupo C – Rejeitos radioativos

Compreende materiais resultantes de atividades que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites definidos pelas normas específicas aplicáveis.

A existência desse grupo dependerá dos serviços efetivamente realizados na unidade. Quando houver geração, seu gerenciamento observará integralmente as normas específicas aplicáveis às atividades com material radioativo.

Grupo D – Resíduos comuns

Compreende resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico e que podem ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Principais pontos de geração: áreas administrativas, recepção, setores de apoio, áreas de circulação, refeitório/copa e demais ambientes da unidade, além das áreas assistenciais quando o resíduo gerado não apresentar características que determinem sua classificação em outro grupo. Os materiais passíveis de reciclagem serão segregados conforme o programa institucional e a disponibilidade de coleta e destinação adequadas.

Grupo E – Materiais perfurocortantes ou escarificantes

Compreende agulhas, lâminas, lancetas, ampolas quebradas e demais materiais perfurocortantes ou escarificantes utilizados nas atividades assistenciais.

Principais pontos de geração: pronto atendimento, sala de estabilização, centro cirúrgico, unidades de internação, salas de procedimentos, laboratórios, coleta de exames, ambulatórios e demais setores nos quais sejam utilizados materiais perfurocortantes.

3. Segregação dos resíduos

A segregação será realizada **imediatamente no local e no momento da geração,** conforme o grupo e as características do resíduo.

Será expressamente vedada a mistura deliberada de resíduos pertencentes a grupos que possuam requisitos distintos de manejo, tratamento ou destinação.

Os recipientes destinados à segregação serão disponibilizados próximos aos respectivos pontos de geração e identificados conforme a classificação e os riscos associados.

A correta segregação constitui uma das principais medidas de segurança do processo, uma vez que reduz riscos ocupacionais, evita aumento desnecessário do volume de resíduos submetidos a tratamento especial e favorece o controle dos custos de gerenciamento.

4. Acondicionamento e identificação

Após a segregação, os resíduos serão acondicionados em recipientes, sacos ou coletores compatíveis com suas características, observando resistência, capacidade, estanqueidade, identificação e demais requisitos técnicos aplicáveis.

Os resíduos perfurocortantes serão descartados imediatamente após o uso em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, devidamente identificados, sendo vedado o esvaziamento manual ou reaproveitamento desses recipientes.

Os resíduos que apresentem riscos específicos receberão identificação compatível com sua classificação.

Os recipientes serão substituídos conforme os limites estabelecidos pelas normas e protocolos institucionais, evitando transbordamento, compactação manual ou exposição desnecessária dos trabalhadores.

5. Coleta e transporte internos

A coleta interna será realizada por profissionais treinados, utilizando equipamentos de proteção individual adequados e seguindo rotas e horários previamente estabelecidos.

O transporte interno ocorrerá por meio de carros coletores exclusivos, identificados, resistentes, laváveis e compatíveis com os resíduos transportados, observando-se a separação necessária entre os diferentes grupos.

As rotas serão organizadas para reduzir interferências com os fluxos de pacientes, alimentos, medicamentos, materiais esterilizados, roupas limpas e demais circuitos considerados limpos.

Após a coleta, os carros e equipamentos utilizados serão submetidos à higienização conforme rotina institucional.

6. Armazenamento temporário

Quando necessário em razão da estrutura física, distância ou volume gerado, os resíduos poderão ser direcionados a local destinado ao armazenamento temporário, antes de seu encaminhamento ao armazenamento externo.

O ambiente será identificado, de acesso controlado, mantido em condições adequadas de higiene e organizado de forma a preservar a segregação entre os diferentes grupos de resíduos.

A permanência nesse ambiente será limitada ao tempo necessário para organização da coleta e transferência ao abrigo externo.

7. Armazenamento externo

Os resíduos serão encaminhados ao abrigo externo de resíduos, localizado e estruturado de maneira compatível com as necessidades da unidade.

O armazenamento externo deverá proporcionar condições para manutenção da segregação, segurança, higienização, controle de acesso e retirada pela empresa ou serviço responsável pela coleta externa.

Os resíduos permanecerão separados e identificados conforme sua classificação até o momento da coleta.

Serão mantidos controles de volume, frequência de retirada e demais registros necessários à rastreabilidade.

8. Garantia da segregação e da unidirecionalidade

O fluxo dos resíduos será organizado de maneira **progressiva e unidirecional,** iniciando-se no ponto de geração e terminando na retirada externa e destinação final.

O resíduo, após retirado do ponto de geração, não deverá retornar às áreas assistenciais ou aos circuitos limpos.

O princípio operacional será:



A organização das rotas, horários e equipamentos deverá minimizar cruzamentos com: **MATERIAL ESTERILIZADO | ROUPA LIMPA | ALIMENTOS | MEDICAMENTOS | PACIENTES | VISITANTES | OUTROS FLUXOS LIMPOS.**

Quando eventual compartilhamento físico de circulação for inevitável em razão das características estruturais da unidade, serão estabelecidas medidas de controle, incluindo separação temporal dos fluxos, definição de horários, higienização dos equipamentos e superfícies, rotas institucionais e procedimentos operacionais específicos.

9. Destinação final por grupo de resíduos

A destinação será definida conforme o grupo, subgrupo, características e requisitos legais aplicáveis.

Grupo	Característica	Tratamento/Destinação
Grupo A	Resíduos com risco biológico	Tratamento prévio quando exigido para o respectivo subgrupo e posterior destinação ambientalmente adequada
Grupo B	Resíduos químicos	Tratamento e destinação compatíveis com as características e riscos do produto/resíduo
Grupo C	Rejeitos radioativos	Gerenciamento e destinação conforme regulamentação específica aplicável

Grupo D	Resíduos comuns	Coleta e destinação pelo sistema aplicável aos resíduos comuns, conforme legislação local
Grupo D – recicláveis	Papel, plástico, vidro, metal e outros materiais passíveis de reciclagem	Encaminhamento à reciclagem quando implantado sistema de coleta seletiva e houver destinação regular
Grupo E	Perfurocortantes	Tratamento quando aplicável e destinação ambientalmente adequada conforme classificação e normas vigentes

A destinação não será definida exclusivamente pelo nome do grupo. Serão consideradas as características específicas do resíduo, seu subgrupo, risco, necessidade de tratamento prévio e legislação aplicável.

10. Contratação do transporte, tratamento e destinação final

Os serviços de coleta externa, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos que exijam manejo especializado serão executados diretamente pela estrutura pública competente, quando aplicável, ou por empresa especializada, regularmente habilitada e licenciada para as atividades correspondentes, contratada pelo Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL.

Na contratação serão verificadas, conforme aplicável:

- licenças e autorizações ambientais;
- regularidade da empresa transportadora;
- habilitação para o tipo de resíduo transportado;
- licenciamento das unidades de tratamento e destinação;
- documentação dos veículos;
- comprovação da destinação ambientalmente adequada;
- emissão e controle dos documentos de transporte;
- registros de coleta, peso ou volume;
- certificados ou comprovantes de tratamento e destinação;
- atendimento às exigências específicas relativas aos resíduos químicos, biológicos ou radioativos.

A documentação deverá permanecer organizada e disponível para fins de rastreabilidade, fiscalização e auditoria.

11. Controle e rastreabilidade

A unidade manterá controles e registros relacionados ao gerenciamento dos resíduos, incluindo, conforme aplicável:

- registro de geração dos resíduos por unidade, setor e ponto de origem, com identificação do tipo de resíduo, grupo e subgrupo, quando aplicável;
- quantificação por setor e grupo de resíduos, em peso (kg) ou volume (L), conforme o método disponível, com período de referência e data do registro;
- registros das coletas internas, com data, horário, setor atendido, equipe responsável e local de encaminhamento para armazenamento temporário ou externo;
- controle das coletas externas, incluindo data e horário da retirada, grupo de resíduos, quantidade coletada, identificação da empresa ou serviço coletor e do transportador;
- identificação do destinador e controle do Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR), ou documento oficial equivalente, com número, data e vinculação à remessa, quando exigido pela regulamentação aplicável;
- Certificado de Destinação Final (CDF) e comprovantes de tratamento ou destinação, conforme aplicável, vinculados às respectivas remessas e aos MTRs exigidos;
- registro da coleta dos resíduos do Grupo D, inclusive recicláveis quando houver, com identificação do serviço público, empresa ou entidade responsável, frequência e comprovantes disponíveis;
- controle documental das licenças e autorizações dos prestadores e registro de ocorrências, divergências de quantidade, falhas de segregação e respectivas ações corretivas.



Os controles serão consolidados periodicamente, de forma a permitir a conferência entre a geração, as quantidades retiradas e os comprovantes de recebimento, tratamento e destinação final. Os registros poderão ser mantidos em formulários padronizados ou em sistema eletrônico, permanecendo disponíveis para fiscalização e auditoria.

Serão mantidos os documentos de rastreabilidade exigidos para os resíduos sujeitos a controle específico, inclusive os registros e manifestos aplicáveis ao transporte e à destinação.

As não conformidades identificadas durante segregação, acondicionamento, coleta, transporte ou armazenamento serão registradas, avaliadas e submetidas às ações corretivas necessárias.

12. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS

A Proponente assume o compromisso de elaborar, implantar, manter atualizado e monitorar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS da unidade, compatibilizando-o com as atividades efetivamente desenvolvidas, estrutura física, tipos e volumes de resíduos gerados e legislação aplicável.

O PGRSS contemplará, no mínimo:

diagnóstico dos resíduos gerados → classificação → pontos de geração → segregação → acondicionamento → identificação → coleta e transporte internos → armazenamento → coleta externa → transporte → tratamento → destinação final → responsabilidades → capacitação → segurança ocupacional → contingências → registros → indicadores → monitoramento → revisão periódica.

O documento será revisado sempre que houver alteração significativa dos serviços, processos, estrutura, perfil de geração de resíduos, requisitos legais ou identificação de necessidade de melhoria.

13. Responsável técnico

O gerenciamento dos resíduos contará com responsável técnico/profissional legalmente habilitado, conforme as competências profissionais e os requisitos legais aplicáveis, formalmente designado pela instituição, sendo este, preferencialmente, o enfermeiro, legalmente inscrito no COREN-TO e que execute a atividade de SCIH.

Ao responsável caberá acompanhar a implantação e manutenção do PGRSS, orientar as equipes, monitorar os processos, verificar os registros e indicadores, participar da análise das não conformidades e promover as atualizações necessárias.

A designação será formalizada e mantida documentalmente, com identificação do profissional, função, registro no respectivo conselho profissional quando aplicável e atribuições relacionadas ao PGRSS.

14. Capacitação e monitoramento

Os trabalhadores envolvidos direta ou indiretamente no manejo dos resíduos receberão capacitação inicial e periódica sobre:

classificação dos resíduos → segregação correta → acondicionamento → identificação → riscos ocupacionais → uso de EPIs → coleta interna → transporte → armazenamento → condutas em acidentes → resposta a derramamentos → fluxo de comunicação de não conformidades.

O gerenciamento será acompanhado por indicadores e verificações periódicas, permitindo identificar falhas de segregação, inadequações de acondicionamento, acidentes ocupacionais, volumes gerados, frequência das coletas e conformidade da documentação de destinação.

15. Síntese do fluxo operacional



Conclusão

A Proponente assegurará a implantação de sistema de gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde estruturado segundo os princípios da segregação na fonte, acondicionamento seguro, identificação, rastreabilidade e unidirecionalidade, abrangendo integralmente o percurso entre a geração e a destinação final.

O modelo proposto demonstra a manutenção da segregação durante todas as etapas, a definição das responsabilidades, a rastreabilidade documental da destinação e o compromisso institucional com a elaboração, implantação e atualização permanente do PGRSS, sob acompanhamento de profissional legalmente habilitado.

A coleta externa, o transporte, o tratamento, quando exigido, e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B e E serão executados por empresa especializada contratada pelo Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL, com licença ambiental vigente e emissão do Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR) e do Certificado de Destinação Final (CDF), conforme exigências aplicáveis. Os resíduos do Grupo D serão encaminhados à coleta pública municipal, conforme as regras locais e a classificação estabelecida no PGRSS.

V.1.4 Fluxo de Registros, Documentos e Prontuários de Usuários

Parte I – Área de atividades | 2.1 Fluxos operacionais

Unidades de aplicação	Unidade de Pronto Atendimento – UPA Norte e UPA Sul | Palmas/TO
Natureza do instrumento	Fluxo operacional da gestão de registros, documentos e prontuários
Abrangência	Do acolhimento e classificação de risco à guarda, disponibilização e contingência
Compromisso da proponente	Implantação e manutenção dos fluxos, prazos, mecanismos de segurança e evidências previstos neste documento

DIRETRIZ DE DISPONIBILIZAÇÃO E PRAZOS

SEMUS	Acesso em tempo real, por perfil autorizado; relatórios e cópias específicas em até 5 dias úteis.
Órgãos de controle	Prazo fixado na requisição; na ausência de prazo expresso, até 10 dias úteis.
Titular / representante	Sumário de alta no desfecho assistencial; cópia integral do prontuário em até 15 dias corridos.

Todos os prazos dependem de protocolo, autenticação/legitimidade do solicitante, proteção dos dados e comprovação da entrega. Na existência de prazo legal ou de requisição mais restritivo, deverá prevalecer o exigível no caso concreto.

1. Objetivo

A gestão dos registros, documentos e prontuários dos usuários será organizada de forma integrada, segura e rastreável, abrangendo todo o seu ciclo de vida, desde a identificação e abertura do atendimento até o encerramento, arquivamento, guarda, disponibilização, recuperação e destinação, conforme os prazos e requisitos legais aplicáveis.

O prontuário constitui instrumento essencial para a continuidade do cuidado, comunicação entre os profissionais, segurança do paciente, comprovação da assistência prestada, produção de informações, auditoria e atendimento às demandas administrativas e legais.

O processo observará os princípios de integridade, autenticidade, disponibilidade, confidencialidade, rastreabilidade, proteção de dados pessoais e controle de acesso, inclusive em relação aos registros produzidos em sistemas informatizados.

O fluxo principal observará as etapas abaixo, complementadas pela disponibilização sob demanda e pela contingência em caso de indisponibilidade do sistema:

ETAPA	ATIVIDADE	PONTO DE CONTROLE
01	Identificação / cadastro	Identificador do usuário e do atendimento
02	Acolhimento e classificação de risco	Ficha vinculada ao mesmo prontuário
03	Registros assistenciais	Data, horário, autor e sequência cronológica
04	Desfecho e encerramento	Alta, transferência, internação, saída ou óbito
05	Conferência e arquivamento	Integridade, indexação e guarda
06	Disponibilização e controle	Prazos do item 23 e registro de entrega

2. Fluxo do prontuário do usuário – da abertura ao arquivamento

2.1 Identificação e abertura do atendimento

No primeiro contato com a unidade, o usuário será identificado pela Recepção/Setor Administrativo, mediante conferência dos dados disponíveis e adoção das medidas necessárias para garantir sua identificação segura.

Será realizada busca prévia no sistema para verificar a existência de cadastro anterior, reduzindo o risco de duplicidade de registros.

Quando necessário, será realizado novo cadastro e gerado número de atendimento, episódio ou outro identificador institucional que permita vincular todos os registros produzidos durante aquele atendimento.

Nos casos de urgência ou emergência em que não seja possível obter imediatamente todos os dados de identificação, o atendimento assistencial não será retardado. Será utilizado mecanismo institucional de identificação provisória, com posterior regularização dos dados tão logo seja possível.

Responsável: Recepção/Administrativo.
Registros: identificação do usuário, data e horário de chegada, número do atendimento e demais dados cadastrais necessários.

3. Acolhimento e vinculação à classificação de risco

Após a abertura do atendimento, o usuário será encaminhado ao acolhimento com classificação de risco, quando aplicável ao perfil assistencial da unidade.

A classificação de risco será registrada pelo profissional habilitado, contendo, no mínimo, os dados necessários para demonstrar a avaliação realizada, tais como:

- data e horário;
- queixa principal;

- sinais e sintomas;
- sinais vitais e demais parâmetros avaliados;
- discriminadores ou critérios utilizados;
- nível/prioridade atribuída;
- identificação do profissional responsável;
- reavaliações e reclassificações, quando necessárias.

O registro da classificação de risco deverá permanecer vinculado ao mesmo atendimento/prontuário do usuário, garantindo que a equipe médica e de enfermagem tenha acesso às informações que fundamentaram a prioridade assistencial.

Quando o sistema for informatizado, a vinculação ocorrerá por meio do identificador único do usuário e/ou número do atendimento. Em contingência manual, a ficha de classificação será identificada com os mesmos elementos do atendimento e posteriormente incorporada ao prontuário eletrônico.

Responsável: Enfermeiro/profissional habilitado para classificação de risco.
Ponto de controle: nenhum registro de classificação de risco deverá permanecer desvinculado do respectivo atendimento.

4. Registros assistenciais

Durante o atendimento, todos os profissionais envolvidos deverão registrar as informações relacionadas à assistência prestada dentro de suas respectivas competências.
O prontuário poderá reunir, conforme o caso:
acolhimento → classificação de risco → avaliação médica → evolução médica → evolução de enfermagem → registros multiprofissionais → prescrições → checagem de medicamentos → procedimentos → exames solicitados → resultados e laudos → registros de monitoramento → intercorrências → encaminhamentos → regulação → transferência → alta → óbito.

Os registros deverão ser realizados de maneira clara, cronológica, legível e identificada, contendo data, horário e identificação do profissional responsável, conforme os requisitos aplicáveis ao meio utilizado.

As informações produzidas pelos diferentes setores deverão integrar o mesmo conjunto documental do atendimento, preservando a continuidade e a rastreabilidade da assistência.

5. Documentos administrativos vinculados ao atendimento

Além dos registros estritamente assistenciais, poderão integrar ou estar relacionados ao atendimento documentos administrativos necessários à sua formalização e continuidade, tais como autorizações, termos, declarações, formulários, documentos de encaminhamento, registros de transferência e demais documentos pertinentes.

Quando mantidos em sistema distinto, deverá existir mecanismo que permita sua localização e vinculação ao usuário ou ao episódio assistencial correspondente.

6. Encerramento do atendimento

O atendimento será encerrado após definição do respectivo desfecho clínico, que poderá compreender, conforme o perfil da unidade:

ALTA → TRANSFERÊNCIA → INTERNAÇÃO/ENCAMINHAMENTO → EVASÃO/SAÍDA, QUANDO APLICÁVEL → ÓBITO.

Antes do encerramento, os registros deverão refletir adequadamente a assistência realizada e o desfecho do usuário.

Na alta, deverão ser registrados, conforme aplicável, diagnóstico, condição clínica, orientações, prescrição, encaminhamentos, sinais de alerta e contrarreferência.

Nas transferências, o prontuário deverá conter a indicação clínica, medidas adotadas, condições do usuário, serviço de destino e informações necessárias à continuidade do cuidado.

Nos casos de óbito, deverão ser realizados os registros clínicos e administrativos pertinentes, de acordo com os procedimentos institucionais e requisitos legais.

7. Conferência e organização documental

Após o encerramento do atendimento, os documentos serão organizados de forma a permitir sua posterior recuperação.

Os mecanismos de controle deverão possibilitar identificar pendências, inconsistências, ausência de documentos obrigatórios ou outras não conformidades documentais.

Eventuais correções deverão preservar a informação original e sua rastreabilidade, não sendo permitida a eliminação indevida de registros ou alteração que impeça a identificação do conteúdo anteriormente registrado.

8. Arquivamento

Os prontuários e documentos serão arquivados de forma organizada, segura e recuperável.
Nos registros eletrônicos, serão adotados mecanismos de indexação, autenticação, controle de acesso, rastreabilidade e preservação.

Quando houver documentação física, esta será encaminhada ao setor responsável pelo arquivo/SAME ou estrutura equivalente, organizada segundo metodologia que permita rápida localização e controle de movimentação.

O arquivamento deverá impedir acesso não autorizado, extravio, perda, destruição indevida ou exposição das informações.

Responsáveis: SAME/Arquivo, setor administrativo responsável e Tecnologia da Informação, conforme o meio utilizado.

9. Política de guarda e temporalidade

A guarda dos prontuários e demais documentos observará os prazos de conservação definidos pela legislação vigente e pelas normas específicas aplicáveis a cada categoria documental, considerando o meio físico ou eletrônico, a natureza do registro e sua finalidade.

A instituição manterá política de temporalidade documental que contemple:

- classificação dos documentos;
- prazo de guarda;
- local ou meio de armazenamento;
- responsabilidade pela custódia;
- condições de acesso;
- preservação da integridade;
- critérios para digitalização, quando aplicável;
- destinação após o término do prazo de guarda;
- eliminação segura quando legalmente permitida;
- preservação permanente quando exigida.

Nenhum documento será eliminado sem observância do prazo aplicável e do procedimento institucional formalmente estabelecido.

Para os prontuários de pacientes, observar-se-á, como referência legal mínima, o prazo de 20 (vinte) anos a partir do último registro, nos termos do art. 6º da Lei nº 13.787/2018, sem prejuízo de obrigações de preservação, prazos especiais e das exigências arquivísticas e éticas incidentes. A eliminação não será automática e dependerá de avaliação documental formal e procedimento seguro.

10. Sigilo, confidencialidade e proteção de dados

As informações assistenciais e administrativas relacionadas ao usuário serão tratadas como confidenciais, sendo o acesso limitado aos profissionais autorizados e à finalidade necessária ao exercício de suas funções.

A gestão dos registros observará a Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), bem como as normas sanitárias, profissionais, éticas e demais disposições legais aplicáveis.

Serão adotadas medidas administrativas e técnicas para proteção contra acesso não autorizado, perda, alteração, divulgação indevida, destruição ou tratamento incompatível com a finalidade legítima.

Nos sistemas informatizados deverão ser utilizados, conforme a arquitetura tecnológica implantada: **USUÁRIO INDIVIDUAL → AUTENTICAÇÃO → PERFIL DE ACESSO → REGISTRO DE LOG → RASTREABILIDADE DAS AÇÕES → BACKUP → RECUPERAÇÃO.**

As permissões serão estabelecidas segundo as atribuições dos profissionais e o princípio da necessidade de acesso.

O compartilhamento de dados deverá ocorrer exclusivamente nas hipóteses autorizadas e para finalidades legítimas, observando-se os princípios previstos na legislação de proteção de dados.

11. Disponibilização à Secretaria Municipal da Saúde – SEMUS

A proponente assegurará à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas (SEMUS), no âmbito de suas atribuições legais e contratuais, acesso autorizado em tempo real às informações e aos registros disponibilizados no sistema de gestão/prontuário, de acordo com os perfis de acesso e mecanismos de segurança implantados.

O acesso em tempo real será operacionalizado por meio de usuário individual, autenticação e permissões delimitadas, com trilhas de auditoria. Acesso assistencial, estatístico e administrativo observará a finalidade e a necessidade de cada perfil, preservado o sigilo dos dados pessoais de saúde.

Além do acesso em tempo real, a proponente disponibilizará relatórios, extrações, documentos ou cópias específicas formalmente solicitados pela SEMUS no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados do primeiro dia útil subsequente ao protocolo da solicitação, salvo prazo legal, contratual ou ordem formal mais restritiva.

As solicitações poderão ser atendidas por relatórios eletrônicos, arquivos digitais, acesso controlado, cópias documentais ou outro meio seguro pactuado, com registro de protocolo, conteúdo entregue, destinatário, data, horário e comprovante de disponibilização.

Prazo vinculante: acesso ao sistema em tempo real; relatórios e cópias específicas em até 5 dias úteis.
Responsáveis: Gestão da unidade, SAME/Arquivo, SAU ou setor designado e Tecnologia da Informação, conforme o objeto.

12. Disponibilização aos órgãos de controle e fiscalização

As demandas de órgãos de controle, fiscalização ou autoridades legalmente competentes serão formalmente recebidas, protocoladas, classificadas e encaminhadas ao setor responsável para localização, conferência de integridade, análise da legitimidade e disponibilização segura dos documentos e registros requisitados.

O prazo de resposta será o expressamente determinado na requisição. Na ausência de prazo indicado pelo órgão requisitante e inexistindo disposição legal específica diversa, a proponente atenderá à solicitação em até 10 (dez) dias úteis, contados do primeiro dia útil subsequente ao protocolo, assegurada a prevalência de prazo legal ou judicial aplicável.

Respostas parciais ou impedimentos legais serão formalmente justificados e comunicados no prazo devido; nenhuma resposta será dada por concluída sem evidência de envio, recebimento ou disponibilização segura.

Prazo vinculante: prazo fixado na requisição; se omisso, até 10 dias úteis.

Responsáveis: Gestão, SAME/Arquivo, assessoria jurídica quando necessária e área detentora do documento.

13. Disponibilização ao usuário ou representante legal

O usuário ou seu representante legal terá assegurado o direito de acesso às informações e de obtenção de cópia do prontuário, mediante identificação, verificação de legitimidade, protocolo e medidas adequadas de confidencialidade, observados a LGPD e os deveres éticos profissionais.

No encerramento da assistência por alta, será entregue o sumário (resumo) de alta ao usuário ou ao representante legal, no próprio desfecho do atendimento, em formato físico ou eletrônico seguro, com as informações clínicas e orientações pertinentes, conforme aplicabilidade assistencial. Nas transferências, serão fornecidos os documentos necessários à continuidade do cuidado.

Quando solicitada, a cópia integral do prontuário será disponibilizada ao titular ou representante legal legitimado em até 15 (quinze) dias corridos, contados do protocolo da solicitação. O prazo operacional adotado para entrega da cópia integral é compatibilizado com o art. 19, II, da Lei nº 13.709/2018, sem confundir a declaração completa de acesso a dados pessoais prevista nesse dispositivo com a cópia clínica do prontuário. A confirmação simplificada de tratamento e o acesso passível de resposta imediata serão atendidos sem demora injustificada, conforme a LGPD.

As informações serão entregues gratuitamente nos casos exigidos pela legislação, em formato seguro e acessível, vedada a disponibilização a pessoa não autorizada. Eventuais limitações legais deverão ser fundamentadas, registradas e comunicadas ao solicitante.

O fluxo será: **solicitação → validação do requerente → protocolo → localização → conferência e proteção de dados de terceiros → autorização de disponibilização → entrega segura → recibo e encerramento.**

Prazos vinculantes: sumário de alta no desfecho assistencial; cópia integral em até 15 dias corridos.

Responsáveis: Equipe assistencial (sumário de alta) e SAME/Arquivo/SAU/Gestão (cópia integral e protocolo).

14. Controle das solicitações de documentos

Todas as solicitações de acesso ou disponibilização serão registradas em controle próprio, eletrônico ou físico, permitindo acompanhamento dos prazos, responsabilização e comprovação do atendimento.

CONTROLE	INFORMAÇÃO / EVIDÊNCIA MÍNIMA
Solicitante/categoria	SEMUS; órgão de controle; usuário; representante legal
Protocolo	Número, data, horário de recebimento e canal
Objeto e abrangência	Prontuário, sumário, relatório, cópia específica ou dados solicitados
Verificação da legitimidade	Identificação, representação, fundamento e autorização aplicável
Prazo e data-limite	Regra aplicável: tempo real / 5 dias úteis / requisição ou 10 dias úteis / alta ou 15 dias corridos
Localização e responsável	Setor detentor, responsável e andamento
Conferência documental	Integridade, anexos, dados de terceiros e sigilo
Entrega e encerramento	Data, hora, meio seguro, destinatário e número de recibo / log
Exceções / justificativas	Registro de impedimento, resposta parcial, prazo específico e providências

15. Indisponibilidade do sistema informatizado – plano de contingência

A unidade manterá procedimento de contingência destinado a assegurar a continuidade dos registros assistenciais e administrativos em situações de indisponibilidade parcial ou total do sistema informatizado.

A indisponibilidade do sistema não deverá interromper a assistência nem impedir o registro das informações essenciais ao cuidado.

Quando identificada indisponibilidade, será acionado o fluxo:

Fluxo acionável: **detecção da indisponibilidade → comunicação à TI e à coordenação → abertura de ocorrência → ativação de formulários padronizados → registros assistenciais manuais completos → guarda controlada dos originais → restabelecimento → digitalização/transcrição rastreável → conferência → vinculação ao prontuário.**

16. Registros durante a contingência

Durante a indisponibilidade, serão utilizados formulários previamente padronizados e identificados.

Os documentos deverão conter elementos suficientes para permitir posterior vinculação ao prontuário, incluindo, conforme aplicável:

- identificação do usuário;
- número de atendimento, quando disponível;
- data e horário;
- setor;
- classificação de risco;
- avaliação profissional;
- prescrições;
- administração de medicamentos;
- procedimentos;
- resultados disponíveis;
- evoluções;
- intercorrências;
- desfecho;
- identificação e assinatura do profissional responsável.

A documentação de contingência permanecerá sob controle da unidade até sua integração ao prontuário definitivo.

17. Recuperação e integração após restabelecimento

Após o restabelecimento do sistema, os registros realizados durante a contingência serão recuperados e incorporados ao prontuário do usuário mediante processo controlado.

A integração deverá assegurar:

IDENTIFICAÇÃO CORRETA → ORDEM CRONOLÓGICA → INTEGRIDADE DA INFORMAÇÃO → IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR → DATA/HORÁRIO ORIGINAL → RASTREABILIDADE DA INSERÇÃO POSTERIOR.

Quando houver digitação posterior de informações, deverá ser possível distinguir o momento da realização do atendimento do momento da inserção no sistema.

Os documentos originais de contingência serão mantidos ou destinados conforme a política documental e as regras aplicáveis.

A recuperação não altera a data e o horário originais da assistência. A inserção posterior deverá registrar, de forma diferenciada, o momento do evento e o momento da digitação, com responsável identificado e dupla checagem de vinculação para evitar duplicidade ou atribuição de registros a usuário incorreto.

18. Backup, recuperação e segurança dos registros eletrônicos

A área de Tecnologia da Informação deverá manter mecanismos compatíveis com a solução tecnológica implantada para assegurar disponibilidade e recuperação dos registros.

Serão contemplados, conforme aplicável:

- rotinas de backup;
- verificação da execução dos backups;
- armazenamento seguro;
- controle de acesso;
- redundância;

- mecanismos de recuperação;
- registros de incidentes;
- testes periódicos de restauração;
- plano de contingência;
- medidas de segurança cibernética;
- controle e rastreabilidade dos acessos.

Os procedimentos de recuperação deverão ser periodicamente testados, evitando que a existência de cópia de segurança sem validação gere falsa expectativa de recuperabilidade.

19. Responsabilidades por etapa

As atribuições abaixo definem o responsável principal e a evidência exigível para fiscalização contratual e auditoria.

ETAPA	RESPONSÁVEL PRINCIPAL	EVIDÊNCIA
Identificação/cadastro	Recepção/Administrativo	Registro de atendimento
Abertura/localização do prontuário	Recepção/Administrativo	Número do atendimento/prontuário
Classificação de risco	Enfermeiro/profissional habilitado	Ficha/registro de classificação
Atendimento médico	Médico	Evolução, prescrição e conduta
Assistência de enfermagem	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Evoluções, anotações e checagens
Atendimento multiprofissional	Profissional responsável	Evolução específica
Exames/SADT	Profissionais responsáveis	Solicitação, execução e laudo
Encerramento	Médico/equipe assistencial	Alta, transferência, internação ou óbito

ETAPA	RESPONSÁVEL PRINCIPAL	EVIDÊNCIA
Organização documental	SAME/Arquivo/Administrativo	Conferência e indexação
Arquivamento e guarda	SAME/Arquivo/TI	Registro físico ou eletrônico
Controle de acesso	TI/Arquivo/Gestão	Logs e registros de movimentação
Contingência	Assistência + TI + Administrativo	Formulários e registro da indisponibilidade
Recuperação	TI + Arquivo + Assistência	Registro da integração/recuperação
Acesso em tempo real – SEMUS	Gestão / TI / áreas autorizadas	Perfil ativo, autenticação e logs
Relatórios / cópias – SEMUS	Gestão / SAME / SAU / TI	Protocolo e entrega em até 5 dias úteis
Órgãos de controle	Gestão / SAME / Jurídico	Requisição, prazo indicado ou até 10 dias úteis e comprovante
Sumário de alta	Médico assistente ou substituto	Documento entregue no desfecho assistencial
Cópia integral – titular	SAME / SAU / Gestão	Validação, entrega em até 15 dias corridos e recibo

20. Síntese do ciclo de vida do prontuário

O prontuário será organizado em sequência unidirecional documental, com vinculação ao identificador do usuário e do episódio, desde a recepção até a recuperação ou destinação legalmente autorizada:

01 - Identificação e abertura Cadastro seguro, número de atendimento e localização do prontuário.

02 - Classificação de risco Registro do enfermeiro, prioridade e vinculação ao mesmo episódio.

03 - Atendimento e registros Anotações médicas, de enfermagem, multiprofissionais e exames.

04 - Desfecho Sumário de alta no desfecho, transferência ou demais desfechos pertinentes.

05 - Conferência Revisão de completude, legibilidade, integridade, assinaturas e anexos.

06 - Arquivamento/temporalidade Indexação, guarda controlada e retenção segundo normas aplicáveis.

07 - Disponibilização Acesso e entrega segundo a matriz dos itens 11, 12, 13 e 23.

08 - Contingência / recuperação Manutenção dos registros e integração segura quando o sistema estiver disponível.

21. Conclusão

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL, na condição de proponente, compromete-se a implantar e manter nas UPAs Norte e Sul processo integrado de gestão do ciclo de vida dos prontuários e demais registros assistenciais e administrativos, assegurando identificação, integridade, confidencialidade, disponibilidade, autenticidade, rastreabilidade, temporalidade, segurança e proteção de dados pessoais.

A classificação de risco, os registros assistenciais, o desfecho e a documentação administrativa permanecerão vinculados ao atendimento, permitindo reconstrução cronológica e verificação pelas instâncias autorizadas. Os documentos de contingência serão conferidos e integrados ao prontuário com preservação dos registros originais.

A disponibilização obedecerá a uma regra única: SEMUS com acesso autorizado em tempo real e relatórios/cópias em até 5 dias úteis; órgãos de controle no prazo da requisição ou, se omissa, em até 10 dias úteis; usuário com sumário de alta no desfecho e cópia integral em até 15 dias corridos. A aplicação será comprovada por protocolos, logs, recibos e trilhas de auditoria.

22. Fluxo institucional de registros, documentos e prontuários de usuários

Representação operacional editável do processo, do acolhimento à guarda e disponibilização:

SEQUÊNCIA DO PROCESSO	CRITÉRIO DE ACEITE / CONTROLE
1. Identificação → 2. Classificação de risco	Mesmo identificador do usuário e mesmo número de atendimento.
3. Atendimento → 4. Desfecho	Registro cronológico, identificação do autor e sumário de alta no desfecho.
5. Conferência → 6. Arquivamento/guarda	Conferência documental, indexação, custódia, sigilo e temporalidade.
7. Disponibilização conforme destinatário	SEMUS: tempo real/5 dias úteis. Controle: requisição/10 dias úteis. Titular: alta/15 dias corridos.
Exceção: indisponibilidade do sistema	Contingência documental, recuperação, conferência e integração rastreável.

23. Representação gráfica do fluxo

Figura 1 – Fluxo institucional consolidado (UPA Norte e UPA Sul). Os prazos abaixo são os mesmos definidos nos itens 11 a 14 e devem ser reproduzidos nos procedimentos de implantação.

FLUXO DO PRONTUÁRIO | CONTINUIDADE E RASTREABILIDADE		
1 IDENTIFICAÇÃO **Cadastro e número único de atendimento**	**2 RISCO** **Classificação vinculada ao prontuário**	**3 ASSISTÊNCIA** **Registros e exames com autoria**
↓	↓	↓
4 DESFECHO **Alta / transferência / outros desfechos**	**5 CONFERÊNCIA** **Integridade e completude documental**	**6 GUARDA** **Indexação, custódia e temporalidade**

↓

7 DISPONIBILIZAÇÃO CONFORME O DESTINATÁRIO

SEMUS: ACESSO EM TEMPO REAL Relatórios e cópias específicas: até 5 dias úteis.	**ÓRGÃOS DE CONTROLE PRAZO DA REQUISIÇÃO** Sem prazo expresso: até 10 dias úteis.	**TITULAR / REPRESENTANTE SUMÁRIO DE ALTA NO DESFECHO** Cópia integral: até 15 dias corridos.

CONTINGÊNCIA: indisponibilidade → comunicação à TI → formulários padronizados → registro assistencial → recuperação do sistema → conferência → integração rastreável ao prontuário.

Segurança transversal:

- autenticação individual
- controle de perfil
- trilhas de acesso
- LGPD
- backup validado
- rastreabilidade de entrega.

Fundamentação normativa e critérios de interpretação

- Lei nº 13.709/2018 (LGPD), em especial arts. 18 e 19, II: acesso aos dados pessoais e declaração completa em até 15 dias; o prazo de cópia integral é assumido como compromisso operacional da proponente.
- Lei nº 13.787/2018: digitalização, guarda e manuseio de prontuários; art. 6º, prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro e requisitos para destinação.
- Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica), arts. 87, § 3º, e 88: elaboração e entrega do sumário de alta e acesso/cópia do prontuário ao paciente.
- Resolução CFM nº 1.821/2007, observadas as alterações posteriores, e demais normas éticas, sanitárias, arquivísticas e contratuais aplicáveis.
- Orientação do instrumento licitatório de Palmas/TO para o item V.1.4: SEMUS em tempo real + 5 dias úteis para relatórios/cópias; controle conforme requisição ou 10 dias úteis; titular com sumário de alta no desfecho e cópia integral em 15 dias.

2.2 Instrumento de Gestão

V.1.5 – Minuta do Regimento Interno das Unidades:

UPA Norte e UPA Sul – Palmas/TO

GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAUDE EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA NORTE E SUL – PALMAS/TO

Objeto: Minuta do Regimento Interno a ser adotado nas UPA Norte e UPA Sul de Palmas/TO, apresentada em texto integral, estabelecendo finalidade, campo de atuação, estrutura organizacional, competências, regras de funcionamento, relações institucionais, mecanismos de aprovação e revisão de acordo com o item V2.10 deste Plano de Trabalho.

Capítulo I – Das disposições preliminares

Art. 1º O presente Regimento Interno estabelece as normas de organização, funcionamento, gestão, assistência, responsabilidades, competências e relações institucionais a serem adotadas na **UPA Norte e na UPA Sul de Palmas/TO**, disciplinando a atuação das áreas assistenciais, administrativas, técnicas e de apoio.

Art. 2º O presente Regimento aplica-se à Direção, Responsáveis Técnicos, coordenações, profissionais assistenciais, administrativos, prestadores de serviços, empresas contratadas e demais colaboradores que desenvolvam atividades nas unidades, independentemente da natureza de seu vínculo.

Art. 3º A organização e o funcionamento das unidades observarão:

I. Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS;
II. A legislação sanitária vigente;
III. As normas expedidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas – SEMUS;
IV. As normas dos respectivos conselhos profissionais;
V. O Edital, Termo de Referência, instrumento de parceria e Plano de Trabalho aprovados;
VI. As diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção à Saúde;
VII. Os princípios da humanização, segurança do paciente, integralidade, equidade, resolutividade, ética e continuidade do cuidado.

Capítulo II – Da finalidade e do campo de atuação

Art. 4º As UPA Norte e UPA Sul têm por finalidade prestar atendimento qualificado, humanizado, seguro e resolutivo às situações de urgência e emergência, em regime de funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados, constituindo pontos estratégicos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Art. 5º As unidades atuarão no atendimento de condições agudas ou agudizadas, de natureza clínica e demais situações compatíveis com o perfil assistencial, capacidade instalada e serviços definidos no Termo de Referência e no Plano de Trabalho.

Art. 6º Constituem campos de atuação das unidades:

I. Recepção, identificação e registro dos usuários;
II. Acolhimento e classificação de risco;
III. Atendimento médico;
IV. Assistência de enfermagem;
V. Atendimento às urgências e emergências;
VI. Atendimento e estabilização de pacientes graves e críticos;
VII. Administração de medicamentos;
VIII. Realização de procedimentos assistenciais;
IX. Observação clínica;
X. Atendimento em clínica médica, pediatria, ortopedia e demais especialidades previstas no escopo contratual;
XI. Apoio diagnóstico e terapêutico – SADT;
XII. Assistência farmacêutica;
XIII. Assistência multiprofissional, quando indicada;
XIV. Regulação assistencial;
XV. Transferência segura;
XVI. Alta responsável;
XVII. Referência e contrarreferência;
XVIII. Vigilância epidemiológica;

XIX. Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência;

XX. Segurança do paciente;

XXI. Educação permanente das equipes.

Art. 7º O atendimento será organizado de acordo com a necessidade clinica e a classificação de risco, garantindo prioridade aos pacientes com maior gravidade, independentemente da ordem de chegada.

Art. 8º São objetivos das UPA Norte e UPA Sul:

I. Garantir acesso qualificado às urgências e emergências;

II. Identificar precocemente situações de risco à vida;

III. Prestar atendimento imediato aos pacientes criticos;

IV. Estabilizar usuários em condições graves;

V. Realizar diagnóstico e tratamento inicial;

VI. Manter usuários em observação quando clinicamente indicado;

VII. Reduzir riscos e agravos evitáveis;

VIII. Garantir continuidade do cuidado;

IX. Articular o atendimento com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

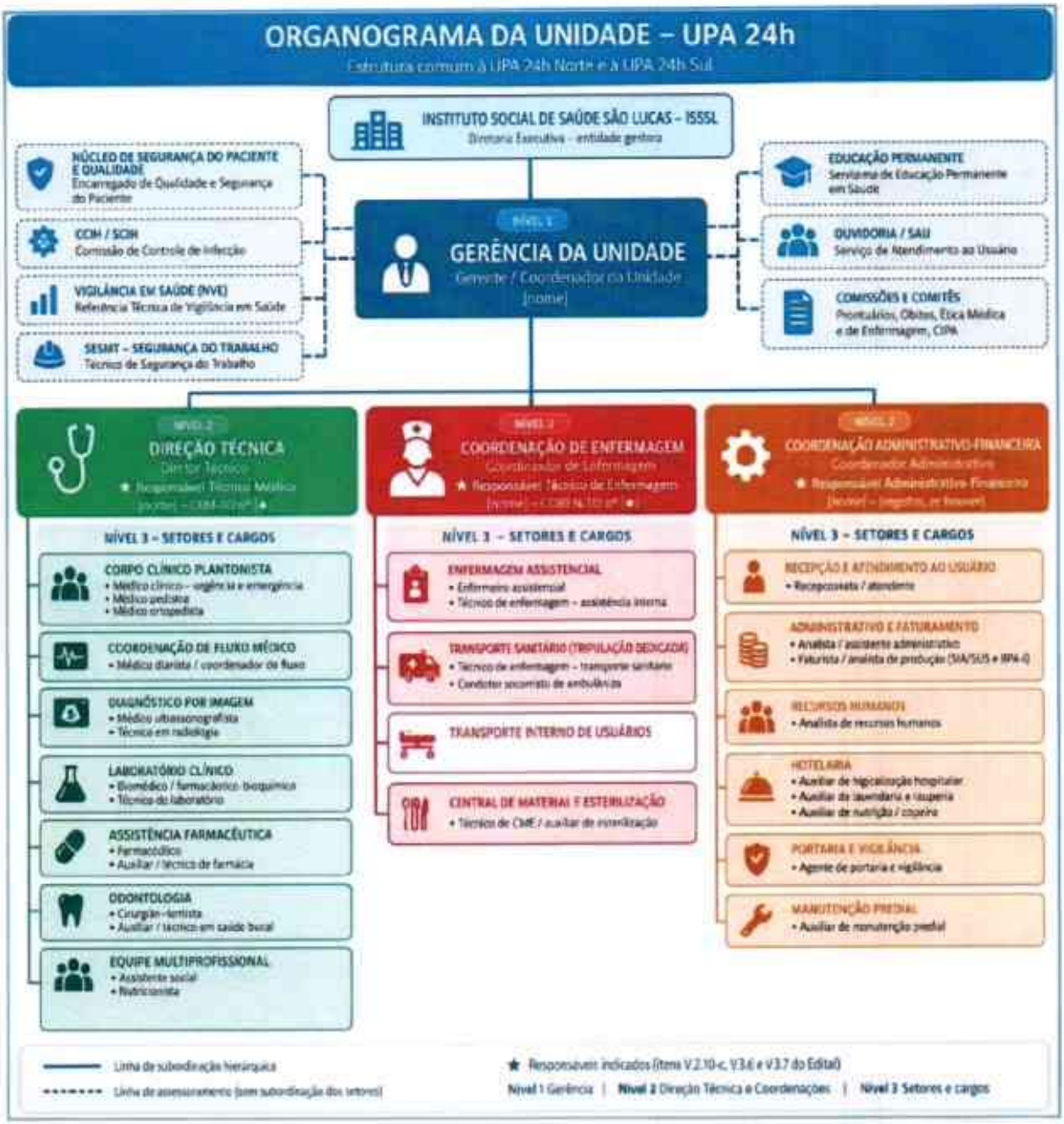
X. Regular e transferir usuários quando necessária assistência não disponível nas unidades;

XI. Garantir alta responsável, encaminhamento e contrarreferência.

Capítulo III – Da estrutura organizacional

Art. 9º A estrutura organizacional das UPA Norte e UPA Sul será organizada em três níveis hierárquicos, mantendo correspondência integral com o Organograma.

QUADRO ORGANOGRAMA DA UNIDADE - UPA 24 HORAS



NÍVEL 3 — SETORES E EQUIPES

Setores assistenciais, de apoio diagnóstico, de apoio operacional e administrativos
Equipes médica, de enfermagem, multiprofissional, de apoio e administrativa (Seção 6)

Primeiro Nível – Direção

Direção Geral das UPA Norte e UPA Sul.

Segundo Nível – Coordenações

I. Coordenação Médica/Responsável Técnico Médico;

II. Coordenação de Enfermagem/Responsável Técnico de Enfermagem;

III. Coordenação Administrativa-Financeira/Responsável Administrativo-Financeiro.

Terceiro Nível – Áreas Operacionais

Compreende os serviços assistenciais, administrativos e de apoio subordinados às respectivas coordenações, conforme organograma institucional.

Art. 10. Constituem áreas de assessoramento direto à Direção Geral:

I. Qualidade e Segurança do Paciente;

II. CCIH/SCIRAS;

III. Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;

IV. Núcleo de Vigilância Epidemiológica – NVE;

V. Educação Permanente;

VI. Ouvidoria/Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU;

VII. Assessoria Técnica;

VIII. Comissões e Comitês institucionais.

§1º As relações de subordinação hierárquica serão representadas no Organograma por linhas contínuas.

§2º As relações de assessoramento técnico serão representadas por linhas tracejadas.

§3º A estrutura prevista neste Regimento deverá permanecer coerente com o Organograma do item V.2.10, inclusive quanto às linhas de autoridade, subordinação e assessoramento.

Capítulo IV – Da direção geral

Art. 11. A Direção Geral constitui a instância superior de gestão das UPA Norte e UPA Sul, responsável pelo planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades assistenciais, administrativas e operacionais.

Art. 12. Compete à Direção Geral:

I. Assegurar o funcionamento ininterrupto das unidades;
II. Garantir o cumprimento deste Regimento;
III. Assegurar o cumprimento do Edital, Termo de Referência, Plano de Trabalho e instrumento de parceria;
IV. Representar administrativamente as unidades perante a SEMUS;
V. Integrar as áreas médica, de enfermagem, administrativa e de apoio;
VI. Garantir recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos e infraestrutura necessários;
VII. Acompanhar metas e indicadores;
VIII. Acompanhar escalas e cobertura dos postos de trabalho;
IX. Promover reuniões gerenciais periódicas;
X. Garantir implantação e cumprimento dos protocolos institucionais;
XI. Assegurar condições para atuação dos Responsáveis Técnicos;
XII. Analisar riscos, incidentes, eventos adversos e não conformidades;
XIII. Determinar e monitorar planos de ação;
XIV. Acompanhar manifestações dos usuários;
XV. Garantir o funcionamento das comissões, núcleos e serviços institucionais;
XVI. Encaminhar à SEMUS relatórios, indicadores e informações solicitadas;
XVII. Promover integração das UPAs Norte e Sul,
XVIII. com a Regulação e a Rede de Atenção à Saúde.

Capítulo V – Da coordenação médica e responsabilidade técnica

Art. 13. A Coordenação Médica será exercida por médico legalmente habilitado e regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina, formalmente designado como **Responsável Técnico Médico**.

Art. 14. Compete à Coordenação Médica:

I. Coordenar tecnicamente a assistência médica;
II. Supervisionar o corpo clínico;
III. Elaborar e acompanhar escalas médicas;
IV. Assegurar a cobertura médica prevista;
V. Supervisionar protocolos e rotinas clínicas;
VI. Acompanhar os registros médicos;
VII. Monitorar indicadores assistenciais;
VIII. Participar da análise de eventos adversos;
IX. Supervisionar a assistência aos pacientes críticos;
X. Apoiar os processos de regulação e transferência;
XI. Participar das ações de segurança do paciente;
XII. Promover educação permanente do corpo clínico;
XIII. Comunicar à Direção situações que possam comprometer a assistência.

Art. 15. Vinculam-se à Coordenação Médica:

I. Clínica Médica;
II. Pediatria;
III. Ortopedia;
IV. Sala de Emergência e Estabilização;
V. Observação Médica;
VI. Apoio médico à Regulação e Transferência;
VII. Odontologia, conforme aplicável;
VIII. Serviço de Ultrassonografia;

Capítulo VI – Da coordenação de enfermagem

Art. 16. A Coordenação de Enfermagem será exercida por enfermeiro legalmente habilitado, formalmente designado como **Responsável Técnico de Enfermagem**.

Art. 17. Compete à Coordenação de Enfermagem:

I. Planejar, organizar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem;
II. Organizar e supervisionar escalas;
III. Garantir o dimensionamento das equipes;
IV. Supervisionar enfermeiros e técnicos de enfermagem;
V. Coordenar o acolhimento e a classificação de risco;
VI. Supervisionar salas de medicação e procedimentos;
VII. Acompanhar a assistência na Sala de Emergência e Estabilização;
VIII. Supervisionar a assistência na Observação;
IX. Garantir a qualidade dos registros de enfermagem;
X. Monitorar riscos e eventos adversos;
XI. Supervisionar o cumprimento dos POPs e protocolos;
XII. Participar das ações de prevenção e controle de infecções;
XIII. Promover educação permanente.

Art. 18. Vinculam-se à Coordenação de Enfermagem:

I. Acolhimento e Classificação de Risco;
II. Sala de Medicação e Procedimentos;
III. Sala de Emergência e Estabilização;
IV. Área de Observação;
V. Enfermeiros Assistenciais;
VI. Técnicos de Enfermagem;
VII. Apoio assistencial à Regulação e Transferência.
VIII. Serviço de imunização e profilaxia;
IX. Notificação compulsória;

Capítulo VII – Da coordenação administrativa-financeira

Art. 19. A Coordenação Administrativa-Financeira será responsável pela organização e supervisão dos recursos administrativos, financeiros, humanos, materiais, logísticos e operacionais necessários ao funcionamento das unidades.

Art. 20. Compete à Coordenação Administrativa-Financeira:

I. Coordenar os serviços administrativos;
II. Supervisionar Recepção e Atendimento ao Usuário;
III. Acompanhar Recursos Humanos e Departamento Pessoal;
IV. Acompanhar os processos financeiros e de faturamento;
V. Coordenar compras e suprimentos;
VI. Supervisionar almoxarifado e estoques;
VII. Acompanhar a assistência farmacêutica;
VIII. Garantir suporte do SADT;
IX. Supervisionar SAME/Arquivo;
X. Garantir suporte de Tecnologia da Informação;
XI. Acompanhar manutenção predial e de equipamentos;
XII. Supervisionar higienização e limpeza hospitalar;
XIII. Acompanhar segurança e controle de acesso;
XIV. Supervisionar nutrição e alimentação;
XV. Assegurar transporte e ambulâncias;
XVI. Acompanhar gestão e operacionalização do Serviço de Assistência Social das unidades;
XVII. Supervisionar hotelaria e apoio operacional;
XVIII. Monitorar indicadores administrativos e financeiros;
XIX. Manter documentos e evidências comprobatórias da execução dos serviços.

Capítulo VIII – Das áreas de assessoramento

Art. 21. As áreas de assessoramento atuarão transversalmente, prestando suporte técnico à Direção e às Coordenações.

Art. 22. À **Qualidade e Segurança do Paciente** compete monitorar processos, riscos, indicadores, não conformidades e planos de melhoria.

Art. 23. Ao **NSP** compete promover ações de segurança do paciente e acompanhar incidentes e eventos adversos.

Art. 24. À **CCIH/SCIRAS** compete planejar e executar ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência.

Art. 25. Ao **NVE** compete executar ações de vigilância epidemiológica, investigação e notificação de doenças e agravos.

Art. 26. À **Educação Permanente** compete identificar necessidades, planejar e executar capacitações e avaliar seus resultados.

Art. 27. À **Ouvidoria/SAU** compete receber, registrar, classificar, encaminhar e acompanhar manifestações dos usuários, consolidando indicadores para melhoria dos serviços.

Art. 28. À **Assessoria Técnica** compete apoiar a Direção e as coordenações na elaboração, implantação, monitoramento e revisão dos instrumentos técnicos e gerenciais.

Art. 29. As **Comissões e Comitês** atuarão conforme legislação, regimentos próprios, planos de trabalho e cronogramas institucionais.

Capítulo IX – Das regras de funcionamento, horários, escalas, substituições e sobreaviso

Do funcionamento e horários

Art. 30. As UPA Norte e UPA Sul funcionarão em regime ininterrupto, 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

Art. 31. Os setores assistenciais essenciais manterão cobertura presencial permanente conforme dimensionamento estabelecido no Termo de Referência e Plano de Trabalho.

Art. 32. Os setores administrativos funcionarão nos horários definidos pela Direção, sem prejuízo da manutenção dos serviços administrativos e operacionais indispensáveis ao funcionamento 24 horas.

Das escalas

Art. 33. As escalas serão elaboradas previamente pelas respectivas coordenações e deverão conter, no mínimo:

I. Nome do profissional;
II. Categoria/função;
III. Setor;
IV. Jornada de trabalho;
V. Horário de entrada e saída;
VI. Plantões e folgas;
VII. Substituições programadas;
VIII. Regime de sobreaviso, quando aplicável.

Art. 34. As escalas deverão ser aprovadas pela coordenação competente e disponibilizadas à Direção antes do início de sua vigência.

Art. 35. É vedada a manutenção de posto assistencial obrigatório sem cobertura profissional.

Das substituições

Art. 36. Ausências previstas deverão ser comunicadas previamente para programação da substituição.

Art. 37. Nas ausências imprevistas, a coordenação deverá ser comunicada imediatamente, cabendo-lhe providenciar profissional substituto devidamente habilitado.

Art. 38. A substituição deverá preservar a qualificação profissional, a habilitação legal e o quantitativo mínimo exigido.

Art. 39. Faltas, atrasos, remanejamentos e substituições deverão possuir registro e rastreabilidade.

Do regime de sobreaviso

Art. 40. O regime de sobreaviso poderá ser adotado para categorias, especialidades ou serviços somente quando previsto no Termo de Referência, Plano de Trabalho, instrumento de parceria e legislação aplicável, não podendo substituir a cobertura presencial obrigatória.

Art. 41. A escala de sobreaviso deverá identificar:

I. Profissional;
II. Categoria ou especialidade;
III. Período de disponibilidade;
IV. Meio de contato;
V. Tempo de resposta e comparecimento, quando aplicável;
VI. Responsável pelo acionamento.

Art. 42. Todo acionamento deverá ser registrado, contendo horário da solicitação, horário da resposta e, quando aplicável, horário do comparecimento do profissional.

Capítulo X – Da organização do fluxo assistencial

Art. 43. O fluxo assistencial será organizado, como regra geral, da seguinte forma:

QUADRO FLUXO ASSISTENCIAL



Art. 44. O usuário que apresente sinais de gravidade ou risco iminente à vida será imediatamente direcionado à Sala de Emergência/Estabilização, sem que procedimentos administrativos retardem o início da assistência.

Art. 45. Os usuários em observação permanecerão sob acompanhamento médico e de enfermagem, com reavaliações periódicas e definição de conduta de acordo com sua evolução clínica.

Capítulo XI – Do relacionamento com A Secretaria Municipal da Saúde, regulação e Rede de Atenção à Saúde

Seção I – Da Secretaria Municipal da Saúde

Art. 46. As UPA Norte e UPA Sul manterão relacionamento institucional permanente com a **Secretaria Municipal da Saúde de Palmas – SEMUS**, reconhecendo suas atribuições como gestora municipal do SUS e responsável pelo acompanhamento, monitoramento, regulação, fiscalização e avaliação dos serviços.

Art. 47. Compete à Direção:

I. Prestar informações requeridas pela SEMUS;
II. Encaminhar relatórios assistenciais, administrativos, financeiros e gerenciais;
III. Disponibilizar indicadores, documentos e evidências;
IV. Apoiar auditorias, fiscalizações, inspeções e avaliações;
V. Participar das reuniões convocadas pelo gestor municipal;

VI. Comunicar imediatamente fatos relevantes que possam comprometer o funcionamento ou a segurança dos usuários;

VII. Executar planos de ação decorrentes das avaliações realizadas;

VIII. Manter interlocução permanente com os setores técnicos da SEMUS.

Seção II – Da Regulação

Art. 48. As unidades manterão integração permanente com a Regulação, observando os fluxos, protocolos e critérios estabelecidos pelo gestor do SUS.

Art. 49. A Regulação será acionada sempre que o usuário necessitar de recurso assistencial, diagnóstico, terapêutico, hospitalar ou especializado não disponível na unidade.

Art. 50. A solicitação deverá conter informações clínicas suficientes para definição do recurso necessário e da prioridade assistencial.

Art. 51. Enquanto aguarda a regulação, o usuário permanecerá sob responsabilidade assistencial da UPA, recebendo estabilização, monitorização, tratamento e reavaliações necessárias.

Art. 52. A transferência deverá ocorrer de forma segura, com documentação assistencial pertinente, definição do destino, comunicação entre os serviços e transporte compatível com a condição clínica.

Seção III – Da Rede de Atenção à Saúde

Art. 53. As UPA Norte e UPA Sul atuarão integradas aos demais pontos da **Rede de Atenção à Saúde – RAS**, visando à integralidade e continuidade do cuidado.

Art. 54. A articulação compreenderá, conforme a necessidade:

I. Atenção Primária à Saúde;

II. SAMU 192;

III. Serviços hospitalares;

IV. Serviços especializados;

V. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;
VI. Rede de Atenção Psicossocial;
VII. Assistência farmacêutica;
VIII. Vigilância em saúde;
IX. Atenção domiciliar;
X. Demais serviços municipais, regionais e estaduais.

Art. 55. A alta será realizada de forma responsável, com orientações, prescrição, encaminhamentos e contrarreferência quando indicada.

Art. 56. Os processos de referência, contrarreferência e transferência deverão assegurar a transmissão das informações necessárias à continuidade do cuidado.

Capítulo XII – Da qualidade, segurança e monitoramento

Art. 57. A gestão das unidades será orientada pela melhoria contínua, gestão de riscos e monitoramento sistemático dos resultados.

Art. 58. Serão acompanhados indicadores relativos, entre outros, a:

I. Número de atendimentos;
II. Classificação de risco;
III. Tempos de espera;
IV. Tempo para atendimento médico;
V. Permanência em observação;
VI. Transferências;
VII. Eventos adversos;
VIII. Óbitos;
IX. Retorno não programado;
X. Satisfação do usuário;
XI. Manifestações do SAU;

XII. Recursos humanos;

XIII. Disponibilidade de medicamentos, materiais e equipamentos;

XIV. Cumprimento das metas contratuais.

Art. 59. Os resultados serão analisados periodicamente pela Direção e coordenações, devendo os desvios gerar planos de ação com responsáveis, prazos, monitoramento e avaliação de efetividade.

Capítulo XIII – Dos recursos humanos e deveres profissionais

Art. 60. As unidades manterão profissionais em quantitativo, qualificação e distribuição compatíveis com o dimensionamento previsto.

Art. 61. Todos os profissionais deverão:

I. Cumprir este Regimento;

II. Observar os protocolos, POPs e normas institucionais;

III. Atuar dentro de suas competências legais;

IV. Preservar o sigilo e a confidencialidade;

V. Manter postura ética e humanizada;

VI. Realizar os registros assistenciais e administrativos pertinentes;

VII. Comunicar incidentes, eventos adversos e situações de risco;

VIII. Participar das capacitações obrigatórias;

IX. Utilizar adequadamente equipamentos e EPIs;

X. Zelar pelo patrimônio institucional.

Capítulo XIV – Dos registros e prontuários

Art. 62. Todo atendimento deverá possuir registro adequado no prontuário do usuário, garantindo identificação profissional, data, horário, rastreabilidade e continuidade assistencial.

Art. 63. Os registros e informações dos usuários deverão ser mantidos sob sigilo e protegidos contra acesso não autorizado, observando-se a legislação aplicável.

Capítulo XV – Da aprovação e revisão do regimento interno

Art. 64. O presente Regimento será submetido à análise da:

I. Direção Geral;
II. Responsabilidade Técnica Médica;
III. Responsabilidade Técnica de Enfermagem;
IV. Coordenação Administrativa-Financeira;
V. Demais instâncias competentes, quando aplicável.

Art. 65. Concluída a análise interna, o Regimento será submetido ao fluxo de aprovação/anuência da Secretaria Municipal da Saúde, conforme estabelecido no instrumento de parceria e nas normas do gestor municipal.

Art. 66. Após sua aprovação, o Regimento deverá ser divulgado e disponibilizado a todos os profissionais das UPA Norte e UPA Sul.

Art. 67. O Regimento será submetido à revisão ordinária anual.

Art. 68. Independentemente do prazo previsto no artigo anterior, deverá ocorrer revisão extraordinária sempre que houver:

I. Alteração da legislação;
II. Alteração do Edital, Termo de Referência, Plano de Trabalho ou instrumento de parceria;
III. Alteração da estrutura organizacional ou do Organograma;
IV. Alteração do perfil assistencial;
V. Implantação, exclusão ou reorganização de serviços;
VI. Modificação dos fluxos de Regulação ou da Rede de Atenção à Saúde;
VII. Determinação ou recomendação da SEMUS;
VIII. Recomendações decorrentes de auditoria ou fiscalização;
IX. Identificação de necessidade decorrente de eventos adversos, análise de riscos ou processo de melhoria.

Art. 69. As alterações propostas deverão ser tecnicamente justificadas, analisadas pelas áreas competentes e submetidas ao mesmo fluxo de aprovação da versão original.

Art. 70. Todas as versões deverão possuir controle documental contendo:
VERSÃO | DATA DE ELABORAÇÃO | DATA DE APROVAÇÃO | DATA PREVISTA PARA REVISÃO | ALTERAÇÃO REALIZADA | ELABORADOR/REVISOR | APROVADOR.

Capítulo XVI – Das disposições finais

Art. 71. Todos os profissionais deverão conhecer e cumprir este Regimento e os demais instrumentos normativos das unidades.

Art. 72. As atribuições previstas neste Regimento não afastam as competências e responsabilidades legalmente estabelecidas para cada profissão.

Art. 73. Os casos omissos serão analisados pela Direção Geral em conjunto com as Responsabilidades Técnicas e, quando pertinente, submetidos à Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 74. O presente Regimento entrará em vigor após sua aprovação pelas instâncias competentes.

TERMO DE APROVAÇÃO

Direção Geral das UPA Norte e UPA Sul

Nome: _____

Assinatura: _____

Responsável Técnico Médico

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

Responsável Técnico de Enfermagem

Nome: _____

COREN: _____

Assinatura: _____

Responsável Administrativo-Financeiro

Nome: _____

Assinatura: _____

Secretaria Municipal da Saúde de Palmas – quando aplicável

Responsável: _____

Data: ____/____/____

V.1.6 – Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem

Minuta do Regimento Interno do Serviço de Enfermagem

UPA Norte e UPA Sul

Capítulo I – Da finalidade e do objeto

Art. 1º O presente Regimento Interno estabelece a organização, as competências, as atribuições, as responsabilidades, as normas de funcionamento e os mecanismos de supervisão do Serviço de Enfermagem da UPA Norte e da UPA Sul, constituindo instrumento normativo para orientação das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no âmbito das unidades.

Art. 2º O Serviço de Enfermagem tem por finalidade assegurar assistência de enfermagem contínua, humanizada, segura, resolutiva, ética e baseada em evidências, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, com as normas da Secretaria Municipal da Saúde, com a legislação profissional vigente e com os protocolos institucionais.

Art. 3º A assistência de enfermagem será organizada de forma integrada ao atendimento médico, multiprofissional, diagnóstico, terapêutico, administrativo e regulatório das unidades, contemplando todas as etapas da jornada do usuário, desde o acolhimento até a definição do desfecho assistencial.

Capítulo II – Da estrutura do serviço de enfermagem

a) Estrutura do serviço e vinculação ao Responsável Técnico de Enfermagem, com indicação do registro no Conselho de Classe

Art. 4º O Serviço de Enfermagem integra a estrutura assistencial da UPA Norte e da UPA Sul, mantendo articulação permanente com a Direção/Gerência da Unidade, Coordenação Médica, setores administrativos e demais serviços assistenciais e de apoio.

Art. 5º O Serviço de Enfermagem será organizado, minimamente, nos seguintes níveis:

I. **Responsável Técnico de Enfermagem – RT;**
II. **Coordenação/Supervisão de Enfermagem;**
III. **Enfermeiros Assistenciais;**
IV. **Técnicos de Enfermagem.**

Parágrafo único. A organização poderá ser complementada por enfermeiros responsáveis por turnos, setores, protocolos, comissões ou áreas específicas, de acordo com o porte, demanda, perfil assistencial e organização operacional de cada unidade.

Art. 6º A responsabilidade técnica pelo Serviço de Enfermagem será exercida por **Enfermeiro Responsável Técnico – RT**, legalmente habilitado e regularmente inscrito no Conselho Regional de Enfermagem – COREN-TO competente, observadas as exigências legais e regulamentares aplicáveis.

Para fins de identificação no documento definitivo:

Responsável Técnico de Enfermagem: _____

Categoria: Enfermeiro(a)

COREN-TO: _____

Registro nº: _____

Anotação/Responsabilidade Técnica: _____

Art. 7º Compete ao Responsável Técnico de Enfermagem planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades do Serviço de Enfermagem, garantindo o cumprimento da legislação profissional, das normas institucionais, dos protocolos assistenciais e dos padrões de segurança e qualidade.

Art. 8º O Responsável Técnico de Enfermagem deverá manter articulação permanente com a Direção/Gerência da unidade, comunicando necessidades de adequação do quadro profissional, riscos assistenciais, eventos adversos, intercorrências relevantes, necessidades de capacitação e demais situações que possam interferir na segurança da assistência.

Capítulo III – Das competências e atribuições profissionais

Seção I – Do enfermeiro

Art. 9º Compete ao Enfermeiro, respeitados os atos privativos e demais disposições da legislação profissional:

I. Realizar avaliação de enfermagem do usuário;

II. Executar e registrar o Processo de Enfermagem, conforme aplicável ao contexto assistencial;
III. Elaborar, implementar, acompanhar e avaliar o plano de cuidados de enfermagem;
IV. Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos científicos e capacidade para tomada imediata de decisão;
V. Realizar acolhimento e classificação de risco quando devidamente habilitado/capacitado e conforme protocolo institucional;
VI. Reconhecer sinais de deterioração clínica e adotar as providências assistenciais necessárias;
VII. Participar do atendimento às urgências e emergências;
VIII. Participar da assistência ao paciente crítico;
IX. Executar e supervisionar procedimentos de enfermagem;
X. Administrar medicamentos conforme prescrição, protocolos e atribuições profissionais;
XI. Supervisionar a administração de medicamentos realizada pela equipe de enfermagem;
XII. Supervisionar os Técnicos de Enfermagem durante o exercício de suas atividades;
XIII. Conferir condições de funcionamento de equipamentos e disponibilidade dos materiais necessários à assistência;
XIV. Verificar carro de emergência, materiais e medicamentos destinados ao atendimento das emergências, conforme rotina institucional;
XV. Realizar passagem de plantão de maneira sistematizada;
XVI. Registrar no prontuário todas as informações pertinentes à assistência prestada;
XVII. Comunicar imediatamente intercorrências clínicas relevantes à equipe médica e demais profissionais envolvidos;
XVIII. Realizar notificações relacionadas à segurança do paciente, eventos adversos e demais ocorrências previstas nos protocolos institucionais;
XIX. Participar dos processos de regulação, transferência e transporte seguro do usuário;
XX. Orientar pacientes, familiares e acompanhantes;
XXI. Participar das ações de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
XXII. Participar das ações do Núcleo de Segurança do Paciente e demais comissões institucionais, quando designado;
XXIII. Participar de treinamentos, capacitações e programas de educação permanente;

XXIV. Supervisionar o cumprimento das normas de biossegurança, precauções e uso adequado de equipamentos de proteção individual;

XXV. Colaborar com auditorias, indicadores assistenciais e processos de melhoria contínua;

XXVI. Comunicar ao superior imediato situações que possam comprometer a segurança do paciente ou da equipe;

XXVII. Exercer as demais atribuições previstas na legislação profissional e nas normas institucionais.

Seção II – Do técnico de enfermagem

Art. 10. Compete ao Técnico de Enfermagem, sob orientação e supervisão do Enfermeiro e dentro dos limites legais de sua categoria:

I. Prestar cuidados de enfermagem conforme prescrição, planejamento assistencial e protocolos institucionais;

II. Verificar e registrar sinais vitais;

III. Realizar procedimentos de enfermagem compatíveis com sua habilitação profissional;

IV. Preparar e administrar medicamentos conforme prescrição, protocolos e normas de segurança;

V. Realizar coleta de materiais para exames quando previsto nas rotinas da unidade;

VI. Auxiliar no preparo do usuário para exames e procedimentos;

VII. Prestar cuidados de higiene, conforto, segurança e posicionamento;

VIII. Auxiliar na mobilização e transporte seguro do paciente;

IX. Observar continuamente o estado clínico do usuário;

X. Comunicar imediatamente ao Enfermeiro qualquer alteração clínica ou intercorrência identificada;

XI. Auxiliar no atendimento às urgências e emergências;

XII. Preparar materiais e equipamentos necessários aos procedimentos;

XIII. Realizar controle e registro das atividades executadas;

XIV. Manter organização do ambiente assistencial;

XV. Participar da conferência de materiais e equipamentos do setor conforme rotina definida;

XVI. Realizar passagem de plantão;

XVII. Registrar de maneira clara, objetiva, cronológica e completa a assistência prestada;

XVIII. Observar as medidas de prevenção e controle de infecções;

XIX. Cumprir as normas de biossegurança e segurança do paciente;

XX. Participar das atividades de educação permanente;

XXI. Comunicar ao Enfermeiro situações de risco, eventos adversos, falhas de equipamentos ou insuficiência de materiais;

XXII. Cumprir as demais atividades compatíveis com sua formação profissional e previstas na legislação vigente.

Capítulo IV – Do dimensionamento e das escalas

Art. 11. O dimensionamento da equipe de enfermagem será estabelecido considerando a legislação profissional vigente, os parâmetros e normativas expedidos pelo sistema COFEN/COREN e as características assistenciais da UPA Norte e da UPA Sul e de acordo com resolução COFEN de dimensionamento vigente e o Parecer Normativo 1/2024.

Art. 12. Para definição quantitativa e qualitativa da equipe deverão ser considerados, entre outros fatores:

I. Funcionamento ininterrupto da unidade;

II. Demanda histórica e projetada;

III. Número médio de atendimentos;

IV. Distribuição da demanda por horários e dias da semana;

V. Perfil epidemiológico;

VI. Gravidade e complexidade dos usuários;

VII. Classificação de risco;

VIII. Quantidade e características dos postos assistenciais;

IX. Número de leitos/poltronas de observação;

X. Necessidade de assistência aos pacientes críticos;

XI. Tempo médio de permanência;

XII. Necessidade de remoções e transferências;

XIII. Carga horária contratual dos profissionais;

XIV. Índice de segurança técnica aplicável;

XV. Ausências previstas e não previstas;

XVI. Férias, licenças, afastamentos e capacitações;

XVII. Características estruturais e operacionais das unidades;

XVIII. Necessidade de manutenção da assistência contínua e segura durante as 24 horas.

Art. 13. As escalas deverão garantir quantitativo compatível com a demanda assistencial em todos os turnos, observando-se a qualificação profissional necessária para cada área.

Art. 14. A elaboração das escalas será de responsabilidade da Coordenação/Supervisão de Enfermagem, sob acompanhamento do Responsável Técnico de Enfermagem.

Art. 15. As escalas deverão prever mecanismos para cobertura de ausências, faltas, licenças e demais situações que possam comprometer o quantitativo mínimo necessário à assistência.

Art. 16. Qualquer situação de insuficiência de profissionais que represente risco à segurança assistencial deverá ser imediatamente comunicada ao Responsável Técnico e à gestão da unidade para adoção das providências necessárias.

Capítulo V – Da passagem de plantão

Art. 17. A passagem de plantão constitui atividade obrigatória destinada a assegurar continuidade, integralidade e segurança da assistência.

Art. 18. A passagem deverá ocorrer entre os profissionais que encerram e os que iniciam o turno, contemplando, conforme aplicável:

I. Identificação do paciente;

II. Diagnóstico ou hipótese diagnóstica;

III. Classificação de risco e condição clínica;

IV. Sinais de alerta e alterações clínicas;

V. Dispositivos invasivos;

VI. Medicamentos e terapias em uso;

VII. Exames realizados e pendentes;

VIII. Procedimentos realizados e pendentes;

IX. Cuidados específicos;

X. Alergias e riscos identificados;

XI. Intercorrências ocorridas no plantão;

XII. Pacientes aguardando regulação ou transferência;

XIII. Pendências assistenciais;

XIV. Informações relevantes à continuidade do cuidado.

Art. 19. As informações deverão ser transmitidas de forma objetiva, clara, organizada e segura, preservando-se a confidencialidade das informações do usuário.

Capítulo VI – Dos registros em prontuário

Art. 20. Todos os cuidados, procedimentos, avaliações, intercorrências e orientações realizadas pela equipe de enfermagem deverão ser registrados no prontuário do paciente.

Art. 21. Os registros deverão ser realizados de maneira legível, objetiva, cronológica, completa e compatível com as normas profissionais e institucionais, contendo identificação do profissional responsável.

Art. 22. Deverão ser registrados, quando aplicáveis:

I. Avaliação de enfermagem;

II. Sinais vitais;

III. Procedimentos realizados;

IV. Medicamentos administrados;

V. Respostas do usuário às intervenções;

VI. Alterações do quadro clínico;

VII. Intercorrências;

VIII. Comunicação realizada à equipe médica ou multiprofissional;

IX. Medidas adotadas;

X. Transferências internas ou externas;

XI. Orientações fornecidas;

XII. Condições do paciente no momento da alta, transferência ou outro desfecho.

Parágrafo único. É vedado omitir, alterar indevidamente, inserir informação falsa ou realizar registros incompatíveis com a assistência efetivamente prestada.

Capítulo VII – Da comunicação de intercorrências

Art. 23. Toda intercorrência clínica ou assistencial deverá ser prontamente identificada, comunicada e registrada.

Art. 24. Na identificação de alteração relevante do estado clínico, o profissional deverá:



Art. 25. Situações graves deverão ser comunicadas imediatamente ao Enfermeiro e ao Médico responsável pelo atendimento, independentemente de outras providências administrativas posteriores.

Art. 26. Eventos adversos, incidentes e situações de risco deverão seguir os fluxos institucionais de notificação e segurança do paciente.

Capítulo VIII – Da supervisão da equipe de enfermagem

Art. 27. A supervisão da equipe de enfermagem será realizada continuamente pelo Enfermeiro, pela Coordenação/Supervisão e pelo Responsável Técnico, de acordo com seus níveis de competência.

Art. 28. A supervisão compreenderá:

I. Acompanhamento das práticas assistenciais;

II. Verificação do cumprimento das rotinas e protocolos;

III. Avaliação dos registros de enfermagem;

IV. Acompanhamento da segurança na administração de medicamentos;

V. Monitoramento das práticas de identificação segura do paciente;

VI. Verificação das medidas de prevenção e controle de infecções;

VII. Acompanhamento da utilização de equipamentos e materiais;

VIII. Identificação de não conformidades;

IX. Orientação imediata dos profissionais quando identificada necessidade de adequação;

X. Avaliação de indicadores assistenciais;

XI. Análise de eventos adversos relacionados à assistência de enfermagem;

XII. Proposição e acompanhamento de planos de melhoria.

Art. 29. As não conformidades identificadas durante a supervisão deverão ser avaliadas quanto ao risco assistencial e tratadas conforme os procedimentos institucionais de qualidade e segurança.

Capítulo IX – Da educação permanente

Art. 30. O Serviço de Enfermagem manterá programa contínuo de Educação Permanente, articulado às necessidades assistenciais e aos riscos identificados nas unidades.

Art. 31. O planejamento das capacitações deverá considerar:

I. Necessidades identificadas pela supervisão;

II. Análise dos indicadores assistenciais;

III. Eventos adversos e incidentes;

IV. Implantação ou revisão de protocolos;

V. Alterações legais e regulamentares;

VI. Incorporação de tecnologias e equipamentos;

VII. Necessidades apontadas pelos profissionais;

VIII. Perfil epidemiológico e assistencial das unidades.

Art. 32. Deverão integrar o programa de educação permanente, conforme planejamento anual, temas como:

I. Acolhimento e classificação de risco;
II. Segurança do paciente;
III. Identificação segura;
IV. Segurança na administração de medicamentos;
V. Prevenção e controle de infecções;
VI. Higienização das mãos;
VII. Urgências e emergências;
VIII. VIII – parada cardiorrespiratória e suporte básico/avançado conforme competências profissionais;
IX. Atendimento ao paciente crítico;
X. Protocolos clínico-assistenciais prioritários;
XI. Prevenção de quedas;
XII. Prevenção de lesões por pressão;
XIII. Comunicação efetiva;
XIV. Transferência segura;
XV. Biossegurança e uso de EPIs;
XVI. Registros de enfermagem;
XVII. Ética e legislação profissional;
XVIII. Humanização da assistência.

Art. 33. As ações de educação permanente deverão possuir registros comprobatórios, incluindo, conforme aplicável, cronograma, conteúdo programático, lista de presença, identificação do instrutor, avaliação da atividade e demais evidências de execução.

Art. 34. Os resultados das capacitações poderão ser avaliados por meio de indicadores, auditorias, observação direta, análise de não conformidades, eventos adversos e avaliação de desempenho das equipes.

Capítulo X – Das normas gerais de funcionamento

Art. 35. Todos os profissionais de enfermagem deverão:

I. Manter inscrição profissional regular;

II. Exercer exclusivamente atividades compatíveis com sua categoria profissional;

III. Cumprir normas técnicas, éticas e institucionais;

IV. Preservar o sigilo das informações dos usuários;

V. Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual;

VI. Comunicar situações que representem risco assistencial;

VII. Participar das ações institucionais de qualidade e segurança;

VIII. Zelar pelos equipamentos, materiais e patrimônio da unidade;

IX. Manter relacionamento profissional respeitoso com usuários, familiares e demais integrantes da equipe;

X. Cumprir protocolos, POPs, rotinas e fluxos institucionais vigentes.

Capítulo XI – Do monitoramento do serviço

Art. 36. O Serviço de Enfermagem deverá acompanhar indicadores relacionados à qualidade e segurança da assistência, incluindo, conforme aplicável:

- eventos adversos relacionados à enfermagem;
- erros e incidentes envolvendo medicamentos;
- quedas;
- lesões por pressão;
- conformidade dos registros de enfermagem;
- adesão à identificação segura;
- adesão à higienização das mãos;
- participação nas capacitações;
- absenteísmo;
- cobertura das escalas;
- conformidade na passagem de plantão;
- cumprimento dos protocolos assistenciais.

Art. 37. Os resultados deverão subsidiar reuniões de análise crítica, definição de ações corretivas e preventivas e processos de melhoria contínua.

Capítulo XII – Das disposições finais

Art. 38. Os casos omissos neste Regimento serão analisados pelo Responsável Técnico de Enfermagem, em conjunto com a gestão da unidade, observadas as competências profissionais e a legislação vigente.

Art. 39. O presente Regimento deverá ser revisado periodicamente e sempre que houver alteração relevante na legislação, estrutura organizacional, perfil assistencial ou processos de trabalho.

Art. 40. As alterações deverão ser submetidas à análise e aprovação das instâncias competentes da gestão.

Art. 41. O presente Regimento entrará em vigor após sua aprovação formal, devendo permanecer acessível aos profissionais do Serviço de Enfermagem.

Art. 42. Todos os profissionais de enfermagem devem estar devidamente registrados no COREN-TO até a data de início das atividades.

Fluxo operacional resumido do serviço de enfermagem



APROVAÇÃO

Responsável Técnico de Enfermagem: _____

COREN-TO: _____

Direção/Gerência da Unidade: _____

Data de aprovação: _____/_____/_____

Data prevista para revisão: _____/_____/_____

V.1.7 – Proposta de Regimento do Corpo Clínico

UPA Norte e UPA Sul

Capítulo I – Da finalidade, abrangência e disposições gerais

Art. 1º O presente Regimento estabelece as normas de organização, funcionamento, composição, competências, responsabilidades, direitos e deveres do **Corpo Clínico da UPA Norte e da UPA Sul**, disciplinando o exercício das atividades médicas nas unidades, em consonância com a legislação vigente, as normas do Conselho Federal de Medicina – CFM e do Conselho Regional de Medicina – CRM/TO competente, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, as determinações da Secretaria Municipal da Saúde e os protocolos institucionais.

Art. 2º O Corpo Clínico tem por finalidade assegurar assistência médica contínua, ética, segura, humanizada, resolutiva e baseada em evidências, garantindo atendimento adequado aos usuários em situações de urgência e emergência, observados o perfil assistencial, a capacidade instalada e os fluxos estabelecidos para cada unidade.

Art. 3º A atuação médica deverá ocorrer de forma integrada às equipes de enfermagem, multiprofissionais, administrativas, diagnósticas e de apoio, bem como à Regulação e aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

Art. 4º Todos os membros do Corpo Clínico estarão sujeitos às disposições deste Regimento, ao Código de Ética Médica, às normas institucionais, aos protocolos assistenciais e à legislação profissional aplicável.

Capítulo II – Da composição, admissão, permanência e desligamento do corpo clínico

Art. 5º O Corpo Clínico será constituído por médicos legalmente habilitados para o exercício profissional, regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins e devidamente vinculados à unidade de acordo com as modalidades legalmente admitidas.

Art. 6º A composição do Corpo Clínico observará o perfil assistencial e as necessidades operacionais da UPA Norte e da UPA Sul, podendo contemplar, conforme aplicável:

I. Médicos emergencistas;

II. Médicos clínicos;

III. Médicos pediatras;
IV. Médicos responsáveis pela sala de emergência;
V. Médicos destinados aos setores de observação;
VI. Médicos de especialidades necessárias ao funcionamento das unidades;
VII. Médicos em regime de sobreaviso, quando aplicável;
VIII. Diretor Clínico;
IX. Responsável Técnico Médico;
X. Outros profissionais médicos cuja atuação seja necessária ao cumprimento das obrigações assistenciais estabelecidas como o ultrassonografista e ortopedista;

Da Admissão

Art. 7º A admissão de profissional médico no Corpo Clínico estará condicionada à comprovação dos requisitos técnicos, legais, éticos e administrativos necessários ao exercício da função.

Art. 8º Constituem requisitos mínimos para admissão:

I. Diploma de graduação em Medicina reconhecido na forma da legislação vigente;
II. Registro profissional ativo e regular perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins;
III. Apresentação da documentação profissional exigida;
IV. Comprovação de especialidade, qualificação ou experiência profissional quando exigida para a função;
V. Inexistência de impedimento legal ou ético para o exercício profissional;
VI. Conhecimento e aceitação deste Regimento;
VII. Compromisso com o cumprimento dos protocolos, normas, rotinas e procedimentos institucionais;
VIII. Participação no processo de integração institucional;
IX. Atendimento aos demais critérios técnicos e administrativos estabelecidos para o cargo ou função.

Da Permanência

Art. 9º A permanência do médico no Corpo Clínico estará condicionada:

I. À manutenção da regularidade do registro profissional;

II. Ao cumprimento deste Regimento;

III. À observância do Código de Ética Médica;

IV. Ao cumprimento das normas institucionais e protocolos assistenciais;

V. Ao adequado desempenho técnico e profissional;

VI. Ao cumprimento das escalas e jornadas estabelecidas;

VII. À manutenção de comportamento ético e respeitoso;

VIII. À adequada realização dos registros em prontuário;

IX. À participação nas ações de educação permanente determinadas ou programadas;

X. Ao cumprimento das normas de segurança do paciente;

XI. À observância das determinações técnicas da Diretoria Clínica e do Responsável Técnico Médico, respeitada a autonomia profissional.

Do Desligamento

Art. 10. O desligamento do membro do Corpo Clínico poderá ocorrer:

I. Por solicitação do próprio profissional;

II. Pelo encerramento do vínculo profissional ou contratual;

III. Pela perda, suspensão ou irregularidade do registro profissional;

IV. Por descumprimento das normas institucionais;

V. Por descumprimento reiterado das escalas ou abandono injustificado de plantão;

VI. Por desempenho técnico incompatível com os padrões assistenciais exigidos, observados os procedimentos aplicáveis;

VII. Por infração ética ou disciplinar, observada a competência das instâncias responsáveis;

VIII. Por decisão administrativa devidamente fundamentada, respeitados os direitos do profissional;

IX. Pelas demais hipóteses previstas na legislação ou instrumento contratual.

X. Parágrafo único. Situações envolvendo possível infração ética médica deverá ser encaminhada às instâncias competentes, preservando-se o devido tratamento técnico, ético e institucional.

Capítulo III – Dos direitos e deveres dos membros do corpo clínico

Art. 11. Constituem direitos dos membros do Corpo Clínico:

I. Exercer a Medicina com autonomia técnica e científica, respeitados os princípios éticos e legais;

II. Dispor de condições adequadas para o exercício profissional;

III. Ter acesso aos recursos necessários à assistência, conforme disponibilidade e organização da unidade;

IV. Receber informações sobre normas, protocolos e rotinas institucionais;

V. Participar das atividades científicas e de educação permanente;

VI. Comunicar situações que possam comprometer a qualidade ou segurança da assistência;

VII. Participar das discussões relativas à organização da assistência médica;

VIII. Ser tratado com respeito pelos demais profissionais, usuários, familiares e gestores;

IX. Apresentar sugestões para melhoria dos processos assistenciais;

X. Ter preservado o sigilo das informações profissionais, nos limites legais;

XI. Encaminhar questões de natureza ética às instâncias competentes;

XII. Solicitar revisão ou análise de situações relacionadas ao exercício de suas atividades, conforme os fluxos institucionais.

Dos Deveres

Art. 12. Constituem deveres dos membros do Corpo Clínico:

I. Prestar assistência médica qualificada, ética, segura, humanizada e resolutiva;

II. Cumprir o Código de Ética Médica e a legislação vigente;

III. Cumprir este Regimento e as normas institucionais;

IV. Respeitar os direitos, a dignidade, a privacidade e a autonomia dos usuários;

V. Cumprir os protocolos assistenciais institucionalmente adotados, ressalvada a autonomia médica tecnicamente fundamentada;

VI. Realizar registros completos, claros, legíveis, objetivos e cronológicos no prontuário;

VII. Cumprir integralmente os horários e escalas estabelecidos;

VIII. Não abandonar plantão ou posto de trabalho sem que esteja assegurada a continuidade da assistência;

IX. Comunicar antecipadamente, sempre que possível, impossibilidade de comparecimento ao plantão;

X. Colaborar com os mecanismos de substituição e cobertura de escalas;

XI. Comunicar imediatamente situações de risco ou intercorrências relevantes;

XII. Participar dos processos de regulação e transferência dos pacientes quando necessários;

XIII. Garantir comunicação adequada com pacientes, familiares e equipe multiprofissional;

XIV. Utilizar adequadamente medicamentos, materiais, equipamentos e recursos institucionais;

XV. Participar das ações de segurança do paciente;

XVI. Notificar eventos adversos e incidentes conforme os fluxos institucionais;

XVII. Participar das ações de educação permanente;

XVIII. Preservar o sigilo das informações dos usuários;

XIX. Manter seus dados cadastrais e registro profissional atualizados;

XX. Colaborar para o adequado funcionamento da UPA Norte e da UPA Sul.

Capítulo IV – Da diretoria clínica e do responsável técnico médico

Da Diretoria Clínica

Art. 13. A Diretoria Clínica constitui instância de coordenação e representação do Corpo Clínico, exercida por médico regularmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Medicina TO, observadas as normas aplicáveis.

Art. 14. Compete à Diretoria Clínica:

I. Coordenar as atividades do Corpo Clínico;

II. Acompanhar a qualidade da assistência médica;

III. Supervisionar o cumprimento das normas técnicas e éticas relacionadas à atuação médica;

IV. Acompanhar o cumprimento das escalas médicas;

V. Atuar na organização dos processos assistenciais médicos;

VI. Promover integração entre o Corpo Clínico, a gestão e as demais equipes;

VII. Participar da implantação e revisão dos protocolos médicos;

VIII. Promover reuniões do Corpo Clínico quando necessário;

IX. Estimular atividades de educação permanente;

X. Analisar situações relacionadas ao funcionamento do Corpo Clínico;

XI. Encaminhar questões éticas às instâncias competentes;

XII. Colaborar com os processos de segurança do paciente e melhoria contínua;

XIII. Acompanhar indicadores relacionados à assistência médica;

XIV. Comunicar à gestão situações que possam comprometer a continuidade ou segurança da assistência;

XV. Exercer as demais atribuições previstas na regulamentação profissional vigente.

Identificação da Diretoria Clínica

Diretor Clínico: _____

CRM-TO: _____

UF: _____

Especialidade/RQE, quando aplicável: _____

Do Responsável Técnico Médico

Art. 15. O Responsável Técnico Médico – RT será profissional médico legalmente habilitado, com registro ativo e regular no Conselho Regional de Medicina de Tocantins, formalmente designado e registrado conforme as exigências regulamentares aplicáveis.

Art. 16. Compete ao Responsável Técnico Médico:

I. Responder tecnicamente pelos serviços médicos prestados na unidade;

II. Assegurar que a assistência médica seja realizada por profissionais legalmente habilitados;

III. Acompanhar a regularidade profissional dos médicos;

IV. Garantir condições técnicas para execução segura da assistência médica, dentro de sua esfera de competência;

V. Participar da organização dos fluxos assistenciais;

VI. Supervisionar o cumprimento das normas técnicas aplicáveis;

VII. Participar da elaboração, implantação e atualização dos protocolos assistenciais;

VIII. Comunicar à gestão situações que possam comprometer a qualidade e a segurança da assistência;

IX. Participar da análise de eventos adversos relacionados à assistência médica;

X. Colaborar com os processos de regulação e transferência;

XI. Acompanhar os indicadores relacionados à assistência médica;

XII. Atuar de forma integrada com a Diretoria Clínica, gestão e demais responsáveis técnicos;

XIII. Cumprir e fazer cumprir, dentro de suas competências, as normas dos Conselhos de Medicina;

XIV. Exercer as demais atribuições estabelecidas pela legislação vigente.

Identificação do Responsável Técnico Médico

Responsável Técnico Médico: _____

CRM-TO: _____

UF: _____

Especialidade: _____

RQE, quando aplicável: _____

Data da designação: _____/_____/_____

Capítulo V – Das escalas médicas, substituições, sobreaviso e cobertura de ausências

Atendimento ao elemento mínimo "d" do Edital

Art. 17. As escalas médicas serão organizadas de forma a assegurar assistência ininterrupta e cobertura compatível com o perfil assistencial e a demanda da UPA Norte e da UPA Sul.

Art. 18. Na elaboração das escalas deverão ser considerados:

I. Funcionamento das unidades durante 24 horas, todos os dias da semana;

II. Demanda assistencial histórica e projetada;

III. Distribuição da demanda por horário e dia da semana;

IV. Perfil epidemiológico;

V. Gravidade e complexidade dos casos atendidos;

VI. Número de postos médicos previstos;

VII. Necessidade de cobertura da sala de emergência, consultórios e observação;

VIII. Especialidades médicas previstas;

IX. Carga horária contratual;

X. Períodos de maior demanda;

XI. Necessidade de substituições;

XII. Segurança e continuidade da assistência.

Art. 19. A escala deverá ser elaborada e divulgada previamente, de acordo com as rotinas administrativas estabelecidas, contendo minimamente:

I. Nome do profissional;

II. Número de registro no CRM-TO;

III. Área/posto de atuação;

IV. Data e horário do plantão;

V. Identificação do profissional substituto, quando aplicável.

Das Substituições

Art. 20. O profissional impossibilitado de cumprir o plantão deverá comunicar a situação imediatamente, ou com a maior antecedência possível, à instância responsável pela escala.

Art. 21. A substituição somente poderá ocorrer por médico regularmente habilitado, com registro profissional válido e que atenda aos requisitos técnicos necessários à função.

Art. 22. A substituição deverá ser formalmente registrada, assegurando a rastreabilidade do profissional efetivamente responsável pelo plantão.

Art. 23. Nenhum profissional poderá abandonar o plantão sem que esteja assegurada a continuidade da assistência e realizada a transmissão adequada das informações necessárias ao profissional substituto.

Do Sobreaviso

Art. 24. Quando previsto para determinada atividade ou especialidade, o regime de sobreaviso deverá ser formalmente organizado, observando a legislação e as normas profissionais aplicáveis.

Art. 25. A escala de sobreaviso deverá identificar:

I. Profissional responsável;

II. Período de disponibilidade;

III. Especialidade ou área de atuação;

IV. Meio de acionamento;

V. Critérios de acionamento;

VI. Tempo de resposta compatível com as necessidades assistenciais e normas aplicáveis.

Da Cobertura de Ausências

Art. 26. A cobertura das ausências previstas ou imprevistas deverá ser organizada de forma a impedir desassistência médica.

Art. 27. Para cobertura poderão ser utilizados, conforme organização institucional:

I. Substituição previamente definida;

II. Médico de cobertura;

III. Profissional integrante de escala de contingência;

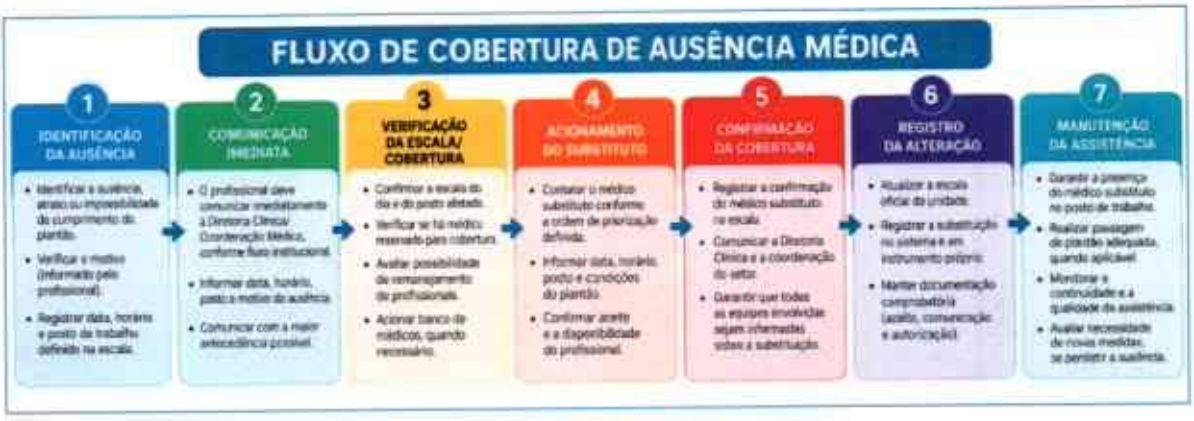
IV. Banco de profissionais previamente habilitados;

V. Remanejamento tecnicamente possível, desde que não provoque desassistência em outro setor;

VI. Demais mecanismos legalmente admitidos.

Art. 28. Ausências, atrasos, faltas ou situações que possam comprometer a cobertura médica deverão ser imediatamente comunicadas à Diretoria Clínica e à gestão responsável para adoção das providências necessárias.

Fluxo de cobertura de ausência médica



Capítulo VI – Da comissão de ética médica e das questões éticas

Atendimento ao elemento mínimo "e" do Edital

Art. 29. A Comissão de Ética Médica será constituída e funcionará em conformidade com as normas do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Tocantins, observada sua aplicabilidade à estrutura e ao Corpo Clínico das unidades, todos os membros deverão possuir registro ativo no CRM-TO até a data do início das atividades na unidade.

Art. 30. A Comissão de Ética Médica terá atuação independente dentro das competências definidas pelas normas dos Conselhos de Medicina.

Art. 31. Compete à Comissão de Ética Médica, observadas as normas regulamentares:

I. Orientar o Corpo Clínico quanto às normas éticas aplicáveis ao exercício profissional;
II. Contribuir para a observância do Código de Ética Médica;
III. Receber e analisar questões éticas submetidas à sua apreciação, dentro de sua competência;
IV. Orientar profissionais sobre condutas éticas;
V. Atuar preventivamente na promoção das boas práticas profissionais;
VI. Encaminhar aos órgãos competentes situações que extrapolem suas atribuições;
VII. Manter a confidencialidade das informações tratadas;
VIII. Desenvolver ações educativas relacionadas à ética médica.

Art. 32. Os membros do Corpo Clínico deverão comunicar à Diretoria Clínica, à Comissão de Ética Médica ou à instância competente situações que possam caracterizar infração ética ou conduta incompatível com o exercício profissional.

Art. 33. O encaminhamento das questões éticas observará, de forma geral, o seguinte fluxo:



Art. 34. As questões éticas deverão ser tratadas com confidencialidade, imparcialidade, respeito aos envolvidos e observância das competências legalmente estabelecidas.

Art. 35. A apuração de eventual infração ética profissional que seja de competência do Conselho Regional de Medicina deverá ser encaminhada ao respectivo Conselho, não cabendo às instâncias administrativas substituir as atribuições legalmente conferidas ao órgão de fiscalização profissional.

Capítulo VII – Da integração assistencial e segurança do paciente

Art. 36. O Corpo Clínico atuará de forma integrada com enfermagem, farmácia, serviços diagnósticos, assistência social e demais áreas envolvidas na assistência.

Art. 37. Os médicos deverão participar dos processos relacionados à segurança do paciente, incluindo identificação segura, comunicação efetiva, segurança medicamentosa, prevenção de eventos adversos e transferência segura.

Art. 38. Pacientes que necessitem de recursos não disponíveis nas unidades deverão ser estabilizados e inseridos nos fluxos de regulação e transferência definidos pela Rede de Atenção à Saúde.

Art. 39. A transferência deverá ser acompanhada de informações clínicas suficientes para assegurar a continuidade do cuidado.

Capítulo VIII – Da educação permanente e avaliação do corpo clínico

Art. 40. O Corpo Clínico participará das ações de educação permanente relacionadas às necessidades assistenciais das unidades.

Art. 41. As ações poderão contemplar protocolos de urgência e emergência, segurança do paciente, ética médica, regulação, transferência segura, prontuário, comunicação, protocolos clínicos e demais temas prioritários.

Art. 42. A qualidade da assistência médica será acompanhada por meio de indicadores, auditorias, análise de prontuários, eventos adversos, reuniões técnicas e outros instrumentos de gestão da qualidade.

Capítulo IX – Das disposições finais

Art. 43. Os casos omissos neste Regimento serão analisados pela Diretoria Clínica e pelo Responsável Técnico Médico e, quando pertinente, encaminhados à Comissão de Ética Médica, gestão da unidade ou Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins.

Art. 44. Este Regimento deverá ser revisado periodicamente e sempre que ocorrer alteração relevante na legislação, nas normas profissionais, na estrutura organizacional, no perfil assistencial ou nos processos de trabalho das unidades.

Art. 45. As alterações deste Regimento deverão ser submetidas à aprovação das instâncias competentes, observadas as normas institucionais e profissionais.

Art. 46. O Regimento deverá ser amplamente divulgado e permanecer acessível aos integrantes do Corpo Clínico.

Art. 47. O presente Regimento entrará em vigor após sua aprovação formal.

APROVAÇÃO

Diretor Clínico: _____

CRM/TO: _____

Responsável Técnico Médico: _____

CRM/TO: _____

Responsável pela Unidade: _____

Data de aprovação: _____/_____/_____

Data prevista para revisão: _____/_____/_____

V.1.8 – Projeto de Tecnologia da Informação e Prontuário Eletrônico

Solução de prontuário eletrônico, interoperabilidade com os sistemas oficiais, infraestrutura e contingência, implantação e capacitação, segurança da informação e geração de dados para metas, indicadores e prestação de contas.

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.1.8.1 Apresentação

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL apresenta o Projeto de Tecnologia da Informação e Prontuário Eletrônico da UPA 24h Norte e da UPA 24h Sul, abrangendo a solução de prontuário eletrônico, a integração com os sistemas oficiais de informação em saúde, a infraestrutura e a contingência, a implantação e a capacitação, a segurança da informação e a geração dos dados necessários às metas, aos indicadores e à prestação de contas, em atendimento ao item V.1.8 da Matriz de Avaliação e aos itens 5.7, 10.1 e 23 do Termo de Referência.

Elemento Mínimo (V.1.8)	Onde é Atendido
a. Solução de prontuário eletrônico com os módulos de acolhimento e classificação de risco, atendimento médico, prescrição, dispensação e resultados de exames	Seção 1.8.2 – Solução de Prontuário Eletrônico
b. Integração ou interoperabilidade com os sistemas oficiais, nominalmente identificados (CNES, produção ambulatorial e regulação)	Seção 1.8.3 – Integração com os Sistemas Oficiais
c. Infraestrutura de rede, servidores, estações e contingência, com política de cópia de segurança e prazo de retenção	Seção 1.8.4 – Infraestrutura, Contingência e Cópias de Segurança (Figura 1)

Elemento Mínimo (V.1.8)	Onde é Atendido
d. Plano de implantação com cronograma e plano de capacitação, compatíveis com o início da execução	Seção 1.8.5 – Implantação e Capacitação
e. Política de segurança da informação e de proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), com indicação do encarregado	Seção 1.8.6 – Segurança da Informação e Proteção de Dados
f. Geração dos dados para as metas e indicadores do Anexo II e para a prestação de contas do Anexo VIII	Seção 7 – Dados para Metas, Indicadores e Prestação de Contas

V.1.8.2 Solução de prontuário eletrônico

A solução adotada é o G-UPA, será desenvolvida de forma específico para a rotina de pronto atendimento, hospedado em data center do fornecedor e acessado pelas duas unidades por meio de rede segura. A solução adotada é o sistema G-UPA, em operação/licenciado ao sistema G-Hosp TWI (prestador parceiro do Instituto São Lucas em diversos projetos, parametrizado para a rotina de pronto atendimento. A solução é complementada por módulos de gestão administrativa, em atendimento ao item 5.7.1 do Termo de Referência, com controle de estoques de almoxarifado, farmácia e nutrição, sistema de custos e relatórios gerenciais.

1.1 Módulos Assistenciais		
Módulo	**Funcionalidades**	**Usuários**
Recepção e cadastro	Identificação pelo CNS ou CPF, consulta ao cadastro existente, abertura do Boletim de Atendimento com número único e registro do horário de chegada.	Recepção

1.1 Módulos Assistenciais		
Módulo	**Funcionalidades**	**Usuários**
Acolhimento e classificação de risco	Registro do protocolo de classificação, sinais vitais e queixa, com as cinco cores (vermelha, laranja, amarela, verde e azul), horário automático e reclassificação sem sobrescrita; painel de chamada por prioridade.	Enfermeiros
Atendimento médico	Anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica (CID-10), evolução, reavaliação, registro do horário do primeiro atendimento médico, observação e desfecho (alta, transferência, evasão ou óbito).	Médicos
Prescrição	Prescrição eletrônica de medicamentos, cuidados e dietas, com alertas de alergia, checagem da administração pela enfermagem e rastreabilidade.	Médicos e enfermagem
Dispensação de medicamentos	Dispensação vinculada à prescrição e ao paciente, controle de lote e validade, baixa automática do estoque e escrituração de medicamentos controlados.	Farmácia
Resultados de exames	Solicitação eletrônica de exames laboratoriais e de imagem, liberação de resultados e laudos no prontuário e sinalização de resultados críticos.	Médicos, laboratório e imagem
Enfermagem e multiprofissional	Sistematização da assistência de enfermagem, evolução, passagem de plantão e registros das demais categorias.	Enfermagem e equipe multiprofissional
Gestão e relatórios	Painéis de indicadores, produção, tempos de atendimento, ocupação da observação e relatórios para a SEMUS.	Gestão e SEMUS

Autoria e rastreabilidade: todos os registros são identificados por profissional, data e hora, com acesso por perfil compatível com a função e assinatura dos documentos, garantindo a integridade e a autenticidade do prontuário, conforme a Lei nº 13.787/2018 e a Resolução CFM nº 1.821/2007.

V.1.8.3 Integração com os sistemas oficiais de informação em saúde

A solução gerará, transmitirá ou disponibilizará as informações exigidas pelos sistemas oficiais indicados no item 5.7 do Termo de Referência e pelos sistemas adotados pelo Município, conforme o quadro a seguir:

Sistema Oficial	Finalidade	Forma de Integração	Periodicidade
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Cadastro das unidades e de todos os profissionais, independentemente do vínculo (item 5.7.4 do TR)	Cadastro de profissionais no sistema sincronizado com o CNES, com atualização pelo RH a cada admissão ou desligamento	Contínua; conferência mensal
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais (BPA-I e BPA-C)	Produção ambulatorial no CNPJ da SEMUS (item 5.7.3 do TR)	Geração automática do arquivo de produção a partir dos atendimentos, com críticas pela Tabela SIGTAP	Mensal, no cronograma do gestor
e-SUS PEC	Registros de atendimento utilizados pelo Município para relatórios de produção	Exportação dos registros de atendimento nos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde e pelo Município	Conforme cronograma da SEMUS

Sistema Oficial	Finalidade	Forma de Integração	Periodicidade
SinanNet – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Notificações compulsórias	Alerta de agravo notificável no prontuário e emissão da ficha para digitação no SinanNet pela Referência Técnica de Vigilância em Saúde	Imediata ou semanal, conforme o agravo
SER – Complexo Regulador Estadual	Solicitação e acompanhamento de transferências reguladas	Registro no prontuário da decisão médica e do horário da solicitação no SER, permitindo a aferição do indicador de tempo de solicitação	A cada transferência
BI municipal	Aferição das metas e indicadores do Quadro 8 e do Anexo II	Disponibilização dos dados em tempo real, por acesso direto ou exportação automatizada (item 5.7.2 do TR)	Tempo real

Os padrões, os leiautes e as credenciais de cada integração serão definidos com a Secretaria Municipal da Saúde na pré-assunção, e a homologação de cada interface constará como critério de conclusão da fase de assunção (Seção 5).

V.1.8.4 Infraestrutura, contingência e cópias de segurança



Figura 1 – Arquitetura da solução de tecnologia da informação

Infraestrutura	
Componente	**Especificação**
Servidores e hospedagem	Aplicação e banco de dados hospedados em data center específico, com redundância de energia e refrigeração, monitoramento contínuo e cópias de segurança em local distinto do ambiente de produção.
Conectividade	2 (dois) links de internet dedicados por unidade, de operadoras distintas, com chaveamento automático em caso de falha.
Rede local	Cabeamento estruturado, switches gerenciáveis em rack e Wi-Fi corporativo com redes segregadas (assistencial, administrativa e visitantes).
Segurança de perímetro	Firewall com filtragem de conteúdo, controle de acesso e VPN para acesso remoto autorizado.
Estações de trabalho	Estação em todos os postos assistenciais e administrativos (recepção, classificação de risco, consultórios, salas de medicação, observação, emergência, farmácia, laboratório, imagem, faturamento e gestão), dimensionadas a partir do inventário da pré-assunção.
Periféricos	Impressoras de documentos e de etiquetas/pulseiras de identificação, leitores de código de barras e painéis de chamada.
Energia	Nobreaks nos racks e nas estações críticas (classificação de risco, emergência e farmácia), integrados ao gerador da unidade.
Monitoramento e vigilância	CFTV com gravação e acesso às imagens em tempo real pela SEMUS (item 10.3, "f", do TR).

Contingência		
Evento	**Resposta**	**Prazo**
Falha de um link de internet	Chaveamento automático para o link reserva, sem interrupção do atendimento	Imediato
Indisponibilidade do sistema	Ativação dos formulários de contingência, acionamento do suporte e comunicação à gestão; registro retroativo após o restabelecimento	Formulários: imediato; registro retroativo em até 24h
Indisponibilidade prolongada	Comunicação formal à SEMUS	Quando superior a 4 horas
Falta de energia	Nobreaks e gerador da unidade	Imediato
Falha de estação ou periférico	Substituição por equipamento reserva mantido em cada unidade	Até 4 horas
Perda de dados ou falha no data center	Restauração a partir da cópia de segurança mais recente	Conforme plano de recuperação

Política de Cópia de Segurança e Prazo de Retenção		
Tipo de Cópia	**Frequência**	**Retenção**
Incremental do banco de dados	Diária	30 dias
Completa do banco de dados	Semanal	12 semanas
Completa mensal	Mensal	12 meses
Completa anual	Anual	Durante toda a vigência da parceria, com entrega ao Município ao término

a) **Armazenamento:** cópias criptografadas, armazenadas em local físico distinto do ambiente de produção, com proteção contra alteração indevida;

b) **Testes de restauração:** realizados trimestralmente, com registro das evidências acompanhado pela TI do ISSSL;

c) **Guarda dos prontuários:** a retenção das cópias de segurança não substitui os prazos legais de guarda do prontuário, que observam a Lei nº 13.787/2018 e a Resolução CFM nº 1.821/2007;

d) **Término da parceria:** entrega integral da base de dados ao Município, em formato compatível com os sistemas municipais, e eliminação das cópias remanescentes, salvo obrigação legal de guarda (item 23.3, "f", do TR).

V.1.8.4.1 Plano de implantação e capacitação

A implantação segue as fases do cronograma físico do Plano de Trabalho (Quadro XII-9), de modo que o prontuário eletrônico esteja em operação desde o primeiro dia de execução, com acompanhamento presencial da equipe de TI da matriz do ISSSL durante a implantação e a capacitação.

Fase	Período	Principais Ações	Critério de Conclusão
Pré-assunção	Da assinatura ao início da execução	Vistoria e inventário de TI; contratação e ativação dos links; instalação de rede, estações e periféricos; parametrização do G-UPA (setores, profissionais, protocolos, estoques); definição das interfaces com a SEMUS; capacitação inicial	Sistema parametrizado, equipes capacitadas e testes de atendimento concluídos
Assunção	Dias 1 a 30	Entrada em produção com suporte presencial 24 horas na primeira semana; homologação das interfaces (CNES, SIA/SUS, e-SUS PEC, BI municipal); capacitação complementar	Primeira competência de produção processada e interfaces homologadas
Estabilização	Dias 31 a 60	Correção de incidentes; validação dos indicadores do Quadro 8 com a SEMUS; primeiro teste de restauração	Indicadores validados e chamados críticos encerrados
Consolidação	Dias 61 a 90	Auditoria de perfis de acesso; revisão dos relatórios de prestação de contas; reciclagem dos usuários	Relatório de implantação aprovado pela gestão
Execução ordinária	Mês 4 ao mês 12	Suporte contínuo, atualizações, gestão de ativos, testes trimestrais de restauração e revisões de segurança	Disponibilidade e indicadores de TI dentro das metas

V.1.8.5 Plano de Capacitação dos Usuários

Perfil de Usuário	Conteúdo	Carga Horária	Modalidade
Recepção	Cadastro, abertura de atendimento, impressão de pulseiras e contingência	4 horas	Presencial, em serviço
Enfermeiros	Classificação de risco, SAE, checagem de prescrição, passagem de plantão e contingência	8 horas	Presencial, em serviço
Técnicos de enfermagem	Checagem de medicação, registros de enfermagem e contingência	4 horas	Presencial, em serviço
Médicos	Atendimento, prescrição, solicitação de exames, desfecho, transferência e documentos	4 horas	Presencial, por plantão
Farmácia	Dispensação, estoque, lotes e validade e medicamentos controlados	6 horas	Presencial
Laboratório e imagem	Recebimento de solicitações, liberação de resultados e laudos	4 horas	Presencial
Faturamento e administrativo	Produção SIA/SUS, relatórios, estoques e custos	8 horas	Presencial
Gestão	Painéis, indicadores, relatórios para a SEMUS e auditoria de acessos	4 horas	Presencial

A capacitação será conduzida pela equipe de TI da matriz do ISSSL, com formação de multiplicadores em cada setor, registro de frequência e avaliação de aprendizagem, integrando-se ao Programa de Educação Permanente. Os profissionais admitidos ao longo da execução serão capacitados na integração, antes do início das atividades.

V.1.8.6 Segurança da informação e proteção de dados pessoais

A política de segurança da informação observa a Lei nº 13.709/2018 (LGPD) e o item 23 do Termo de Referência, no qual o Município de Palmas figura como controlador e o ISSSL como operador dos dados pessoais tratados na parceria.

Controle	Medida Adotada
Gestão de identidades e acessos	Usuário individual e intransferível, perfis por função, concessão mediante solicitação da chefia, revisão trimestral e revogação imediata no desligamento.
Autenticação	Senhas com requisitos de complexidade e troca periódica; bloqueio por inatividade.
Rastreabilidade	Trilha de auditoria de acessos, inclusões e alterações, com guarda dos registros (item 23.3, "c", do TR).
Proteção das estações e da rede	Antivírus gerenciado, atualizações de segurança, firewall, segregação de redes e bloqueio de mídias removíveis nos postos assistenciais.
Criptografia	Comunicação criptografada entre as unidades e o data center e cópias de segurança criptografadas.
Confidencialidade	Termo de confidencialidade assinado por empregados, prepostos e fornecedores (item 23.3, "e", do TR).
Resposta a incidentes	Registro, contenção e comunicação à Administração imediatamente e em até 24 horas do conhecimento, com informações para a comunicação à ANPD (item 23.3, "d", do TR).
Finalidade e compartilhamento	Tratamento exclusivamente para as finalidades da parceria, vedado o compartilhamento sem autorização expressa da Administração.
Conscientização	Treinamento em segurança da informação e LGPD na integração e reciclagem anual.

V.1.8.7 Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais

Campo	Informação
Encarregado (DPO) do ISSSL	Manoel Goncalves Machado
Cargo / função	Gestor de TI
Canal de contato	ti@isssl.com.br
Atribuições	Orientar empregados e prestadores sobre a LGPD, atender aos titulares, interagir com a Administração e com a ANPD e acompanhar a resposta a incidentes.

V.1.8.8 Dados para metas, indicadores e prestação de contas

A solução registra, de forma estruturada e automática, os dados necessários ao cálculo das metas e dos indicadores do Anexo II, observadas as metodologias, os marcos de contagem e as exclusões nele definidos, e à elaboração dos relatórios do Anexo VIII.

Metas e Indicadores do Anexo II

Indicador (Quadro 8)	Dados Gerados pela Solução	Fonte de Verificação
Atendimentos médicos registrados	Atendimentos médicos com procedimento SIGTAP, profissional (CBO) e data, exportados no BPA-I	SIA/SUS – BPA-I
Acolhimentos com classificação de risco	Episódios com classificação registrada, cor e horário	Prontuário eletrônico e BI municipal

Indicador (Quadro 8)	Dados Gerados pela Solução	Fonte de Verificação
Tempo porta-médico por classificação	Horário de chegada/abertura, horário da classificação, cor e horário do primeiro atendimento médico	Prontuário eletrônico e BI municipal
Tempo médio de permanência e em observação	Horário de entrada, realização de exames, admissão e saída da observação e horário do desfecho	Prontuário eletrônico
Tempo entre a decisão de transferência e a solicitação no SER	Horário da decisão médica de transferência e horário do registro da solicitação no SER	Prontuário eletrônico e SER
Retorno não programado em até 48 horas	Identificação do usuário pelo CNS/CPF e datas e horários dos atendimentos sucessivos	Prontuário eletrônico e BI municipal
Cobertura da classificação de risco	Episódios de demanda espontânea e episódios com classificação registrada	Prontuário eletrônico e BI municipal
Satisfação do usuário	Registro das pesquisas de satisfação vinculadas ao atendimento, com amostragem	Pesquisa de satisfação

V.1.8.8.1 Prestação de Contas do Anexo VIII

Relatório (Anexo VIII, item 4.1)	Origem dos Dados
Comparativo entre metas pactuadas e resultados (IN 1 e IN 2)	Painel de indicadores do G-UPA, por unidade
Produção assistencial e origem dos usuários	Atendimentos médicos, classificações, reavaliações, procedimentos de apoio diagnóstico, observação e transferências reguladas, com município de residência do usuário
Pesquisa de satisfação	Módulo de registro das pesquisas
Relatório econômico-financeiro por grupo de despesa	Módulos de gestão: estoques, compras, custos e contabilidade
Relatório sintético da folha de pagamento	Sistema de folha de pagamento integrado ao sistema de custos
Custos indiretos e memória de rateio	Sistema de custos

V.1.8.9 Indicadores de desempenho de TI

Indicador	Meta	Periodicidade
Disponibilidade do sistema	≥ 99,5% ao mês	Mensal
Atendimento de chamados críticos	Início do atendimento em até 1 hora	Mensal
Testes de restauração realizados	100% dos previstos (trimestral)	Trimestral
Revisão de perfis de acesso	100% dos perfis revisados	Trimestral
Produção SIA/SUS enviada no prazo	100% das competências	Mensal

V.1.8.10 Disposições finais

O projeto será implantado de forma idêntica nas duas unidades, integrado ao Fluxo de Registros, Documentos e Prontuários (item V.1.4), ao Regimento Interno e ao Programa de Educação Permanente, e revisado sempre que houver alteração dos sistemas oficiais, das normas aplicáveis ou das condições pactuadas no Termo de Colaboração.

2.3 Processos e Manuais

V.1.9 – Manual de Protocolos Assistenciais de Urgência

V.1.9.1 – Introdução aos Protocolos Médicos

Os protocolos médicos que integram esta Proposta de Trabalho estabelecem diretrizes para a organização e a qualificação da assistência na **UPA Norte e na UPA Sul de Palmas/TO**. Sua aplicação busca garantir atendimento seguro, oportuno, humanizado e resolutivo, em consonância com o perfil assistencial da unidade, as exigências do Termo de Referência, os princípios do Sistema Único de Saúde e as necessidades da população atendida.

Fundamentados nas normativas aplicáveis, em diretrizes clínicas reconhecidas e nas melhores evidências científicas disponíveis, os protocolos orientam a avaliação, a investigação diagnóstica, o tratamento, a reavaliação e a continuidade do cuidado. Contemplam critérios de elegibilidade, estratificação de risco, condutas assistenciais, responsabilidades profissionais e fluxos de encaminhamento, contribuindo para reduzir variações injustificadas na prática clínica e prevenir eventos adversos.

Foram definidos a partir da análise do perfil epidemiológico e de morbimortalidade da região, considerando, de forma articulada, o nível de complexidade e capacidade da unidade. Priorizando condições de maior impacto assistencial, especialmente aqueles que demandam reconhecimento precoce, tomada de decisão ágil, estabilização clínica e definição oportuna da continuidade da assistência.

Os protocolos foram elaborados com base em diretrizes técnico-científicas atualizadas, visando à padronização das condutas, à segurança do paciente e à qualificação da assistência.

Sua implementação será articulada ao trabalho multiprofissional, aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, à regulação e aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Essa integração deverá favorecer a integralidade da assistência, a comunicação entre equipes e a segurança das transições do cuidado, desde a admissão até a alta, a transferência ou o acompanhamento na rede.

A utilização dos protocolos deverá considerar as condições clínicas, as particularidades e as preferências de cada paciente, respeitando a autonomia profissional e a decisão compartilhada.

Situações que demandem condutas distintas das previstas deverão ser fundamentadas e registradas no prontuário, com indicação das medidas adotadas e do plano de acompanhamento. Quando houver necessidade de recursos não disponíveis na unidade, deverão ser acionados os fluxos de referência, mantendo-se a assistência e a estabilização necessárias até a continuidade do atendimento no serviço de destino.

Os documentos serão submetidos à validação das lideranças médicas e das instâncias técnicas pertinentes antes de sua implantação, acompanhada de capacitação das equipes e disponibilização nos pontos de assistência. A adesão, os resultados clínicos e as oportunidades de melhoria serão monitoradas por indicadores, auditorias e análise de incidentes, com definição de ações corretivas e avaliação de sua eficácia. A revisão ocorrerá periodicamente e sempre que houver atualização normativa, novas evidências ou mudanças no perfil assistencial, assegurando a atualização e a aplicabilidade dos protocolos.

V.1.9.1.1 Protocolo de Acidente Vascular Cerebral

Protocolo de Acidente Vascular Cerebral

1. Objetivo

Padronizar o atendimento rápido ao paciente com suspeita de AVC, reduzindo a mortalidade, conforme linha de cuidado do SUS.

2. Definição

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade e morte no mundo. Conforme definição recente, o AVC é um episódio agudo caracterizado por sinais clínicos de perturbação focal ou global da função neurológica causada por infarto ou hemorragia espontânea. É classificado em dois grandes grupos: AVC isquêmico (~85%) e AVC hemorrágico.

3. Ativação do "Código AVC"

Critérios de suspeita

Déficit neurológico focal súbito:

- Hemiparesia
- Disartria/afasia
- Desvio de rima
- Alteração visual ou equilíbrio

Escala Cincinnati (assimetria facial, paralisia ou perda súbita dos movimentos e fala anormal)

Ativar Código AVC imediatamente na triagem

Identificado a suspeita de AVC agudo, é importante a comunicação simultânea da equipe multidisciplinar e setores envolvidos no atendimento inicial desse paciente, incluindo equipes médicas, enfermagem, radiologia, farmácia e laboratório.

4. Fluxo Assistencial (Tempo-Dependente)

Metas assistenciais

- Porta–triagem: imediato
- Porta–médico: ≤05 min
- Porta–TC: ≤20 min (se disponível)
- Transferência acionada: o mais breve possível, nunca atrasar transferência para realizar exame.

5. Atendimento Inicial (Sala de Emergência)

ABCDE + monitorização

- Via aérea, O2 se Sat <94%
- Monitor cardíaco contínuo
- 2 acessos venosos

Avaliação essencial:

- Hora do início (ou "último visto bem")
- Escala de AVC
- Glicemia capilar
- **PA**
- Antecedentes pessoais
- Medicações em uso
- Hábitos: tabagismo, etilismo e uso de drogas.

Exames urgentes:

- TC de crânio sem contraste (se disponível na rede)
- **ECG**
- Laboratório (hemograma completo, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, sódio, potássio, ureia e creatinina)

6. Regulação e Transferência (Ponto Mais Crítico)

Acionar Regulação Imediatamente Após Suspeita

7. Tratamento Específico no AVCi

Trombolítico Intravenoso

Os potenciais benefícios do tratamento trombolítico intravenoso devem ser contrabalanceados com seus potenciais riscos, especialmente o risco hemorrágico, que é primeiramente intracerebral e, secundariamente, em outros órgãos. A chance de recuperação funcional completa, objetivo maior do tratamento, claramente se reduz com o aumento do intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento intravenoso.

A indicação do tratamento trombolítico intravenoso deve contemplar os critérios de elegibilidade e checagem dos CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO para essa indicação.

Critérios de Inclusão:

- Diagnóstico de AVEi + Déficit neurológico incapacitante
- Idade ≥18 anos
- Início dos sintomas (ou último horário visto sem sintomas) < 4h:30min antes do início do tratamento **se NIHSS > 25 e o início dos sintomas ocorreu entre 3h e 4h30min antes do tratamento o benefício é incerto.

**Outras cautelas na "janela estendida" para trombolítico(3h-4h:30min): pacientes acima de 80 anos; AVC e DM prévios; uso de quaisquer anticoagulantes orais; imagem isquêmica formada envolvendo mais de um terço do território da artéria cerebral média).

Critérios de Exclusão – Absolutos e Relativos:

- Pressão arterial ≥185/110mmHg sem possibilidade de redução e/ou estabilidade em valores abaixo desses, com tratamento anti-hipertensivo, antes do início do tratamento;
- Glicemia inicial ≤50 mg/dl ou >400mg/dl. Após a normalização da glicemia e persistência do déficit pode ser razoável prosseguir tratamento;
- TC de crânio com hipoatenuação franca sugerindo lesão irreversível ou hipoatenuação extensa;
- AVCi nos últimos 3 meses;
- Traumatismo craniano grave nos últimos 3 meses;
- Cirurgia intracraniana ou intrarraqueana nos últimos 3 meses;
- História de hemorragia intracraniana;
- Sinais e sintomas suspeitos de hemorragia subaracnóidea;
- Tumor gastrintestinal ou sangramento gastrintestinal nos últimos 21 dias;
- Plaquetopenia <100.000/mm
- Tempo de protrombina (TP) >15 segundos ou RNI >1,7;
- Tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) >40 segundos;
- Uso de dose terapêutica de heparina nas últimas 24h;
- Uso de inibidores diretos da trombina ou inibidores diretos do fator Xa (a menos que não esteja tomando nas últimas 48 horas, assumindo função renal normal.

8. Medicações na Unidade de Emergência Sem Trombolise

Controle Pressórico

NÃO reduzir PA rotineiramente.

Reduzir APENAS se:

- PA >220 x 120 mmHg OU
- Condições associadas (IAM, dissecção, etc.)

Controle Glicemia

Conforme escala institucional.

Controle Temperatura

Conforme escala institucional.

Antiagregante

NÃO iniciar se houver possibilidade de trombólise no destino ou AVC hemorrágico

Exceção: se claramente fora da janela → pode considerar: AAS: 160–300 mg VO

9. Condutas Que Devem Ser Evitadas

- NÃO dar AAS antes de excluir hemorragia
- NÃO reduzir PA agressivamente
- NÃO atrasar transferência por exames
- NÃO iniciar anticoagulação
- NÃO sedar sem indicação

10. Cuidados Gerais

- Cabeceira 30°
- Jejum até avaliação de deglutição
- Evitar aspiração
- Monitorização contínua
- Controle de vômitos

11. Suspeita de AVC Hemorrágico

Sinais de alerta

- Cefaleia intensa súbita
- Rebaixamento de consciência
- Vômitos

Conduta

- Controle de PA
- Suporte clínico
- Transferência URGENTE

12. Indicadores de Qualidade

- Tempo porta-médico
- Tempo porta-transferência
- Mortalidade hospitalar

13. Observações Importantes (Prática Real)

- "Tempo é cérebro" → não atrasar por exames desnecessários
- Exames NÃO deve atrasar transferência
- Sempre documentar horário de início

14. Referência Bibliográfica

- Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do AVC Isquêmico Agudo (PCDT). Brasília: Ministério da Saúde, versão mais recente.
- Ministério da Saúde do Brasil. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências.
- American Heart Association; American Stroke Association. Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. Atualizações mais recentes.
- Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Diretrizes brasileiras para o manejo do AVC.
- Escala NIHSS. https://www.acaoavc.org.br/assets/arquivos/nihss_traduzida_e_adaptada_brasil.pdf

Sempre deverá ser considerada a versão mais atualizada das referências técnicas vigentes, especialmente quando houver alteração de critérios diagnósticos, janelas terapêuticas, critérios de elegibilidade para reperfusão, metas de tempo assistencial, tratamento medicamentoso ou fluxos de regulação e transferência.

15. Responsabilidade pela atualização do protocolo

A responsabilidade pela revisão e atualização técnica deste protocolo será da **Responsabilidade Técnica Médica das UPAS Norte e Sul** em articulação com a Direção Técnica, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente e demais áreas assistenciais envolvidas, conforme a matéria objeto da revisão.

Compete ao responsável pela atualização:

a) acompanhar alterações nas normas e diretrizes nacionais e internacionais relacionadas ao atendimento do AVC;
b) avaliar novas evidências científicas com potencial impacto sobre as condutas assistenciais adotadas;
c) analisar indicadores assistenciais, eventos adversos, resultados de auditorias e oportunidades de melhoria relacionados ao atendimento dos pacientes com suspeita ou diagnóstico de AVC;
d) propor alterações nos critérios de reconhecimento, estabilização, diagnóstico, tratamento, regulação e transferência;
e) assegurar que as alterações aprovadas sejam comunicadas às equipes envolvidas;
f) promover, quando necessário, capacitação e atualização dos profissionais;
g) manter controle institucional da versão, data de aprovação, data da revisão e responsáveis pela elaboração, revisão e aprovação do protocolo.

16. Periodicidade de revisão

O Protocolo de Acidente Vascular Cerebral – AVC será revisado ordinariamente a cada 12 (doze) meses, contados da data de sua aprovação ou da última revisão.

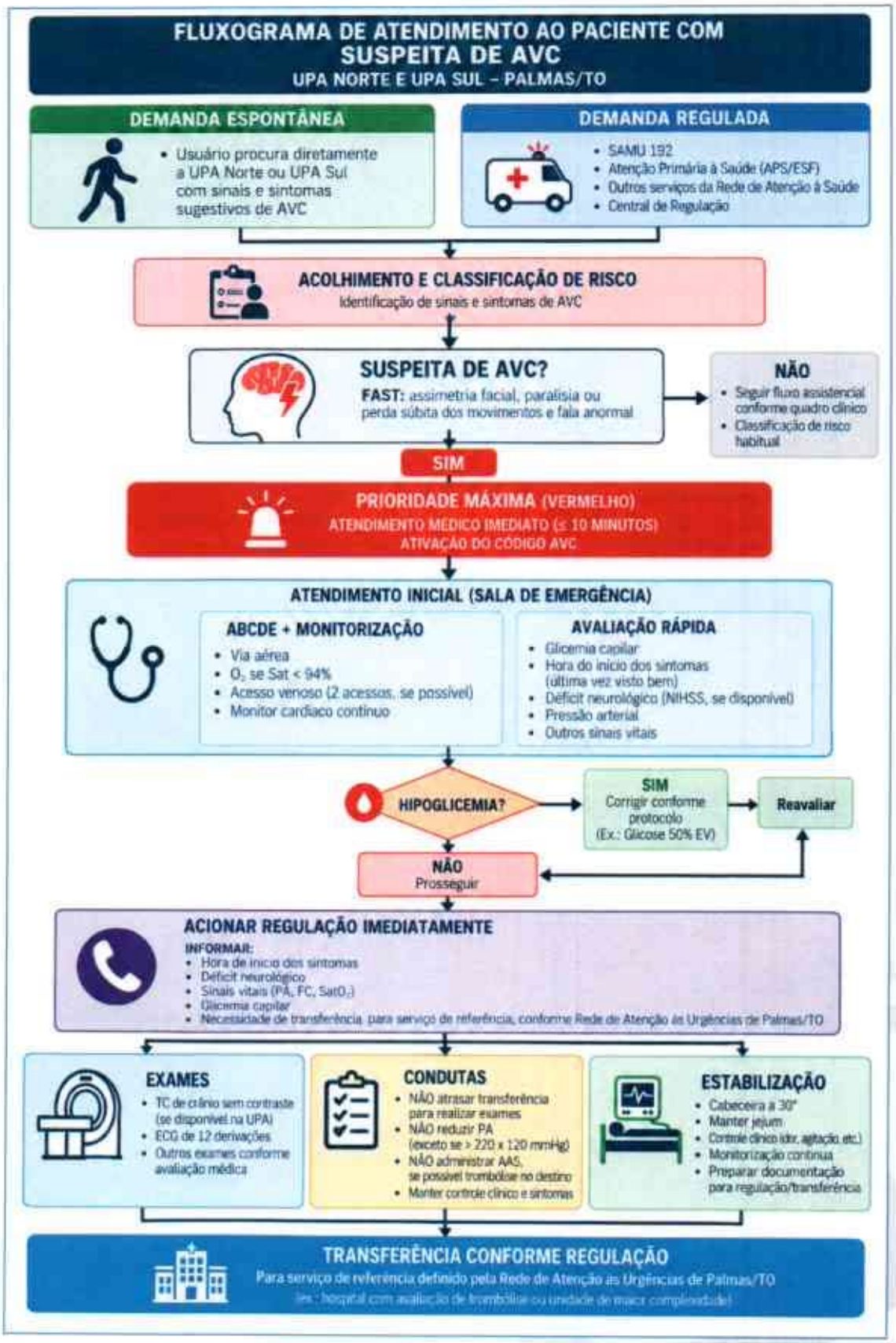
Independentemente desse prazo, deverá ocorrer **revisão extraordinária sempre que necessário**, especialmente nas seguintes situações:

- publicação ou atualização de legislação, normativa, protocolo ou diretriz técnica aplicável;

- publicação de novas evidências científicas relevantes;
- alteração das recomendações do Ministério da Saúde ou das sociedades científicas de referência;
- modificação do perfil assistencial, capacidade instalada ou recursos disponíveis no Hospital;
- alteração dos fluxos de regulação e transferência;
- identificação de não conformidades, eventos adversos ou oportunidades de melhoria;
- resultados de auditorias, monitoramento de indicadores ou avaliações internas que indiquem necessidade de alteração das condutas.

17. Controle de revisão e atualização

Item	Definição
Protocolo	Acidente Vascular Cerebral – AVC
Unidade	UPA Norte e UPA SUL
Responsável técnico pela atualização	Responsável Técnico Médico / Direção Técnica
Áreas participantes	Coordenação Médica, Enfermagem, NSP e demais setores envolvidos
Periodicidade ordinária	Anual – a cada 12 meses
Revisão extraordinária	Sempre que houver alteração normativa, científica, assistencial ou operacional relevante
Referências principais	Ministério da Saúde; AHA/ASA; Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares; NIHSS
Forma de validação	Análise técnica, aprovação institucional e registro da versão vigente


FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVC
UPA NORTE E UPA SUL – PALMAS/TO
DEMANDA ESPONTÂNEA
• Usuário procura diretamente a UPA Norte ou UPA Sul com sinais e sintomas sugestivos de AVC
DEMANDA REGULADA
• SAMU 192
• Atenção Primária à Saúde (APS/ESF)
• Outros serviços da Rede de Atenção à Saúde
• Central de Regulação
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Identificação de sinais e sintomas de AVC
SUSPEITA DE AVC?
FAST: assimetria facial, paralisia ou perda súbita dos movimentos e fala anormal
NÃO
• Seguir fluxo assistencial conforme quadro clínico
• Classificação de risco habitual
SIM
PRIORIDADE MÁXIMA (VERMELHO)
ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO (≤ 10 MINUTOS)
ATIVAÇÃO DO CÓDIGO AVC
ATENDIMENTO INICIAL (SALA DE EMERGÊNCIA)
ABCDE + MONITORIZAÇÃO
• Via aérea
• O2 se Sat < 94%
• Acesso venoso (2 acessos, se possível)
• Monitor cardíaco contínuo
AVALIAÇÃO RÁPIDA
• Glicemia capilar
• Hora do início dos sintomas (última vez visto bem)
• Déficit neurológico (NIHSS, se disponível)
• Pressão arterial
• Outros sinais vitais
HIPOGLICEMIA?
SIM
Corrigir conforme protocolo
(Ex.: Glicose 50% EV)
Reavaliar
NÃO
Prosseguir
ACIONAR REGULAÇÃO IMEDIATAMENTE
INFORMAR:
• Hora de início dos sintomas
• Déficit neurológico
• Sinais vitais (PA, FC, SatO2)
• Glicemia capilar
• Necessidade de transferência para serviço de referência, conforme Rede de Atenção às Urgências de Palmas/TO
EXAMES
• TC de crânio sem contraste (se disponível na UPA)
• ECG de 12 derivações
• Outros exames conforme avaliação médica
CONDUTAS
• NÃO atrasar transferência para realizar exames
• NÃO reduzir PA (exceto se > 220 x 120 mmHg)
• NÃO administrar AAS, se possível trombólise no destino
• Manter controle clínico e sintomas
ESTABILIZAÇÃO
• Cabeceira a 30°
• Manter jejum
• Controle clínico (dor, agitação, etc.)
• Monitorização contínua
• Preparar documentação para regulação/transferência
TRANSFERÊNCIA CONFORME REGULAÇÃO
Para serviço de referência definido pela Rede de Atenção às Urgências de Palmas/TO
(ex.: hospital com avaliação de trombólise ou unidade de maior complexidade)

V.1.9.2 – Protocolo de Dor Abdominal Aguda

Padronizar o atendimento inicial ao paciente adulto com dor abdominal aguda na Unidade de Emergência, estabelecendo critérios para avaliação clínica, identificação precoce de sinais de gravidade, classificação sindrômica, investigação diagnóstica e tratamento inicial, de acordo com a apresentação clínica e os recursos disponíveis na unidade.

A aplicação deste protocolo visa reduzir atrasos diagnósticos e terapêuticos, uniformizar as condutas da equipe multiprofissional, aumentar a segurança assistencial e garantir que pacientes que necessitem de avaliação especializada, tratamento cirúrgico, suporte hospitalar ou recursos não disponíveis na unidade de emergência sejam encaminhados de forma oportuna.

1.Introdução:

A dor abdominal aguda é uma queixa comum nos atendimentos de urgência e emergência. Embora a maioria dos casos tenha causa benigna e autolimitada, é fundamental reconhecer rapidamente quadros potencialmente graves — como o abdome agudo — que podem exigir intervenção imediata. A anamnese detalhada e o exame físico direcionado permitem elaborar hipóteses diagnósticas, orientando a solicitação de exames laboratoriais e de imagem conforme a complexidade do serviço. Mesmo sem um diagnóstico etiológico definitivo, muitos pacientes podem ser conduzidos com segurança com base em protocolos clínicos bem estabelecidos.

2.Atendimento Inicial:

Anamnese

- Dor abdominal: início, padrão, localização, irradiação, periodicidade e intensidade da dor (escala numérica); fatores desencadeadores, de alívio e de piora; episódios anteriores.
- Sintomas gerais: febre, perda do apetite, astenia, síncope, mialgias e icterícia; sintomas digestivos (náuseas e vômitos, alterações do hábito intestinal, aspecto das fezes, eliminação de gases e distensão abdominal);
- Sintomas urinários: disúria, oligúria e alterações no aspecto da urina;
- Mulheres: relações sexuais desprotegidas, sangramento genital, corrimento vaginal, dispareunia, data e característica da última menstruação e possibilidade de gravidez;

- Outros aspectos: atividade esportiva ou esforço físico fora do habitual, comorbidades, cirurgias prévias, uso de medicamentos e drogas ilícitas, e hábitos de vida.

Exame Físico Geral: avaliação dos sinais vitais e estado geral, tempo de enchimento capilar, avaliar hidratação, icterícia, avaliação pulmonar.

Exame Abdominal: inspeção, ausculta, percussão, palpação superficial e profunda, pesquisa de hérnias da parede abdominal, pesquisa de sinais clínicos relacionados à hipótese diagnóstica principal e aos possíveis diagnósticos diferenciais. O toque retal deve ser realizado obrigatoriamente nos casos de suspeita de obstrução intestinal ou sangramento digestivo. Nas demais situações, sua indicação deve ser avaliada caso a caso, assim como a do exame genital e perineal. Nos casos suspeitos, a avaliação ginecológica deve ser realizada, sempre que possível, por ginecologista. Reavaliações clínicas seriadas podem ser úteis para a conclusão diagnóstica mesmo sindrômica, particularmente nas fases iniciais das doenças.

3.Triagem, abordagem inicial e estabilização

Primeiros minutos — ABCDE

Etapa	Avaliar e agir
A — Via aérea	Patência, risco de aspiração, rebaixamento de consciência; posicionar e proteger conforme necessidade.
B — Respiração	FR, SpO_2, trabalho respiratório, ausculta; oxigênio quando indicado e investigar causas torácicas.
C — Circulação	PA/PAM, FC, perfusão, índice de choque, sangramento; acesso venoso, monitorização e reposição individualizada.
D — Neurológico	Consciência, confusão/agitação, glicemia capilar; corrigir causas reversíveis.

Etapa	Avaliar e agir
E — Exposição	Temperatura, pele, dorso, virilhas/hérnias e sinais de sangramento; preservar privacidade e temperatura.

CONDUTA TEMPO-DEPENDENTE Em choque, peritonite difusa, hemorragia ativa, sepse, suspeita de isquemia mesentérica ou aneurisma/dissecção: iniciar suporte, comunicar precocemente cirurgia/regulação e não retardar transferência para completar exames sem impacto imediato.

4.Sinais de Alarme no Paciente com Dor Abdominal

Sinais de alarme

Domínio	Sinais/achados
Hemodinâmico	PAS < 90 mmHg, PAM < 65 mmHg, índice de choque ≥ 1, TEC > 3 s, extremidades frias, livedo, oligúria ou síncope.
Respiratório/neurológico	SpO_2 < 92%, FR > 24 irpm, insuficiência respiratória, confusão, agitação ou redução da consciência.
Abdominal	Peritonite, rigidez, dor súbita máxima no início, dor desproporcional ao exame, massa pulsátil, distensão importante, vômitos persistentes/fecaloides.
Hemorragia/infecção	Hematemese, melena/hematoquezia relevante, sangramento genital com possibilidade de gestação, febre/hipotermia com disfunção orgânica.
Contexto de alto risco	Gestação/puerpério, idade avançada/fraqueza, imunossupressão, anticoagulação, neoplasia, cirurgia abdominal/vascular prévia.

Os limiares numéricos apoiam, mas não substituem, a avaliação global e a tendência dos sinais vitais. Temperatura normal não exclui infecção grave, sobretudo em idosos e imunossuprimidos.

Definição e Classificação

Abdome agudo é definido por dor abdominal aguda, não relacionada a trauma, com intensidade suficiente para levar o paciente a procurar atendimento médico. Essa condição é classificada em cinco grupos sindrômicos, conforme as características clínicas predominantes.

1. Inflamatório: apendicite, colecistite, pancreatite, diverticulite, doença inflamatória pélvica aguda, apendagite;
2. Perfurativo: pneumo-peritônio/retroperitônio (perfuração de vísceras ocas) por úlcera péptica, neoplasia
3. gastrointestinal, diverticulite ou corpo estranho;
4. Obstrutivo: aderências intestinais, hérnia encarcerada, tumor, fecaloma, volvo, Íleo biliar, intussuscepção, Síndrome de
5. Ogilvie, doenças metabólicas;
6. Vascular: isquemia intestinal, trombose mesentérica, torção de cisto ou apêndice ovariano, infarto esplênico;
7. Hemorrágico: gravidez ectópica rota, ruptura do baço, ruptura de aneurismas, cisto ovariano hemorrágico, coagulopatias,
8. necrose tumoral, endometriose.

Síndrome	Exemplos	Pistas úteis
Inflamatória/infecciosa	Apendicite, colecistite, pancreatite, diverticulite, DIP	Dor progressiva/localizada, febre, defesa, marcadores inflamatórios
Perfurativa	Úlcera, diverticulite, neoplasia ou corpo estranho perfurado	Dor súbita, rigidez/peritonite, ar extraluminal
Obstrutiva	Aderências, hérnia, neoplasia, volvo, fecaloma	Cólica, distensão, vômitos, parada de flatos/fezes

Síndrome	Exemplos	Pistas úteis
Vascular	Isquemia mesentérica, aneurisma/dissecção, infarto esplênico	Dor desproporcional ao exame, início súbito, fatores vasculares
Hemorrágica	Gravidez ectópica rota, aneurisma roto, sangramento visceral	Choque, síncope, anemia, dor pélvica/abdominal
Extra-abdominal/metabólica	SCA, pneumonia, TEP, cetoacidose, porfiria, herpes-zóster	Exame abdominal inespecífico; sintomas cardiopulmonares ou sistêmicos

5.Investigação Diagnóstica

Exames Laboratoriais

→ Conforme a suspeita clínica: hemograma, proteína C reativa (PCR), amilase, lipase (maior especificidade), transaminases, enzimas canaliculares, bilirrubina total e frações, creatinina, ureia, urina tipo 1 e urocultura. Em mulheres em idade fértil, incluir ß-hCG.

→ De acordo com o estado clínico do paciente e as hipóteses diagnósticas, pode ser considerado coleta de troponina, dímero-D, glicemia, gasometria venosa com lactato, coagulograma e exames pré-tranfusionais (se possibilidade de transfusão).

Exames laboratoriais seletivos

Exame	Quando considerar	Limitações/observações
Hemograma	Infecção, anemia, hemorragia, gravidade	Normal não exclui doença precoce.

Exame	Quando considerar	Limitações/observações
Eletrólitos, ureia, creatinina, glicemia	Vômitos, desidratação, doença renal/metabólica; planejamento de contraste	Interpretar no contexto e comparar com basal.
AST/ALT, FA/GGT, bilirrubinas	Dor em QSD, icterícia, suspeita hepatobiliar	Não substituem imagem.
Lipase	Suspeita de pancreatite	Preferível à amilase; interpretar tempo e contexto.
EAS ± urocultura	Sintomas urinários, cólica renal, pielonefrite	Piúria/hematúria não definem isoladamente etiologia.
β-hCG	Toda pessoa com potencial reprodutivo quando gestação for biologicamente possível	Resultado orienta imagem e exclusão de ectópica.
Gasometria/lactato	Choque, sepse, isquemia, acidose ou deterioração	Lactato normal não exclui isquemia precoce.
Troponina + ECG	Dor epigástrica/abdome superior ou risco cardiovascular	Seguir protocolo de síndrome coronariana.
Coagulograma/tipagem	Sangramento, anticoagulação ou possível procedimento/transfusão	Não atrasar transferência por coleta não essencial.

Exames de Imagem

→ Radiografia de abdome (preferencialmente em 3 incidências): pode ser útil na suspeita de perfuração ou obstrução.

→ Ultrassonografia de Abdome Total: exame preferencial para avaliação das vias biliares e na suspeita de hemorragia. EVITAR quando existe distensão abdominal ou obesidade (IMC > 30).

→ Ultrassonografia Transvaginal: exame de escolha na suspeita de etiologias ginecológicas.

→ Tomografia de Abdome Total com Contraste EV: método de maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico etiológico e diferencial da dor abdominal, exceto para doenças das vias biliares. Realizar TC de abdome sem contraste se hipersensibilidade ao contraste iodado. A indicação de TC deve ser orientada pela hipótese diagnóstica, estabilidade clínica e disponibilidade local, evitando exames indiscriminados.

→ Tomografia de Abdome Protocolo Litíase: método de maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico etiológico de ureterolitíase com sinais de alarme como causa da dor abdominal.

→ Angiotomografia de Abdome: exame de eleição na suspeita de abdome agudo vascular.

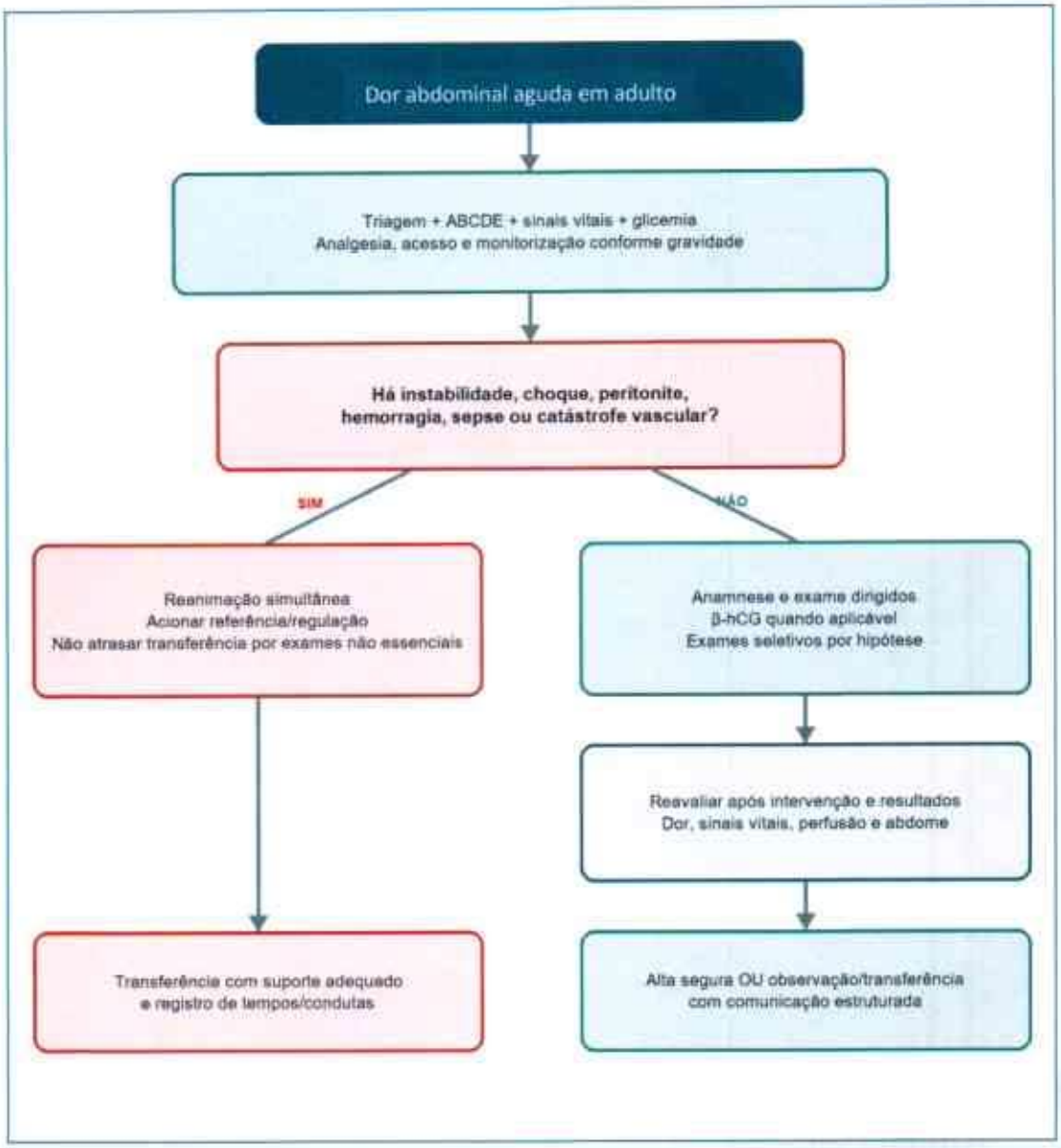
*Gestantes: deve ter como exame inicial, sempre que possível, a Ultrassonografia de Abdome Total, sendo a ressonância a opção sequencial.

Imagem guiada pela hipótese

Cenário	Exame inicial usual	Notas de segurança
QSD / suspeita biliar	Ultrassonografia	Obesidade ou distensão podem reduzir desempenho, mas não são contraindicações; se inconclusivo, considerar TC/RM conforme hipótese.

Cenário	Exame inicial usual	Notas de segurança
Dor não localizada / FID em adulto	TC de abdome e pelve, frequentemente com contraste IV	Definir protocolo com Radiologia; contraste melhora avaliação de muitas causas.
Urolitíase	TC sem contraste (protocolo litíase) ou US em situações selecionadas	Evitar repetir TC sem necessidade; avaliar gestação e radiação.
Suspeita vascular	Angio-TC urgente	Não atrasar por exames de baixo rendimento; discutir contraste/risco-benefício.
Suspeita ginecológica	US pélvica/transvaginal com Doppler conforme hipótese	β-hCG e avaliação ginecológica; Doppler normal não exclui completamente torção.
Gestação	US inicial; RM sem gadolínio quando US não esclarece	TC pode ser necessária se benefício superar risco; decisão compartilhada com Radiologia/Obstetrícia.
Obstrução/perfuração	TC geralmente mais informativa; radiografia pode apoiar em cenários selecionados	Radiografia abdominal não deve ser solicitada rotineiramente como "três incidências".

6.Fluxo Assistencial:



7.Localização e diagnósticos diferenciais



Figura 2. Regiões abdominais e exemplos de fontes possíveis. Considerar sempre causas referidas e apresentações atípicas.

8.Tratamento:

O tratamento inicial deve ser guiado pelo quadro clínico e baseado no diagnóstico sindrômico.

→ Promover analgesia titulada conforme quadro clínico, medicação sintomática e hidratação adequada (reposição volêmica guiada por estado hemodinâmico, perdas e comorbidades, evitando sobrecarga volêmica), manter jejum até a definição diagnóstica.

→ O uso de múltiplas doses de analgésicos ou a necessidade de drogas mais potentes, na ausência de diagnóstico definido ao término da investigação inicial, deve servir de alerta para a necessidade de investigação de urgência ou transferência e internação hospitalar para observação e exames complementares. Esses pacientes, sempre que possível, devem ser avaliados pela equipe de cirurgia.

→ Nas unidades sem disponibilidade de hemocomponentes, deve-se providenciar a transferência imediata do paciente, diante da suspeita de hemorragia, para serviço que disponha de suporte transfusional e cirúrgico.

9.Pacientes com fatores de risco para doença cardiovascular:

→ A queixa de dor súbita em abdome superior deve incluir, na investigação, a possibilidade de isquemia miocárdica, seguindo os protocolos de dor torácica para hipótese de síndrome coronariana aguda, tanto com quanto sem supradesnivelamento do segmento ST.

Para pacientes com diagnóstico sindrômico de dor abdominal de etiologia inflamatória, perfurativa, sepse ou risco de infecção de foco abdominal, o uso e a escolha dos antimicrobianos devem seguir as recomendações da SCIH (Tabela 1).

Esquema Antimicrobiano	Considerações
Ciprofloxacino 400 mg EV 12/12 horas **OU** Ceftriaxona 1000 mg EV 12/12 horas **MAIS** Metronidazol 500 mg EV 8/8 horas **OU** Clindamicina 600 mg EV 6/6 horas (se hipersensibilidade)	Infeções intra-abdominais adquiridas na comunidade em pacientes com baixo risco.
Piperacilina-tazobactan 4.5 g EV 6/6 horas **OU** Meropenem 1 g EV 8/8 horas **OU** Cefepime 2 g EV 8/8 horas **MAIS** Metronidazol 500 mg EV 8/8 horas	Infecções intra-abdominais adquiridas na comunidade com quadro grave ou risco elevado de desfecho desfavorável. Opção para paciente com infecções intra-abdominais associadas à assistência à saúde.

Tabela 1. Antibioticoterapia empírica se dor abdominal de etiologia inflamatória, perfurativo, ou Sepse de Foco Abdominal.

10.Tratamento inicial

Medida	Aplicação prática
Analgesia	Administrar precocemente e titular à intensidade, idade, função renal/hepática, risco hemorrágico e comorbidades. Preferir estratégia multimodal e minimizar opioides quando possível.
Antiemético	Quando náuseas/vômitos; observar contraindicações e risco de prolongamento do QT conforme fármaco.

Medida	Aplicação prática
Fluidos	Cristaloide em bolus pequenos com reavaliação quando hipovolemia/choque; cautela em IC, DRC, idosos e cirrose. Evitar reposição automática excessiva.
Jejum	Manter quando houver possibilidade de procedimento, cirurgia, sedação ou vômitos; revisar após definição de conduta.
Antimicrobiano	Na suspeita de infecção intra-abdominal/sepse, coletar culturas quando indicado sem atrasar tratamento. Escolha, dose e duração: protocolo SCIH vigente e ajuste renal/alergias.
Descompressão/sondagem	Sonda nasogástrica em obstrução com vômitos/distensão importante ou risco de aspiração; sonda vesical apenas por indicação clínica, não rotineiramente.
Hemorragia	Controle de fonte e suporte transfusional conforme protocolo; transferência imediata se recurso indisponível.

11.Populações especiais

Grupo	Pontos de atenção
Gestantes/puerpério	Excluir ectópica; considerar pré-eclâmpsia/HELLP, descolamento, torção e causas não obstétricas. US primeiro; RM quando apropriada.
Idosos/fraqueza	Apresentações oligo ou atípicas; menor resposta febril/peritoneal. Considerar aneurisma, isquemia, perfuração, obstrução, SCA e polifarmácia.

Grupo	Pontos de atenção
Imunossuprimidos/neutropênicos	Sinais inflamatórios podem ser discretos; ampliar investigação e contato precoce com referência. Evitar exame retal em neutropenia grave conforme política local.
Anticoagulados/coagulopatia	Considerar sangramento retroperitoneal/intramural; verificar fármaco, última dose e função renal; reversão conforme protocolo específico.
Cirurgia/bariátrica prévia	Risco de aderências, hérnia interna, obstrução e apresentações atípicas; baixo limiar para TC e cirurgia.

PRESCRIÇÃO SEGURA Este protocolo não fixa doses. Anexar, após validação da Farmácia/SCIH, tabela institucional com fármaco, dose, via, intervalo, dose máxima, ajustes renal/hepático, gestação/lactação, alergias e critérios de monitorização.

12.Critérios de Transferência:

- Sinais de alarme
- Exame físico fortemente sugestivo de abdome agudo cirúrgico mesmo sem diagnóstico definido
- Instabilidade hemodinâmica ou insuficiência respiratória
- Sepse de origem abdominal
- Necessidade de observação hospitalar
- Dor abdominal sem diagnóstico definido após investigação completa e necessidade de vigilância clínica
- Incapacidade de manter hidratação ou alimentação por via oral
- Condição clínica grave com necessidade de antibioticoterapia endovenosa ou cuidados intensivos
- Paciente socialmente vulnerável sem suporte domiciliar para vigilância adequada

13.Pacientes Elegíveis para Alta:

Pacientes adultos atendidos por dor abdominal, sem sinais de alarme ou critérios clínicos de abdome agudo, que apresentem melhora após medicações sintomáticas, e cujos exames laboratoriais e/ou de imagem não indiquem necessidade de intervenção cirúrgica ou internação.

→ Deverão receber receita de medicações sintomáticas (analgésico simples e antiemético se necessário).

Critérios mínimos para alta segura

Critério	Verificação
Estabilidade	Sinais vitais estáveis e ausência de sinais de alarme/peritonite.
Evolução	Dor controlada ou em melhora, sem deterioração nas reavaliações.
Função	Tolerância oral quando pertinente, mobilidade e autocuidado compatíveis.
Investigação	Resultados revistos, coerentes com hipótese de baixo risco; pendências com plano claro.
Plano	Diagnóstico/hipótese explicado, medicação reconciliada, seguimento definido e acesso possível.
Compreensão	Orientações verbais e escritas; paciente/acompanhante compreende sinais de retorno.

Orientações obrigatórias de retorno

RETORNO IMEDIATO Piora ou nova localização da dor; febre persistente; desmaio, confusão ou fraqueza intensa; vômitos persistentes ou incapacidade de ingerir líquidos; sangue em vômitos/fezes/urina; distensão progressiva ou parada de gases/fezes; icterícia; dispneia/dor torácica; sangramento vaginal, atraso menstrual ou possibilidade de gestação; qualquer preocupação relevante.

Orientar retorno no mesmo serviço ou emergência mais próxima e registrar que a evolução de algumas doenças pode tornar-se evidente apenas com o tempo. Definir prazo de reavaliação (preferencialmente em 12–24 horas quando o diagnóstico permanecer incerto), conforme julgamento clínico e acesso local.

Referências:

https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Manejo%20da%C2%A0Dor%20Abdominal%20Aguda%20em%20Adultos%C2%A0v.4.pdf

14. Responsabilidade pela atualização do protocolo

A responsabilidade técnica pela atualização do Protocolo de Dor Abdominal Aguda será atribuída ao Responsável Técnico Médico da Unidade, em articulação com a Coordenação Médica e com apoio da equipe multiprofissional.

A revisão deverá contar, quando pertinente, com a participação da Enfermagem, Farmácia Clínica, CCIH/SCIH e Núcleo de Segurança do Paciente, assegurando a compatibilidade das condutas com as evidências científicas, a estrutura assistencial e os recursos disponíveis.

16. Periodicidade de revisão

Estabelece-se, como proposta de padronização institucional, a revisão ordinária anual (a cada 12 meses), com possibilidade de revisão extraordinária sempre que ocorrerem:

- Atualizações relevantes das diretrizes científicas e recomendações técnicas;
- Alterações nos fluxos assistenciais, recursos diagnósticos ou terapêuticos;
- Identificação de eventos adversos, não conformidades ou oportunidades de melhoria;
- Mudanças nas normas sanitárias ou nas diretrizes institucionais.

17. Controle de revisão e atualização

Item	Definição
Protocolo	1.9.2 – Dor Abdominal Aguda
Unidade	UPA Norte e UPA SUL
Responsável técnico pela atualização	Responsável Técnico Médico / Direção Técnica
Áreas participantes	Coordenação Médica, Enfermagem, Farmácia, CCIH/SCIH e NSP
Periodicidade ordinária	Anual – a cada 12 meses
Revisão extraordinária	Sempre que houver alteração normativa, científica, assistencial ou operacional relevante
Aprovação	Direção Técnica da Unidade

V.1.9.3 – Protocolo de Politrauma

1. Introdução

O politrauma é definido como a ocorrência de múltiplas lesões traumáticas em diferentes regiões ou sistemas do organismo, decorrentes de um evento de alta energia ou de mecanismo capaz de produzir lesões potencialmente ameaçadoras à vida. Mais do que a simples presença de várias lesões, o conceito de politrauma envolve a associação de alterações fisiológicas e anatômicas capazes de comprometer rapidamente as funções vitais, exigindo avaliação sistematizada, tratamento simultâneo e tomada de decisão rápida.

O trauma constitui uma importante causa de morbimortalidade, especialmente entre indivíduos jovens e adultos em idade produtiva. A evolução clínica do paciente politraumatizado é frequentemente determinada pelos primeiros minutos de atendimento, uma vez que condições como hemorragia maciça, obstrução de via aérea, insuficiência respiratória, choque hemorrágico e traumatismo cranioencefálico grave podem levar à deterioração rápida e à morte quando não reconhecidas e tratadas precocemente.

O atendimento ao politraumatizado deve, portanto, seguir uma abordagem estruturada, sistemática e orientada à identificação e ao tratamento imediato das ameaças à vida.

Atendimento Inicial

Os Traumas Graves devem ser atendidos em uma Sala de Emergência.

Monitorização Inicial

- Frequência Cardíaca (FC)
- Saturação de O2 (SatO2)
- Pressão Arterial (PA)
- Frequência Respiratória (FR)
- Glicemia capilar (GLIC)

Ações Imediatas

- Acesso venoso periférico (2 acessos)

- Iniciar infusão de 500 ml de cristaloide preferencialmente aquecido (infusão rápida) - Não realizar mais que 1l de cristaloide.
- Avaliar uso de Ácido Tranexâmico
- Analgesia e conforme necessidade

Exames Laboratoriais

- Hemoglobina (Hb), Hematócrito (HT), Plaquetas
- **Tap, Ttpa, Inr**
- Gasometria arterial para pacientes graves
- Lactato
- Ureia / Creatinina
- Eletrólitos (Na, K, Calcio, Mg)
- Beta-HCG (em mulheres em idade fértil)

2.Avaliação Primária (ATLS)

A avaliação inicial de um paciente vítima de Trauma Grave deve seguir o protocolo de abordagem inicial para traumatizados recomendado pelo ATLS. Durante esta avaliação, a estabilização ocorre simultaneamente, seguindo uma sequência lógica de condições que ameaçam a vida, conhecida como "XABCDE".

A abordagem XABCDE (Exanguinação, Vias Aéreas, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) deve ser conduzida de forma objetiva com intuito de diagnosticar e tratar simultaneamente as lesões que ofereçam risco à vida do paciente.

X: Controle de Exanguinação (eXsanguination)

Controlar sangramentos ameaçadores à vida. São aqueles provenientes de amputações traumáticas de membros, esmagamentos e lesões vasculares graves, em especial com coto vascular visível.
Pode ser necessária a aplicação de recursos diversos de forma escalonada até o controle do sangramento: compressão direta, empacotamento ("packing"), aplicação de torniquete e controle vascular direto.

A: Vias Aéreas e Coluna Cervical (Airway)

O colar cervical deve ser posicionado corretamente e somente deve ser removido após a exclusão de lesões cervicais, utilizando-se a regra NEXUS ou avaliação de exame de imagem.

Há déficit neurológico focal? Existe sensibilidade dolorosa à palpação da coluna vertebral? Há alteração do nível de consciência? Sinais de intoxicação exógena? Presença de injúria distrativa? Caso alguma resposta seja positiva em qualquer item, é recomendada a realização de exames de imagem.

- Avaliar se o paciente responde verbalmente (via aérea pérvia).
- Observar sinais de obstrução (estridor, sangue, vômito, corpo estranho).
- Abrir via aérea com manobras básicas, estabilizar coluna cervical.

Considerar Via Aérea Definitiva se:

- Apneia;
- Impossibilidade de manter uma via aérea permeável por outros métodos;
- Proteção das vias aéreas inferiores contra aspiração de sangue ou vômito;
- Comprometimento iminente ou potencial das vias aéreas, como, p.e., lesão por inalação, fraturas faciais, convulsões persistentes;
- TCE (Glasgow ≤ 8) necessitando de auxílio ventilatório;

Avaliar via aérea cirúrgica: incapacidade de intubação orotraqueal, no traumatismo facial grave, hemorragia traqueobrônquica persistente, na distorção anatômica devido ao trauma no pescoço, incapacidade de visualização das pregas vocais, devido ao acúmulo de sangue e secreções ou edema de via aérea que não permita a intubação orotraqueal.

B: Respiração (Breathing)

Inspecionar, palpar, percutir e auscultar o tórax.

Identificar ruídos respiratórios anormais, expansibilidade assimétrica, sinais de esforço respiratório.

Tratar lesões ameaçadoras a vida:

- Pneumotórax hipertensivo
- Tamponamento cardíaco
- Pneumotórax aberto

- Hemotórax maciço

Oferecer oxigênio suplementar conforme necessidade.

C: Circulação (Circulation)

Avaliar pulso, cor da pele, enchimento capilar, pressão arterial e frequência cardíaca. Buscar hemorragias externas e a controlar rapidamente.

Avaliar compartimentos que podem ser motivo de choque - abdome e pelve

Considere realizar toque retal e vaginal em paciente com Trauma Grave e em alguns casos selecionados de Trauma não grave.

Estratificação do Choque Hemorrágico (ATLS)

Parâmetro	Classe I (Leve)	Classe II (Moderado)	Classe III (Grave)	Classe IV (Terminal)
Perda Sanguínea (%)	< 15%	15% - 30%	31% - 40%	> 40%
Perda Sanguínea (mL)	< 750 mL	750 - 1.500 mL	1.500 - 2.000 mL	> 2.000 mL
Frequência Cardíaca	< 100 bpm	100 - 120 bpm	120 - 140 bpm	> 140 bpm
Pressão Arterial (PAS)	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Enchimento Capilar	Normal (< 2s)	Levemente lento	Lento (> 3s)	Muito lento / Ausente
Frequência Respiratória	14 - 20 irpm	20 - 30 irpm	30 - 40 irpm	> 35 irpm
Débito Urinário	> 0,5 mL/kg/h	20 - 30 mL/h	5 - 15 mL/h	Anúria / Desprezível
Estado Mental (ECG)	Ansioso leve	Ansioso moderado	Confuso / Agitado	Letárgico / Comatoso

Ressuscitação Hemodinâmica

Administrar até 1L de ringer lactato, aquecido para os pacientes (considerando o volume já infundido no Atendimento Pré Hospitalar), duas veias periféricas (cubital ou no antebraço), com jelco 18G ou maior.

Em casos de resposta transitória, sem resposta ou que já tenham critérios de indicação, iniciar protocolo de transfusão, se disponível.

Indicação:

- Sangramento de difícil controle
- ABC score com ≥ 2 pontos
- Shock Index > 1.1
- Locais onde não houver retaguarda de Cirurgia ou hemocomponentes disponíveis – Após avaliação inicial e tentativa de estabilização do paciente, solicitar transferência de emergência.

ABC Score		Shock Index (SI)
PAS ≤ 90 mmHg	(1 ponto)	SI = FC/PAS
FC ≥ 120 bpm.	(1 ponto)	
FAST +	(1 ponto)	
Ferimento penetrante no tronco	(1 ponto)	

Indicações para Administração de ÁCIDO TRANEXÂMICO

- Trauma há menos de 3 horas com suspeita de sangramento;
- Frequência cardíaca > 110bpm e/ou PAS<90 mmHg;

Administrar 1g dentro de 3horqs após a lesão, seguido por uma segunda linha de infusão de 1g ao longo de 8horas.

D: Avaliação Neurológica (Disability)

Uma vez que as vias aéreas, a respiração e a circulação tenham sido tratadas e estabilizadas, deve ser realizada uma avaliação neurológica focada para avaliar o nível de consciência, o tamanho e a reatividade pupilar e a função motora.

Devem-se considerar causas alternativas de alteração sensorial, com a realização de glicemia capilar e exames toxicológicos.

Apesar do uso concomitante de drogas e álcool em muitos pacientes com trauma, não se deve atribuir simplesmente a alteração do estado mental à intoxicação na circunstância do trauma.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) é o instrumento mais utilizado para avaliação da consciência no local da lesão e ajuda a monitorar o progresso ou a deterioração durante o tratamento.

Escala de Coma de Glasgow (Adulto e Pediatria)

Variável	Resposta Observada	Escore
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Ao comando verbal	3
	À pressão / dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada / Sons apropriados	5
	Confusa / Choro irritável	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada à dor	4
	Flexão anormal (decorticação)	3
	Extensão anormal (descerebração)	2
	Nenhuma	1

E: Exposição (Exposure)

O doente deve ser totalmente despido para facilitar o exame e avaliação completa, avaliando extremidades, região perineal, região do dorso do paciente.

Deve ser realizada antibioticoterapia (Classificação Gustilo e Anderson - TABELA) nas fraturas expostas, na primeira hora do trauma. A cobertura antitetânica deve também ser atualizada.

Após o exame, o paciente deve ser coberto para prevenir a ocorrência de hipotermia.

Regimes preventivos de antibióticos para pacientes com fraturas expostas

	Ausência de contaminação potencial do solo ou da água	Presença de contaminação potencial do solo (na ausência de contaminação da água)	Presença de contaminação da água
Fratura de Gustilo-Anderson tipo I ou II			
Regime preferido	• Cefazolina 2 g IV a cada 8 horas (Q8H)	• Cefazolina 2 g IV Q8H **PLUS** Metronidazol 500 mg IV Q8H **ou** • Ceftriaxona 2 g IV a cada 24 horas (Q24H) **PLUS** Metronidazol 500 mg IV Q8H	• Nenhuma modificação necessária nas recomendações para a esquerda
Regime alternativo para hipersensibilidade aos beta-lactâmicos	• Vancomicina – Dose de ataque: 20–35 mg/kg – Dose de manutenção: 15 mg/kg Q8–12H (dose baseada em fatores específicos do paciente e ajuste aos níveis mínimos)	• Clindamicina 900 mg IV Q8H	• Nenhuma modificação necessária nas recomendações para a esquerda.
Fratura de Gustilo-Anderson tipo III			
Regime preferido	• Cefazolina 2 g IV Q8H **PLUS** Gentamicina 5 mg/kg IV Q24H **ou** • Ceftriaxona 2 g IV Q24H	• Ceftriaxona 2 g IV Q24H **PLUS** Metronidazol 500 mg IV Q8H **ou** • Cefazolina 2 g IV Q8H **PLUS** Gentamicina 5 mg/kg IV Q24H **MAIS** Metronidazol 500 mg IV Q8H	Contaminação da água doce: • Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV Q6H Contaminação da água salgada: • Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV Q6H **PLUS** Doxiciclina 100 mg VO ou IV a cada 12 horas (Q12H)
Regime alternativo para hipersensibilidade aos beta-lactâmicos	• Clindamicina 900 mg IV Q8H	• Clindamicina 900 mg IV Q8H **PLUS** Gentamicina 5 mg/kg IV Q24H	Contaminação da água doce: • Imipenem 500 mg IV Q6H **ou** • Meropenem 1 g IV Q8H Contaminação da água salgada: • Imipenem 500 mg IV Q6H **ou** • Meropenem 1 g IV Q8H **PLUS** Doxiciclina 100 mg IV ou VO a cada 12 horas (Q12H)

Notas:
- Se for utilizada cefazolina, usar 3 g IV Q8H em pacientes > 120 kg.
- Para pacientes com risco de MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina), a cobertura Gram-positiva deve consistir em vancomicina em vez de cefazolina.
- Pode-se usar fluoroquinolona (levofloxacino, ciprofloxacino) no lugar da doxiciclina.
- O antibiótico profilático pode ser descontinuado 24 horas após o fechamento da ferida para fraturas do tipo I e II e após 72 horas para fraturas do tipo III.
- Antibioticoterapia sistêmica recomendada para ser iniciada no momento do diagnóstico.
- Cobertura Gram-positiva o mais rápido possível após lesão, e adição de cobertura Gram-negativa para fraturas expostas de Gustilo-Anderson Tipo III.

Realizar E-FAST, se disponível

O e-FAST Extended Focused Assessment with Sonography in Trauma (Avaliação Focada Estendida com Ultrassonografia no Trauma) possibilitou a ampliação da avaliação do paciente, em tempo real, avaliando a cavidade abdominal, janela cardíaca e cavidade torácica, proporciona a detecção de pneumotórax, hemotórax, ruptura diafragmática, derrame pericárdico e líquido livre na cavidade abdominal.

Indicações para o e-FAST

- Trauma cardíaco penetrante;
- Trauma cardíaco fechado;
- Trauma abdominal fechado;
- Trauma torácico;
- Pneumotórax;
- Hemotórax;
- Hipotensão de causa não definida;
- Gestantes;
- Instabilidade hemodinâmica ou sinais de choque de causa não definida.

Reavaliações Contínuas

Devemos realizar reavaliações contínuas a fim de detectar alterações no menor tempo possível, permitindo realizar intervenções de maneira assertiva e correta. O fluxo do exame deve ser o mesmo da Avaliação Primária, como orientado no ATLS.

3.Identificação de Hemorragias e Níveis de Sangramento

Classificação Anatômica dos Tipos de Hemorragia

Tipo de Hemorragia	Características Clínicas	Volume de Perda / Risco	Localização Típica
Arterial	Sangue vermelho-vivo, pulsátil (em jato), sincronizado com o batimento cardíaco.	Extremamente alto; pode causar choque em poucos minutos.	Artérias de membros (femoral, braquial) e região juncional.
Venosa	Sangue vermelho-escuro, fluxo contínuo e constante, sem pulsação.	Moderado a alto dependendo do calibre do vaso.	Veias profundas dos membros, pescoço e abdome.
Capilar	Sangramento lento em "orvalho", extravasamento superficial.	Baixo; geralmente de fácil controle local.	Abrasões, feridas superficiais e escoriações.

Identificação dos 5 Compartimentos do Sangramento Oculto (Interno)

1. Tórax (Hemotórax Maciço): Acomoda até 2 a 3 litros de sangue em cada cavidade pleural. Identificado por macicez à percussão, ausência de murmúrio e choque.
2. Abdome (Hemoperitônio): Acomoda todo o volume sanguíneo do indivíduo. Identificado por distensão, dor, rigidez abdominal e e-FAST positivo (líquido no espaço de Morison/esplenorrenal).
3. Pelve (Fraturas Complexas da Bacia): O retroperitônio e o espaço pélvico acomodam múltiplos litros de sangue. Identificado por instabilidade do anel pélvico, hematoma perineal/escrotal e choque.
4. Ossos Longos (Fraturas de Fêmur e Úmero): Uma fratura fechada de diafise de fêmur pode acumular de 1.000 a 1.500 mL de sangue na coxa. Fratura de úmero pode perder 500 a 750 mL.
5. Piso da Sala (Sangramento Externo Não Diagnosticado no APH): Ferimentos no dorso, couro cabeludo ou roupas encharcadas de sangue na cena.

Gradação do Nível de Sangramento Fisiológico (Gravidade do Choque)

Parâmetro	Grau I (Mínimo)	Grau II (Moderado)	Grau III (Grave)	Grau IV (Maciço / Crítico)
Perda Volêmica (%)	< 15% (< 750 mL)	15% - 30% (750-1500 mL)	31% - 40% (1500-2000 mL)	> 40% (> 2000 mL)
Frequência Cardíaca	< 100 bpm	100 - 120 bpm	120 - 140 bpm	> 140 bpm
Pressão Arterial (PAS)	Normal	Normal	Diminuída (< 90 mmHg)	Muito diminuída (< 70 mmHg)
Perfusão Periférica	Normal (< 2 seg)	Lentificada (2-3 seg)	Muito lenta (> 3 seg)	Ausente / Extremidades frias
Shock Index (FC / PAS)	< 0,7	0,7 - 0,9	1,0 - 1,3	> 1,3

Parâmetro	Grau I (Mínimo)	Grau II (Moderado)	Grau III (Grave)	Grau IV (Maciço / Crítico)
Estado Mental	Lucido / Ansioso leve	Ansioso / Agitado	Confuso / Torporoso	Comatoso / Inconsciente
Conduta Terapêutica	Observação / Cristaloide	Cristaloide aquecido	Hemocomponentes + TXA	Protocolo Transfusão Maciça (PTM)

4.Condutas Técnicas de Contenção da Hemorragia

REGRA DE OURO DA HEMOSTASIA (STOP THE BLEED): O controle direto da hemorragia tem prioridade absoluta na avaliação inicial (Componente X). A contenção mecânica precede a ressuscitação volêmica.

Algoritmo de Contenção de Sangramentos Externos em Membros e Regiões Juncionais

Passo 1: Compressão Direta

- Aplicar pressão manual direta firme sobre o ponto exato da lesão arterial/venosa utilizando gaze estéril ou pano limpo.
- Manter compressão contínua ininterrupta por pelo menos 10 minutos.
- Se eficaz, confeccionar curativo compressivo com faixa elástica.

Passo 2: Empacotamento da Ferida ("Wound Packing")

Indicação: Ferimentos profundos em regiões juncionais (axila, virilha, região glútea e pescoço), onde o uso do torniquete é anatomicamente impossível.

Técnica:

1. Remover coágulos soltos da ferida.
2. Inserir firmemente gaze hemostática (impregnada com caolim ou quitosana) ou gaze comum no interior da cavidade, preenchendo todos os espaços mortos diretamente contra a fonte do sangramento.
3. Manter pressão manual direta contínua sobre a gaze por 3 minutos (se gaze hemostática) ou 10 minutos (se gaze comum).
4. Confeccionar curativo compressivo externo mantendo a pressão.

Passo 3: Aplicação do Torniquete Arterial de Extremidade

Indicação: Hemorragia exsanguinante em membros (braços/pernas), amputações traumáticas ou falha da compressão direta.

Técnica de Aplicação:

1. Posicionar o torniquete de 5 a 7 cm acima da lesão (evitando posicionar sobre articulações). Se o local exato da lesão não for visível imediatamente, posicionar "alto e apertado" no membro.
2. Apertar a fita principal ao máximo.
3. Girar a haste do molinete até que o sangramento cesse completamente e o pulso distal não seja mais palpável.
4. Travar a haste no gancho de fixação.
5. Anotar o horário exato de aplicação (ex: "TK 14:30") no próprio torniquete ou na testa do paciente.

Manejo do Torniquete

• Tempo de permanência seguro: até 2 horas sem danos irreversíveis.

• Nunca afrouxar periodicamente o torniquete (isso provoca choque de reperfusão e retorno do sangramento exsanguinante).

• Se o sangramento persistir após o primeiro torniquete, aplicar um segundo torniquete proximalmente ao primeiro.

5.Contenção de Hemorragias Internas e Focais

A. Fraturas Pélvicas e Sangramento Retroperitoneal

Conduta: Aplicação imediata de Cinturão Pélvico (Pelvic Binder) ou lençol ajustado na altura dos trocanteres maiores do fêmur (e não sobre as cristas ilíacas) para fechar o anel pélvico, reduzindo o volume da pelve e promovendo o tamponamento de plexos venosos retroperitoneais.

B. Hemotórax Maciço

Conduta: Drenagem fechada do tórax com dreno tubular (28 a 36 Fr) no 4º ou 5º espaço intercostal na linha axilar média/anterior. Permite expansão pulmonar e tamponamento da parede.

Se sangramento inicial > 1.500 mL ou débito contínuo > 200 mL/h por 2-4h, indicar Toracotomia de Urgência.

C. Fraturas de Ossos Longos (Fêmur/Tíbia)

Conduta: Tracionamento e imobilização alinhada do membro com tracionador de fêmur ou talas rígidas. Reduz a cavidade muscular ao redor do osso e estanca o sangramento dos topos ósseos fraturados.

D. Medidas Avançadas de Suporte

Regular e encaminhar para centro especializado para o tipo de suporte adequado.

Ressuscitação Hemostática e Farmacológica

Protocolo Farmacológico de Hemostasia

- Ácido Tranexâmico (TXA): Administrar 1g IV diluído em 100 mL de SF 0,9% em 10 minutos nas primeiras 3 horas do trauma em pacientes com suspeita de sangramento grave, FC > 110 bpm ou PAS < 90 mmHg. Seguido por 1g IV infundido ao longo de 8 horas.
- Reposição de Cálcio Iônico: Administrar 1g de Gluconato de Cálcio ou Cloreto de Cálcio IV a cada 4 unidades de concentrado de hemácias administradas para evitar hipocalcemia induzida pelo citrato.
- Ressuscitação Permissiva (Hipotensão Controlada): Manter PAS entre 80-90 mmHg até a hemostasia cirúrgica/mecânica (exceto no TCE grave, onde PAS deve ser mantida > 100-110 mmHg).

6. Referências

- https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Atendimento%20Inicial%20ao%20Trauma%20v.2.pdf
- American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual. 10th/11th Editions. Chicago, IL, 2018/2023.
- Stop the Bleed® Campaign. Bleeding Control Basic Course v.2.0. American College of Surgeons Committee on Trauma, 2023.

- CRASH-2 Trial Collaborators. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage. Lancet, 2010.
- Spahn DR, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma. Critical Care, 5th/6th Editions, 2019/2023.
- Hospital Israelita Albert Einstein. Diretrizes para Atendimento Inicial ao Paciente Politraumatizado. São Paulo, v.2, 2024.
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048/2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, consideradas as disposições vigentes.

7. Responsável pela atualização

A responsabilidade pela atualização do Protocolo de Politrauma será atribuída ao Responsável Técnico Médico da Unidade, em conjunto com a Coordenação Médica e a Coordenação de Enfermagem, com apoio do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e dos demais profissionais envolvidos no atendimento às urgências e emergências.

Compete aos responsáveis acompanhar as atualizações científicas, revisar os procedimentos assistenciais, avaliar ocorrências e eventos adversos, promover a padronização das condutas e assegurar a capacitação periódica das equipes quanto à abordagem do paciente politraumatizado.

8. Periodicidade de revisão

O Protocolo de Politrauma terá revisão ordinária anual, a cada 12 meses, podendo ser revisado extraordinariamente diante de atualizações das diretrizes de atendimento ao trauma, modificações normativas, alterações na estrutura assistencial, incorporação de novas tecnologias ou identificação de não conformidades e eventos adversos.

Todas as revisões deverão ser documentadas, com registro da versão, data, responsáveis técnicos e aprovação da Direção Técnica da Unidade.

9. Controle de atualização e validação

Elemento	Definição
Protocolo	Atendimento ao Paciente Politraumatizado
Referências principais	ACS/ATLS, Ministério da Saúde, Brain Trauma Foundation e diretrizes internacionais de trauma
Responsável pela atualização	Responsável Técnico Médico
Equipe participante	Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem e NSP
Periodicidade de revisão	Anual – a cada 12 meses
Revisão extraordinária	Sempre que houver necessidade técnica, científica, normativa ou assistencial
Aprovação	Direção Técnica da Unidade
Controle documental	Registro de versões, datas, alterações e responsáveis

V.1.9.4 – Protocolo Sepse Adulto Pediátrico

1. Objetivo

Padronizar o reconhecimento precoce, diagnóstico, estabilização, tratamento e monitorização da sepse e do choque séptico em pacientes adultos e pediátricos, reduzindo o tempo para intervenções, promovendo controle precoce do foco infeccioso, restauração da perfusão e prevenção da disfunção progressiva de órgãos.

2. Abrangência

Aplica-se aos pacientes adultos e pediátricos atendidos na Urgência e Emergência, unidades de internação, UTI Adulto, UTIP, Centro Cirúrgico, unidades intermediárias e demais setores hospitalares. Não contempla sepse neonatal, que requer protocolo específico.

3. Definição de Sepse no Adulto

Sepse é disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por resposta desregulada do organismo à infecção. Considerar, na prática, infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica aguda relacionada ao processo infeccioso.

4. Sofa no Adulto

O SOFA avalia função respiratória, coagulação, fígado, cardiovascular, sistema nervoso central e rim. Aumento agudo ≥2 pontos relacionado à infecção é compatível com disfunção orgânica associada à sepse. O SOFA não deve ser usado isoladamente como ferramenta de triagem nem retardar reconhecimento ou tratamento.

5. Qsofa e Rastreamento

qSOFA: FR ≥22 irpm, PAS ≤100 mmHg e alteração do nível de consciência. Pode identificar maior risco, mas não deve ser utilizado isoladamente para rastrear, confirmar ou excluir sepse. Para rastreamento institucional, utilizar ferramenta de alerta precoce adotada pela instituição associada à avaliação clínica.

6. Choque Séptico no Adulto

Considerar choque séptico quando, apesar de ressuscitação volêmica adequada e na ausência de hipovolemia não corrigida, houver necessidade de vasopressor para manter PAM ≥65 mmHg e lactato >2 mmol/L. Esses critérios não devem ser pré-requisito para iniciar vasopressor ou ressuscitação em paciente clinicamente instável.

7. Suspeita Clínica de Sepse

Suspeitar diante de infecção associada a deterioração clínica: hipotensão, taquicardia, taquipneia, hipoxemia, alteração de consciência, oligúria, disfunção renal, plaquetopenia, hiperbilirrubinemia, coagulopatia, lactato elevado, perfusão periférica inadequada, extremidades frias/moteadas ou enchimento capilar prolongado. Ausência de febre não exclui sepse.

8. Principais Focos Infecciosos

Pesquisar foco pulmonar, urinário, abdominal, corrente sanguínea, pele/partes moles, sistema nervoso central, osteoarticular, dispositivos intravasculares, ferida operatória, ginecológico/obstétrico e outros conforme apresentação.

9. Fatores de Maior Risco

Extremos de idade, imunossupressão, neoplasias, transplante, diabetes, DRC, hepatopatia, doença pulmonar/cardiovascular, dispositivos invasivos, cirurgia ou hospitalização recente, antimicrobianos recentes, colonização/infecção por multirresistentes, asplenia e doenças neurológicas importantes.

10. Acionamento do Protocolo de Sepse

Diante da suspeita: reconhecer e registrar o tempo zero; realizar avaliação clínica imediata; obter acesso vascular; monitorizar; solicitar exames; coletar culturas quando indicadas; iniciar antimicrobiano quando indicado; avaliar fluidos, perfusão e vasopressor; identificar/controlar foco; definir necessidade de UTI. As intervenções devem ocorrer simultaneamente quando necessário. Considerar tempo zero o momento do reconhecimento/documentação da suspeita de sepse associada a disfunção orgânica ou choque, conforme fluxo institucional.

11. Avaliação Inicial do Adulto

Realizar ABCDE: via aérea; respiração (FR, SpO_2, esforço, ausculta e suporte); circulação (PA, FC, perfusão, enchimento capilar, extremidades, débito urinário, hipovolemia/congestão); neurológico (consciência, Glasgow, delirium); exposição e pesquisa do foco.

12. Exames Laboratoriais Iniciais – Adulto

Conforme apresentação: hemograma, lactato, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, bilirrubinas, AST/TGO, ALT/TGP, coagulograma, gasometria e PCR, além de exames orientados pelo foco/disfunção. Nenhum biomarcador isolado confirma ou exclui sepse.

13. Lactato

Dosar precocemente em suspeita de sepse com disfunção orgânica ou choque. Quando elevado, repetir conforme gravidade e resposta. Não utilizar normalização do lactato como único objetivo; interpretar com perfusão, enchimento capilar, PA, débito urinário e contexto clínico.

14. Culturas

Coletar culturas apropriadas, idealmente antes do antimicrobiano, desde que não haja atraso clinicamente relevante. Considerar duas hemoculturas de sítios distintos e culturas do foco provável (urina, secreção respiratória, líquor, feridas, dispositivos, líquidos cavitários etc.).

15. Antimicrobianos no Adulto

Choque séptico ou alta probabilidade de sepse: iniciar antimicrobiano EV imediatamente, idealmente em até 1 hora do reconhecimento. Possível sepse sem choque: realizar avaliação rápida e iniciar precocemente se a suspeita permanecer elevada. Baixa probabilidade de infecção sem choque: investigação e monitorização estreita podem preceder antimicrobiano, com reavaliações frequentes. Escolher esquema conforme foco, origem, microbiologia/antibiograma institucional, resistência, exposições recentes, colonização prévia, imunossupressão, alergias e função orgânica. Utilizar dose inicial adequada para doença grave e ajustar subsequentemente.

15.1 Escolha Empírica do Antimicrobiano – Adulto

A escolha empírica deve cobrir os patógenos mais prováveis de acordo com o foco, origem comunitária ou relacionada à assistência, gravidade, culturas anteriores, colonização, exposição antimicrobiana recente e antibiograma institucional. Os esquemas abaixo são sugestões iniciais e devem ser validados pela CCIH/SCIH e adaptados à padronização farmacêutica local.

Foco provável	Situação comunitária – sugestão inicial	IRAS / risco de resistência – orientação
Pulmonar comunitário grave	Ceftriaxona 2 g EV 24/24 h + azitromicina 500 mg EV 24/24 h (ou outro macrolídeo conforme padronização).	IRAS/risco de Pseudomonas: cefepime 2 g EV 8/8 h OU piperacilina-tazobactam 4,5 g EV 6/6 h. Acrescentar cobertura anti-MRSA somente se houver risco relevante.
Urinário / pielonefrite	Ceftriaxona 2 g EV 24/24 h.	IRAS/risco de resistência: cefepime 2 g EV 8/8 h OU piperacilina-tazobactam 4,5 g EV 6/6 h. Considerar carbapenêmico se risco/documentação prévia de ESBL, conforme CCIH.
Intra-abdominal	Ceftriaxona 2 g EV 24/24 h + metronidazol 500 mg EV 8/8 h.	Piperacilina-tazobactam 4,5 g EV 6/6 h; considerar meropenem 1 g EV 8/8 h em alto risco de MDR/ESBL, conforme epidemiologia.
Pele e partes moles	Oxacilina 2 g EV 4/4 h, podendo associar ceftriaxona conforme apresentação clínica.	Vancomicina quando houver risco de MRSA. Infecção grave/polimicrobiana: ampliar Gram-negativos/anaeróbios conforme foco e avaliação cirúrgica.

Infecção necrosante	Cobertura ampla para Gram-positivos, Gram-negativos e anaeróbios; associar clindamicina quando houver indicação de efeito antitoxina.	Avaliação cirúrgica emergencial e ajuste imediato à epidemiologia/culturas.
Meningite bacteriana	Ceftriaxona 2 g EV 12/12 h + vancomicina; acrescentar ampicilina quando houver risco de Listeria.	Contexto neurocirúrgico/hospitalar: individualizar conforme CCIH, culturas e epidemiologia.
Neutropenia febril com sepse	Cefepime 2 g EV 8/8 h OU piperacilina-tazobactam 4,5 g EV 6/6 h.	Carbapenêmico em situações selecionadas de alto risco de resistência; anti-MRSA somente quando indicado.
Foco indeterminado	Selecionar esquema conforme provável origem, gravidade e epidemiologia.	Em IRAS/alto risco microbiológico, utilizar cobertura orientada pelo antibiograma institucional e histórico do paciente; evitar ampliação indiscriminada.
ALERTA DE STEWARDSHIP Gravidade clínica, isoladamente, não significa resistência antimicrobiana. Cobertura para MRSA, ESBL/CRE ou outros MDR deve ser acrescentada quando houver risco clínico, epidemiológico ou microbiológico específico.		

15.2 Doses Iniciais Usuais – Adulto

Antimicrobiano	Dose inicial/usual no adulto com infecção grave	Observações
Ceftriaxona	2 g EV 24/24 h; meningite: 2 g EV 12/12 h	Sem ajuste renal isolado usual; revisar em disfunção hepatorrenal combinada.
Cefepime	2 g EV 8/8 h	Ajustar à função renal.
Piperacilina-tazobactam	4,5 g EV 6/6 h	Ajustar à função renal; após dose inicial, considerar infusão prolongada conforme protocolo institucional.
Meropenem	1 g EV 8/8 h	Ajustar à função renal; considerar infusão prolongada na manutenção.
Vancomicina	Dose de ataque 25–30 mg/kg EV em paciente grave; manutenção individualizada	Ajustar por função renal e monitorização farmacocinética/AUC ou níveis conforme protocolo institucional.
Metronidazol	500 mg EV 8/8 h	Reavaliar necessidade de cobertura anaeróbia.
Azitromicina	500 mg EV 24/24 h	Avaliar QT/interações.
Ampicilina	2 g EV 4/4 h quando indicada para Listeria	Ajustar à função renal.
Oxacilina	2 g EV 4/4 h	Monitorar função hepática e tolerabilidade.
Clindamicina	600–900 mg EV 8/8 h conforme indicação	Usar quando houver indicação específica, inclusive efeito antitoxina em síndromes selecionadas.

As doses acima pressupõem adulto sem particularidades que exijam modificação imediata. Após a dose inicial adequada para doença grave, ajustar manutenção conforme função renal/hepática, peso, terapia renal substitutiva, interações e monitorização farmacocinética quando aplicável.

15.3 MDR, MRSA, Anaeróbios e Antifúngicos

Considerar cobertura especifica para MDR quando houver colonização ou infecção prévia pelo agente de interesse, uso prolongado/recente de antimicrobianos de amplo espectro, hospitalização prolongada ou permanência em unidade com elevada prevalência do patógeno. Em baixo risco, evitar cobertura ampliada indiscriminada.

Cobertura anti-MRSA não deve ser automática em toda sepse. Considerar diante de risco epidemiológico/microbiológico, colonização ou infecção prévia, determinados focos e contexto assistencial.

Cobertura anaeróbia deve ser utilizada quando houver fatores específicos, como foco intra-abdominal, ginecológico/obstétrico profundo, infecção necrosante de partes moles, infecções selecionadas de cabeça e pescoço ou abscesso/empiema do sistema nervoso central.

Antifúngico empirico não deve ser utilizado rotineiramente. Considerar individualmente em pacientes de alto risco, incluindo imunossupressão, exposição prolongada a antibióticos, hospitalização prolongada e determinados focos intra-abdominais.

15.4 Administração dos Beta-Lactâmicos

No adulto com sepse ou choque séptico, administrar dose inicial adequada de beta-lactâmico e, para a manutenção, preferir infusão prolongada quando operacionalmente possível, conforme estabilidade do medicamento, acesso venoso, função renal e protocolo institucional.

TEMPO CRÍTICO

Choque séptico ou alta probabilidade de sepse: antimicrobiano imediatamente, idealmente em até 1 hora do reconhecimento.

16. Reavaliação e Descalonamento Antimicrobiano

Reavaliar culturas, foco, evolução, marcadores, necessidade, espectro e duração. Realizar revisão formal idealmente nas primeiras 48–72 horas ou antes se houver microbiologia disponível. Descalonar quando possível e interromper se infecção relevante se tornar improvável.

16.1 Reavaliação Antimicrobiana e Culturas

Reavaliar diariamente e obrigatoriamente quando resultados microbiológicos e susceptibilidade estiverem disponíveis. Realizar descalonamento, substituição, adequação de dose ou suspensão conforme foco, controle do foco, evolução clínica e microbiologia. Quando nenhuma infecção for confirmada e houver diagnóstico alternativo mais provável, suspender terapia empírica quando clinicamente apropriado.

A duração deve ser individualizada pelo sítio infeccioso, agente, resposta clínica, imunidade do hospedeiro e adequação do controle do foco, preferindo cursos mais curtos quando sustentados pela síndrome clínica e pela resposta assistencial.

17. Reposição Volêmica no Adulto

Em hipoperfusão induzida por sepse ou choque séptico, utilizar cristaloide como primeira escolha, preferindo balanceados quando apropriado. Sugerir pelo menos 30 mL/kg nas primeiras 3 horas, com individualização e reavaliações frequentes. Não administrar volume de forma automática; utilizar bolus fracionados e interromper/reduzir diante de sobrecarga.

18. Avaliação da Responsividade a Fluidos

Após cada intervenção, reavaliar PA, perfusão, enchimento capilar, consciência, débito urinário, lactato e congestão. Preferir medidas dinâmicas quando disponíveis: elevação passiva das pernas, pequeno desafio volêmico, variação do volume sistólico e parâmetros ecocardiográficos. O enchimento capilar pode complementar a orientação da ressuscitação.

19. Pacientes com Risco de Sobrecarga

Idosos, insuficiência cardíaca, doença renal, cirrose, insuficiência respiratória e pacientes previamente hipervolêmicos requerem bolus menores, individualização e reavaliação frequente.

20. Vasopressores no Adulto

Na hipotensão persistente durante ou após ressuscitação inicial, iniciar vasopressor. Noradrenalina é primeira escolha. Meta inicial de PAM ≥65 mmHg, com posterior individualização conforme idade, hipertensão crônica, perfusão e comorbidades.

VASOPRESSOR DE PRIMEIRA ESCOLHA

Noradrenalina. Meta inicial de PAM ≥65 mmHg, com individualização posterior.

21. Início Precoce do Vasopressor

Em hipotensão grave, não retardar noradrenalina enquanto se aguarda acesso central ou administração completa de grandes volumes. Pode ser iniciada temporariamente por acesso periférico adequado, preferencialmente proximal, com inspeção frequente e protocolo institucional para extravasamento.

22. Choque Séptico Refratário

Persistindo PAM inadequada: revisar volemia/responsividade, função cardíaca e outras causas de choque; noradrenalina → considerar vasopressina → considerar adrenalina quando necessário. Se houver disfunção cardíaca e hipoperfusão persistente apesar de pressão e volume adequados, considerar suporte inotrópico conforme avaliação hemodinâmica.

23. Corticosteroide no Adulto

Considerar hidrocortisona 200 mg/dia EV, fracionada ou em infusão contínua, em choque séptico com necessidade persistente de vasopressor apesar de ressuscitação adequada. Não utilizar rotineiramente em sepse sem choque.

24. Controle do Foco

Identificar rapidamente foco passível de intervenção: drenagem, desbridamento, retirada de dispositivo infectado, intervenção abdominal, descompressão urinária, tratamento de coleções etc. Realizar o controle o mais precocemente possível, idealmente dentro de poucas horas, após estabilização inicial suficiente para procedimento seguro.

25. Suporte Respiratório no Adulto

Administrar oxigênio quando houver hipoxemia e escalonar suporte conforme necessidade: cânula, máscara, alto fluxo, ventilação não invasiva ou invasiva. Em SDRA, utilizar ventilação protetora.

26. Monitorização do Adulto

Monitorar conforme gravidade: PA, FC, FR, SpO_2, temperatura, consciência, perfusão, enchimento capilar, débito urinário, balanço hídrico, lactato, função renal, eletrólitos, glicemia, função hepática e coagulação.

27. Novas Definições Pediátricas – Phoenix

Sepse pediátrica: infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica potencialmente fatal, operacionalizada por Phoenix Sepsis Score ≥2 pontos. O escore contempla os domínios respiratório, cardiovascular, coagulação e neurológico.

28. Choque Séptico Pediátrico – Phoenix

Considerar choque séptico pediátrico na criança com sepse e pelo menos 1 ponto cardiovascular no Phoenix Sepsis Score. A avaliação e o tratamento não devem ser retardados para o cálculo formal.

29. Limitações e Aplicação do Phoenix

O Phoenix auxilia na definição e estratificação, mas não substitui julgamento clínico e não deve funcionar como barreira para tratamento. Criança com provável infecção e deterioração da perfusão deve receber avaliação e tratamento imediatos, mesmo antes do cálculo completo.

30. Reconhecimento Clínico na Criança

Pesquisar alteração de temperatura, taquicardia/bradicardia, taquipneia, aumento do trabalho respiratório, hipoxemia, alteração de consciência, irritabilidade, letargia, oligúria, extremidades frias, pulsos fracos, enchimento capilar prolongado, pele moteada, hipotensão e deterioração inexplicada. Hipotensão pode ser manifestação tardia do choque pediátrico.

ALERTA PEDIÁTRICO

Hipotensão pode ser sinal tardio de choque. Não aguardar hipotensão para reconhecer e tratar hipoperfusão.

31. Avaliação Inicial Pediátrica

Realizar ABCDE: via aérea; respiração (FR, esforço, SpO_2, ausculta e suporte); circulação (FC, pulsos, enchimento capilar, temperatura periférica, PA, débito urinário e perfusão); neurológico (consciência, resposta a estímulos, pupilas, convulsões); exposição e foco infeccioso.

32. Acesso Vascular na Criança

Obter acesso venoso rapidamente. Se IV periférico não puder ser obtido prontamente na criança em choque, estabelecer acesso intraósseo. Dificuldade de acesso não deve atrasar fluidos, antimicrobianos, vasoativos ou outras intervenções emergenciais.

33. Exames Laboratoriais Pediátricos

Conforme gravidade: hemograma, lactato, eletrólitos, glicemia, ureia, creatinina, função hepática, coagulograma, gasometria, culturas, PCR e exames do foco/disfunção. Lactato normal não exclui choque pediátrico. Nenhum exame isolado confirma ou exclui sepse.

34. Culturas na Criança

Coletar hemocultura e culturas pertinentes antes dos antimicrobianos quando possível sem atraso significativo. O volume de sangue para hemocultura deve ser adequado à idade e ao peso.

35. Antimicrobianos na Sepse Pediátrica

No choque séptico, iniciar antimicrobiano de amplo espectro o mais rapidamente possível, idealmente em até 1 hora. Na sepse sem choque, realizar avaliação rápida e administrar precocemente quando houver alta probabilidade. Escolher conforme idade, foco, origem, imunização, comorbidades, imunossupressão, microbiologia local, colonização e antimicrobianos recentes.

35.1 Escolha Empírica do Antimicrobiano – Pediatria

A terapia empírica pediátrica deve considerar idade, foco provável, imunização, comorbidades, imunossupressão, origem comunitária ou relacionada à assistência, culturas/colonização prévias, antimicrobianos recentes e microbiologia institucional. Este protocolo não contempla sepse neonatal.

Situação/foco	Sugestão empírica inicial	Quando ampliar/observações
Sepse sem foco definido – criança previamente hígida	Ceftriaxona ou cefotaxima como base; ampliar conforme gravidade, idade, epidemiologia e suspeita de foco.	Cobrir patógenos prováveis; acrescentar vancomicina ou antipseudomonas somente quando indicado.
Pneumonia grave	Ceftriaxona/cefotaxima.	Acrescentar cobertura para S. aureus/MRSA quando houver indicação clínica/epidemiológica; em IRAS/risco de Pseudomonas considerar cefepime ou piperacilina-tazobactam.
Meningite bacteriana	Ceftriaxona/cefotaxima + vancomicina.	Ajustar à idade, imunização, condições predisponentes e epidemiologia; protocolos neonatais são separados.
Urosepse	Ceftriaxona/cefotaxima.	Ampliar conforme culturas anteriores, malformações urinárias, dispositivos e risco de BGN MDR.
Intra-abdominal	Ceftriaxona + metronidazol.	Risco de BGN MDR: piperacilina-tazobactam ou cefepime + metronidazol, conforme CCIH.

Pele/partes moles	Cobertura para estreptococos e S. aureus conforme apresentação.	Acrescentar cobertura para MRSA quando houver risco; suspeita de necrosante exige cobertura ampla e avaliação cirúrgica urgente.
Neutropenia febril / imunossupressão	Antipseudomonas, como cefepime ou piperacilina-tazobactam, conforme protocolo específico.	Considerar terapia combinada/MDR conforme instabilidade, colonização, culturas e epidemiologia institucional.
Infecção relacionada à assistência	Individualizar pelo foco e microbiologia institucional.	Priorizar histórico de culturas, dispositivos, antibióticos recentes e colonização; discutir com CCIH/infectologia quando possível.

35.2 Doses Pediátricas de Referência

Antimicrobiano	Dose pediátrica de referência	Observações de segurança
Ceftriaxona	50–100 mg/kg/dia EV, em 1–2 administrações; máximo usual 2 g/dia	Em meningite, utilizar dose específica do protocolo da síndrome; observar incompatibilidade com soluções contendo cálcio.
Cefotaxima	50 mg/kg/dose EV a cada 6–8 h, conforme síndrome e gravidade	Ajustar à função renal e protocolo institucional.
Cefepime	50 mg/kg/dose EV a cada 8 h; máximo 2 g/dose	Ajustar à função renal.
Piperacilina-tazobactam	80–100 mg/kg/dose do componente piperacilina EV a cada 6–8 h; máximo conforme dose adulta institucional	Ajustar à função renal; confirmar apresentação/concentração padronizada.
Vancomicina	15 mg/kg/dose EV a cada 6 h como referência inicial em infecção grave	Individualizar por idade, função renal e monitorização AUC/níveis; meningite e situações especiais podem exigir estratégia específica.
Metronidazol	10 mg/kg/dose EV a cada 8 h; máximo 500 mg/dose	Usar quando houver indicação de cobertura anaeróbia.
Clindamicina	10 mg/kg/dose EV a cada 8 h; máximo 900 mg/dose	Considerar em infecções selecionadas de pele/partes moles e efeito antitoxina.
Oxacilina	50 mg/kg/dose EV a cada 6 h; máximo 2 g/dose	Direcionada a MSSA quando apropriado; adequar à síndrome.

SEGURANÇA PEDIÁTRICA

Confirmar peso atual, idade, função renal/hepática, dose máxima, alergias, concentração/apresentação disponível e protocolo institucional antes da administração. Em meningite, imunossupressão, terapia renal substitutiva e outras situações especiais, utilizar dose específica da síndrome e apoio da infectologia/CCIH quando disponível.

35.3 Tempo, MDR e Descalonamento – Pediatria

Choque séptico: iniciar antimicrobianos o mais rapidamente possível, idealmente em até 1 hora. Sepse provável sem choque: realizar investigação rápida e, se a suspeita for sustentada, iniciar idealmente em até 3 horas.

Em crianças imunocomprometidas ou com alto risco de MDR, considerar terapia empírica ampliada/combinação conforme risco específico. Quando patógeno e susceptibilidade estiverem disponíveis, estreitar o espectro. Se nenhum patógeno for identificado, reduzir ou suspender conforme apresentação clínica, foco, fatores do hospedeiro e evolução, preferencialmente com suporte de infectologia/CCIH quando disponível.

36. Reposição Volêmica Pediátrica

Em criança com choque séptico e acesso a terapia intensiva, administrar cristaloide 10–20 mL/kg com reavaliação após cada bolus. O volume acumulado pode chegar a aproximadamente 40–60 mL/kg na primeira hora quando persistir hipoperfusão sem sinais de sobrecarga; não existe obrigação de atingir esse volume. A estratégia deve considerar os recursos disponíveis para suporte intensivo e ventilatório.

37. Reavaliação Após Cada Bolus na Criança

Avaliar FC, PA, pulsos, enchimento capilar, temperatura das extremidades, consciência, débito urinário, hepatomegalia, crepitações, trabalho respiratório e SpO_2. Suspender/reduzir expansão diante de crepitações, hepatomegalia progressiva, piora da oxigenação, aumento do esforço respiratório, congestão ou ausência de resposta acompanhada de risco de sobrecarga.

38. Cristaloides na Criança

Utilizar cristaloides como primeira escolha, preferindo cristaloides balanceados quando disponíveis e clinicamente apropriados. Albumina não é fluido inicial rotineiro para todas as crianças.

39. Choque Pediátrico Refratário a Fluidos

Se persistirem sinais de choque após reposição inicial adequada ou houver limitação para novos fluidos por risco de sobrecarga, iniciar precocemente droga vasoativa. Não aguardar hipotensão nem completar volume predeterminado.

SEGURANÇA PEDIÁTRICA

Não aguardar completar 40–60 mL/kg para iniciar vasoativo quando houver choque persistente ou risco de sobrecarga.

40. Drogas Vasoativas na Criança

Adrenalina e noradrenalina são opções preferenciais. A escolha deve considerar perfil hemodinâmico, avaliação clínica, disponibilidade e resposta. Dopamina não é primeira escolha rotineira quando adrenalina/noradrenalina estiverem disponíveis. O vasoativo não deve ser retardado pela ausência de acesso central e pode ser iniciado por acesso periférico ou intraósseo apropriado com monitorização rigorosa.

41. Choque Pediátrico Refratário

Revisar volemia, função cardíaca, resistência vascular e causas associadas; excluir pneumotórax, tamponamento e sangramento; avaliar hipertensão pulmonar; otimizar vasoativos/inotrópicos e considerar suporte avançado conforme disponibilidade.

42. Corticosteroide na Criança

Não utilizar rotineiramente em toda criança com sepse. Considerar hidrocortisona em choque séptico que permaneça hemodinamicamente instável apesar de ressuscitação adequada com fluidos e vasoativos, individualizando especialmente diante de suspeita de insuficiência adrenal, uso crônico de corticosteroide ou risco de disfunção do eixo HHA.

43. Suporte Respiratório Pediátrico

Administrar oxigênio diante de hipoxemia e escalonar suporte conforme necessidade. Em insuficiência respiratória progressiva ou alteração importante da consciência, avaliar via aérea avançada precocemente. A intubação da criança em choque pode precipitar deterioração hemodinâmica; quando necessária, otimizar previamente a circulação quando possível e preparar suporte vasoativo.

44. Controle do Foco na Criança

Identificar e tratar precocemente: drenagem de abscesso, abordagem abdominal, retirada de dispositivo infectado, empiema, desbridamento, foco osteoarticular e outras intervenções. Não retardar controle do foco quando claramente indicado, após estabilização inicial suficiente.

45. Glicemia

Monitorar glicemia em sepse grave/choque e evitar hipoglicemia. No adulto, considerar insulinoterapia diante de hiperglicemia persistente ≥180 mg/dL, evitando controle excessivamente rigoroso. Na pediatria, individualizar conforme idade e condição clínica.

46. Hemotransfusão

No adulto estabilizado, sem hemorragia ativa, isquemia miocárdica ou circunstâncias especiais, utilizar estratégia restritiva, considerando transfusão geralmente quando Hb <7 g/dL. Na pediatria, individualizar conforme estabilidade, hipoxemia, sangramento e contexto clínico.

47. Função Renal e Terapia Renal Substitutiva

Monitorar creatinina, débito urinário, eletrólitos, acidose e balanço hídrico. Avaliar TRS em hipercalemia refratária, acidose grave refratária, sobrecarga volêmica refratária, complicações urêmicas e outras indicações. Não iniciar TRS apenas pelo aumento isolado da creatinina sem indicação clínica.

48. Nutrição

Após estabilização hemodinâmica suficiente, iniciar nutrição enteral precocemente quando clinicamente possível, individualizando por função gastrointestinal, risco de aspiração, suporte vasoativo e condição clínica.

49. Profilaxias e Cuidados Gerais

No adulto, avaliar profilaxia de TEV, lesão por pressão, delirium, mobilização, úlcera de estresse quando indicada, higiene oral e cuidados com dispositivos. Na pediatria, individualizar conforme idade, condição e risco.

50. Reavaliação da Resposta ao Tratamento

Reavaliar continuamente perfusão, consciência, FC, PA, enchimento capilar, temperatura periférica, débito urinário, lactato quando elevado, oxigênio, vasoativos, balanço e função orgânica. A ressuscitação deve ser individualizada e dinâmica, baseada em reavaliações seriadas, não na execução automática de volumes ou metas isoladas.

51. Diagnósticos Diferenciais

Considerar choque hipovolêmico, cardiogênico ou obstrutivo, anafilaxia, intoxicações, insuficiência adrenal, pancreatite, cetoacidose diabética, crise tireotóxica, síndrome hemofagocítica, doenças inflamatórias, causas neurológicas e outras condições que mimetizem sepse.

52. Critérios para UTI – Adulto

Choque séptico, vasopressor, hipoperfusão persistente, necessidade crescente de oxigênio, insuficiência respiratória/ventilação mecânica, alteração importante da consciência, disfunção renal grave, acidose grave, disfunção de múltiplos órgãos ou deterioração apesar das medidas iniciais.

53. Critérios para UTIP

Choque séptico, vasoativo, hipoperfusão persistente, necessidade crescente de oxigênio, insuficiência respiratória, alteração neurológica significativa, disfunção de múltiplos órgãos, necessidade de monitorização intensiva ou deterioração apesar do tratamento inicial.

54. Transferência / Regulação

Quando a complexidade exceder a capacidade da unidade: iniciar estabilização; não retardar antimicrobianos; tratar choque e insuficiência respiratória; acionar NIR/Central de Regulação; solicitar UTI/UTIP quando indicada; manter monitorização; garantir transporte adequado; encaminhar resumo, culturas, antimicrobianos, fluidos, vasoativos e resposta terapêutica.

55. Registro em Prontuário

Registrar tempo zero; sinais vitais; foco; disfunções; horário das culturas; lactato; início, dose e antimicrobiano; fluidos; reavaliação após cada bolus; vasoativos; resposta hemodinâmica; débito urinário; ventilação; controle do foco; UTI/UTIP; regulação/transferência; evolução. Quando antimicrobiano não for iniciado após acionamento, registrar justificativa clínica.

56. Indicadores Sugeridos para Monitoramento Interno

Percentual avaliado conforme protocolo; tempo reconhecimento-antimicrobiano; percentual de choque séptico com antimicrobiano em até 1 hora; culturas antes do antimicrobiano quando possível; lactato quando indicado; reavaliação após fluidos; reavaliação de perfusão documentada; vasopressor oportuno na hipotensão persistente; mortalidade; conformidade do tempo zero e registros. Compatibilizar com indicadores e metas oficiais do Termo de Referência/Apêndices, sem criar metas contratuais adicionais.

Tabela Operacional – Phoenix Sepsis Score

Utilizar em crianças com infecção suspeita ou confirmada. Sepse pediátrica: Phoenix Sepsis Score ≥2 pontos. Choque séptico: sepse com ≥1 ponto no domínio cardiovascular. O cálculo não deve retardar tratamento.

Domínio	Componentes avaliados	Pontuação máxima	Observação operacional
Respiratório	Suporte respiratório e gravidade da alteração de oxigenação (PaO_2/FiO_2 ou SpO_2/FiO_2 conforme aplicabilidade).	3	Aplicar os limiares oficiais do Phoenix conforme idade/suporte e dados disponíveis.
Cardiovascular	Drogas vasoativas, lactato e pressão arterial média ajustada à idade.	6	≥1 ponto cardiovascular em paciente com sepse caracteriza choque séptico.
Coagulação	Plaquetas, INR, dímero-D e fibrinogênio.	2	Pontuar conforme critérios oficiais do Phoenix.
Neurológico	Escala de Coma de Glasgow e reatividade pupilar.	2	Pontuar conforme critérios oficiais do Phoenix.

Nota: esta tabela identifica os domínios e a lógica de uso. Para cálculo numérico à beira-leito, utilizar a tabela oficial completa do Phoenix Sepsis Score adotada institucionalmente, preservando seus limiares específicos.

57. Fluxo-Resumo – Adulto



58. Fluxo-Resumo – Pediatria



59. Referências Técnicas

- Ministério da Saúde – diretrizes, protocolos assistenciais e documentos vigentes relacionados ao reconhecimento e manejo de infecções graves e assistência hospitalar.
- Sociedade Brasileira de Infectologia – recomendações e posicionamentos aplicáveis ao diagnóstico e tratamento das infecções graves e uso racional de antimicrobianos.
- Sociedade Brasileira de Pediatria – Departamento Científico de Medicina Intensiva Pediátrica. Diretrizes para Novas Definições de Sepse e Choque Séptico em Pediatria – Phoenix Sepsis Score, 2024.
- Sociedade Brasileira de Pediatria – recomendações para tratamento pediátrico da sepse e choque séptico.
- EBSERH – protocolos assistenciais vigentes de manejo clínico da sepse e choque séptico em adultos e pediatria.
- Surviving Sepsis Campaign – International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock.
- International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock – Phoenix Criteria, JAMA, 2024.
- Surviving Sepsis Campaign. International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock – Adultos, 2026.
- Surviving Sepsis Campaign. International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock in Children, 2026.
- EBSERH. Manejo da Sepse em Adultos – protocolo assistencial, 2025.
- EBSERH/HC-UFMG. Tratamento das Principais Síndromes Infecciosas em Pediatria – protocolo assistencial, 2025.
- Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS). Protocolos e materiais técnicos de implementação do manejo da sepse em adultos e crianças, incluindo reconhecimento precoce, fluxos assistenciais, indicadores e monitoramento dos resultados.

60. Responsável pela atualização

A responsabilidade pela atualização do Protocolo de Sepse Adulto e Pediátrico será atribuída ao Responsável Técnico Médico da Unidade, em conjunto com a Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Compete aos responsáveis acompanhar as atualizações científicas, revisar as condutas clínicas e terapêuticas, adequar os fluxos de atendimento, monitorar os indicadores assistenciais e promover a capacitação periódica dos profissionais envolvidos no reconhecimento e tratamento da sepse.

61. Periodicidade de revisão

O Protocolo de Sepse Adulto e Pediátrico terá revisão ordinária anual, a cada 12 meses, com possibilidade de revisão extraordinária sempre que ocorrerem atualizações relevantes das diretrizes científicas, alterações nas recomendações terapêuticas, mudanças normativas, modificações na estrutura assistencial ou identificação de eventos adversos e não conformidades. Todas as revisões deverão ser documentadas, contendo data, número da versão, descrição das alterações, identificação dos responsáveis e aprovação pela Direção Técnica.

62.Controle de atualização e validação

Elemento	Definição
Protocolo	Sepse Adulto e Pediátrico
Referências principais	SSC, ILAS, Ministério da Saúde, ANVISA e SCCM
Responsável pela atualização	Responsável Técnico Médico
Equipe participante	Coordenação Médica, Enfermagem, CCIH/SCIH e NSP
Periodicidade	Anual – a cada 12 meses
Revisão extraordinária	Conforme atualizações científicas, normativas ou necessidades assistenciais
Aprovação	Direção Técnica da Unidade
Controle documental	Registro de versões, datas, alterações e responsáveis

V.1.9.5 – Protocolo da Dor Torácica no Adulto

1. Objetivo

Padronizar o atendimento de pacientes adultos com dor torácica ou sintoma equivalente na Rede de Urgência e Emergência do Instituto São Lucas, garantindo a identificação precoce de causas potencialmente fatais — em especial a síndrome coronariana aguda (SCA) — e reduzindo o tempo até diagnóstico, tratamento de reperfusão e encaminhamento adequado, em conformidade com a Diretriz Brasileira de Avaliação e Diagnóstico da Dor Torácica no Departamento de Emergência (Sociedade Brasileira de Cardiologia — SBC, 2025).

Esta atualização revisa a definição de elegibilidade ao protocolo, detalha os passos iniciais MOVE + ECG, formaliza a tríade diagnóstica (clínica, eletrocardiograma e troponina), amplia o manejo terapêutico das três apresentações de dor torácica de origem cardíaca (IAM com supra de ST, IAM sem supra de ST e angina instável), aprofunda o papel do escore de HEART na decisão clínica e na alta segura, apresenta um fluxograma consolidado de atendimento e atualiza o formulário de liberação de alteplase.

2. Definição e Critérios de Elegibilidade ao Protocolo

Critério de abertura do protocolo: deve-se abrir o Protocolo de Dor Torácica para todo paciente adulto com qualquer dor ou desconforto ATUAL (vigente no momento da admissão), localizado entre a cicatriz umbilical e a mandíbula — incluindo tórax anterior, posterior, região epigástrica, ombros, dorso, pescoço e mandíbula — ou dor com essas características que tenha persistido por mais de 10 minutos, ainda que ausente no momento da avaliação. Pacientes sem dor torácica típica, mas com equivalentes isquêmicos (dispneia súbita, sudorese fria, síncope ou pré-síncope, náuseas/vômitos inexplicados), também devem ser incluídos no protocolo, especialmente se idade > 50 anos, diabéticos, mulheres ou portadores de doença cardiovascular prévia.

A dor torácica é a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, com localização na região anterior ou posterior do tórax, epigástrio, mandíbula, pescoço ou membros superiores.

As causas de dor torácica potencialmente fatais, que devem ser buscadas ativamente no primeiro atendimento, são: síndromes aórticas agudas (principalmente dissecção aguda de aorta), síndrome coronariana aguda, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax hipertensivo, pericardiopatia com sinais de tamponamento e rotura esofágica (com possibilidade de mediastinite). Este protocolo é focado no manejo da síndrome coronariana aguda; os demais diagnósticos diferenciais fatais devem ser sistematicamente excluídos durante a avaliação inicial.

2.1 Classificação da dor pela característica anginosa

A diretriz SBC 2025 recomenda evitar os termos "típica/atípica" e reclassificar a dor como "cardíaca (anginosa)", "possivelmente cardíaca" ou "não cardíaca". Para fins operacionais, mantemos também a classificação tradicional em 4 tipos, agrupados de forma simplificada em cluster A/B (anginosa/provavelmente anginosa) ou cluster C/D (provavelmente não anginosa/não anginosa):

- **Dor tipo A — Definitivamente anginosa:** desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de SCA, independentemente dos exames complementares.
- **Dor tipo B — Provavelmente anginosa:** dor cujas características fazem da SCA a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para confirmação. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos e atípica em outros.
- **Dor tipo C — Provavelmente não anginosa:** dor cujas características não fazem da SCA a principal hipótese diagnóstica, mas que, devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou dor sem causa aparente, necessita de exames adicionais para excluí-la.
- **Dor tipo D — Definitivamente não anginosa:** dor cujas características não incluem a SCA no diagnóstico diferencial, com aspectos evidentes de origem não cardíaca.

2.2 Diagnósticos diferenciais fatais — pontos-chave

- **Dissecção aguda de aorta:** dor súbita e de forte intensidade, irradiada para o dorso, por vezes com síncope; diferença de pulsos e de pressão arterial entre os membros superiores; radiografia de tórax com alargamento de mediastino. Enquanto a suspeita não for afastada, adiar antiagregantes/anticoagulantes.
- **Tromboembolismo pulmonar (TEP):** dor aguda, ventilatório-dependente, com dispneia; edema assimétrico de membros inferiores; avaliar fatores de risco para tromboembolismo venoso. O D-dímero negativo tem bom valor preditivo negativo tanto para dissecção aguda de aorta quanto para TEP.
- **Pericardite aguda:** dor que piora em decúbito dorsal e melhora com a flexão do tórax para frente, atrito pericárdico, história de quadro viral recente e padrão eletrocardiográfico característico (supra de ST difuso, côncavo, sem imagem em espelho).
- **Pneumotórax hipertensivo / tamponamento cardíaco:** buscar sinais de instabilidade hemodinâmica, turgência jugular, hipofonese de bulhas e assimetria de murmúrio vesicular.

Sempre que persistir dúvida ou suspeita de alguma dessas patologias, prosseguir com solicitação de radiografia e/ou tomografia de tórax. Da mesma forma, na avaliação clínica inicial deve-se sempre buscar sinais de descompensação de insuficiência cardíaca (congestão e/ou baixo débito) e registrar antecedentes patológicos, medicações em uso, histórico de eventos cardiovasculares e história familiar, que auxiliam na estratificação de probabilidade e risco do paciente.

3. Classificação de Risco na Triagem

Realizar na chegada do paciente, idealmente em até 10 minutos:

Categoria	Critérios	Conduta
Alto Risco	Dor torácica típica (opressiva, irradiada para o braço); dispneia associada; sudorese, náuseas ou síncope; instabilidade hemodinâmica; alterações no ECG prévio ou atual; história de doença cardiovascular.	Atendimento imediato — encaminhar direto para a sala de emergência.

Categoria	Critérios	Conduta
Risco Intermediário	Dor atípica, mas com fatores de risco (HAS, diabetes, tabagismo, idade > 40 anos) ou dor recorrente.	Atendimento prioritário.
Baixo Risco	Dor claramente não cardíaca (musculoesquelética, reprodutível à palpação); jovens sem fatores de risco.	Atendimento conforme fluxo normal.

4. Passos Iniciais — Move + ECG

Independentemente da categoria de risco da triagem, todo paciente elegível ao protocolo deve receber, nos primeiros 10 minutos de atendimento, o pacote de ações essenciais sintetizado no mnemônico MOVE, seguido imediatamente da realização e leitura médica do eletrocardiograma (ECG):

Passo	Ação	Meta de tempo
M	Monitorização cardíaca contínua, em ambiente com desfibrilador disponível.	Imediato
O	Oximetria de pulso; oxigenoterapia suplementar apenas se saturação < 94% (evitar hiperóxia).	Imediato
V	Acesso Venoso periférico calibroso, com coleta simultânea de exames laboratoriais (troponina, hemograma, eletrólitos, função renal e demais exames pertinentes).	Imediato
E	Eletrocardiograma de 12 derivações, com avaliação médica formal do traçado. Repetir a cada 10–20 minutos caso a suspeita clínica de SCA persista, houver recorrência da dor ou instabilidade.	

O tempo porta-ECG (do primeiro contato do paciente com o serviço até a saída do traçado do aparelho e sua interpretação médica) é um dos indicadores de qualidade mais críticos do atendimento à dor torácica e deve ser monitorado sistematicamente (ver Seção 12).

4.1 Checklist obrigatório dos primeiros 10 minutos

- Monitorização cardíaca contínua
- Oximetria de pulso
- Acesso venoso
- ECG em até 10 minutos, com laudo médico
- Sinais vitais completos (PA em ambos os braços se suspeita de dissecção de aorta, FC, FR, $SatO_2$, temperatura)

5. Avaliação Clínica

5.1 Anamnese direcionada

- Características da dor (tipo, duração, intensidade, fatores desencadeantes)
- Irradiação
- Fatores de melhora/piora (esforço, repouso, nitrato, posição, respiração, palpação)
- Sintomas associados (dispneia, sudorese, náuseas, síncope, palpitações)
- Fatores de risco cardiovascular (HAS, diabetes, dislipidemia, tabagismo, história familiar, obesidade, doença aterosclerótica manifesta)

5.2 Exame físico

- Sinais de insuficiência cardíaca (congestão pulmonar, turgência jugular, terceira bulha)
- Perfusão periférica e sinais de choque
- Ausculta cardíaca (sopros, atrito pericárdico, bulhas hipofonéticas) e pulmonar
- Palpação da parede torácica (dor reprodutível sugere causa musculoesquelética, mas não exclui SCA isoladamente)
- Aferição da pressão arterial em ambos os membros superiores se houver suspeita de dissecção de aorta

5.3 Exames complementares

Obrigatórios

- ECG (repetir se necessário, conforme evolução clínica)
- Troponina de alta sensibilidade (algoritmo seriado — ver Seção 6.3)

A considerar conforme suspeita clínica

- Radiografia de tórax
- Hemograma e eletrólitos
- D-dímero (se suspeita de TEP)
- Gasometria arterial (se dispneia importante)
- Angio-TC de tórax/aorta (se suspeita de TEP ou dissecção de aorta)
- Ecocardiograma point-of-care (POCUS) à beira do leito, especialmente em pacientes instáveis

6. Tríade Diagnóstica da Dor Torácica de Origem Cardíaca

A Diretriz Brasileira de Dor Torácica (SBC, 2025) estrutura a investigação da síndrome coronariana aguda em três pilares complementares e concomitantes — a tríade clínica, eletrocardiográfica e bioquímica (troponina) — que juntos definem a probabilidade diagnóstica e orientam a conduta. Nenhum pilar isolado deve ser usado para excluir SCA.

6.1 Pilar 1 — Clínica

Caracterização detalhada da dor (tipo A a D, conforme Seção 2.1), fatores de risco cardiovascular e presença de equivalentes isquêmicos. A probabilidade pré-teste construída pela clínica orienta a interpretação dos dois pilares seguintes e compõe o item "História" do escore de HEART.

6.2 Pilar 2 — Eletrocardiograma (ECG)

ECG de 12 derivações em até 10 minutos, com repetição seriada a cada 10–20 minutos na primeira hora se a suspeita clínica de SCA persistir, houver recorrência da dor, instabilidade ou após administração de nitrato sublingual (isordil).

Critérios de IAM com supra de ST (IAMCSST)

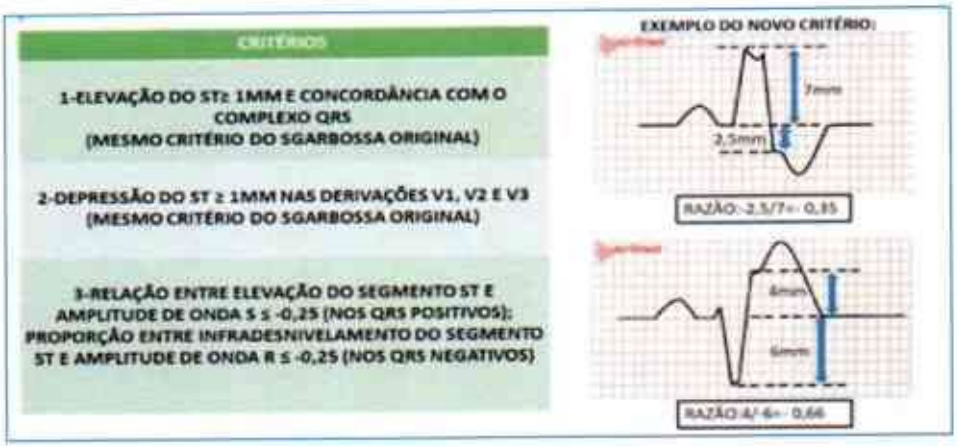
- Supradesnível do segmento ST > 1 mm em pelo menos 2 derivações contíguas

- Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo/presumidamente novo com critérios de Sgarbossa modificados

Observações sobre supra de ST em V2/V3: homens < 40 anos ≥ 2,5 mm; homens ≥ 40 anos ≥ 2 mm; mulheres ≥ 1,5 mm. Em V3R, V4R, V7 e V8, considerar supra ≥ 0,5 mm.

Homens < 40 anos - ≥ 2,5 mm | **Homens ≥ 40 anos - ≥ 2 mm** | **Mulheres - ≥ 1,5 mm**

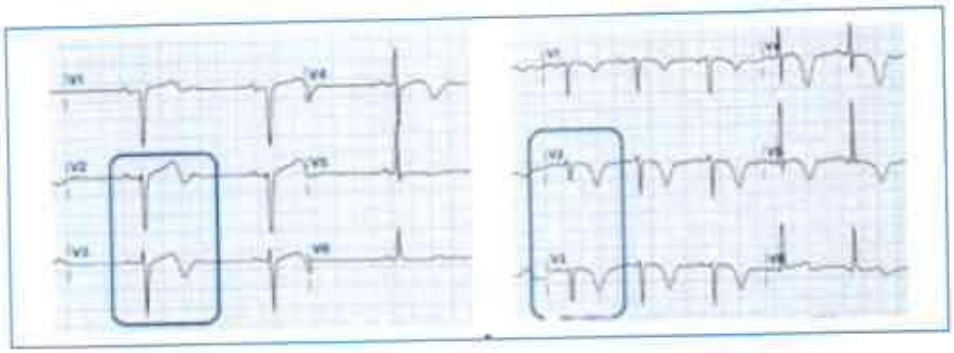
Critérios de Sgarbossa (modificados) — "similar a supra" em vigência de BRE ou ritmo de marca-passo:



Achados eletrocardiográficos definidores de SCA sem supra de ST

- Infradesnível de ST > 0,5 mm, sem diagnóstico diferencial óbvio
- Sinal de Wellens (inversão profunda e simétrica de onda T ou padrão bifásico em V2–V3, sugestivo de suboclusão de descendente anterior)
- Inversão profunda (simétrica) de onda T > 2 mm
- Alteração dinâmica do segmento ST/onda T — é de suma importância a repetição do ECG, principalmente diante de mudança clínica, recorrência de sintomas ou após administração de isordil
- Supradesnível de ST em aVR associado a infradesnível difuso de ST

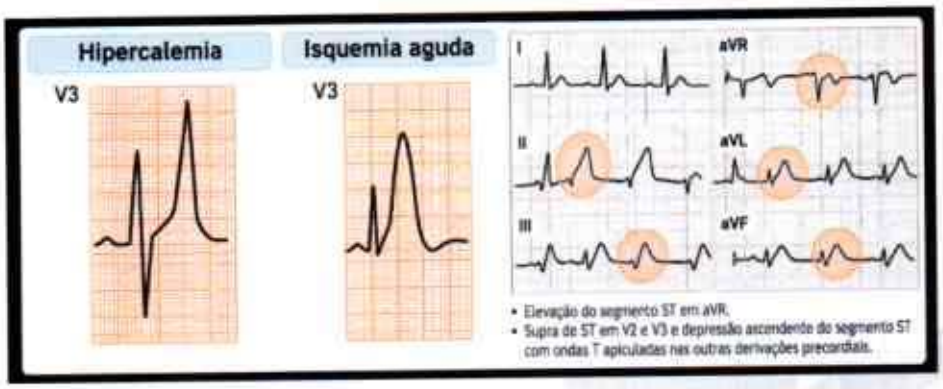
- Taquicardia ventricular sustentada (mais de 30 segundos ou com instabilidade)



Situações especiais — sinais eletrocardiográficos de oclusão coronariana total

- Onda T hiperaguda (diferenciar de hipercalemia pelo contexto clínico)
- Sinal de De Winter (supra de ST em aVR + infradesnível ascendente do segmento ST com ondas T apiculadas nas derivações precordiais)

Um ECG normal ou inespecífico NÃO exclui síndrome coronariana aguda e deve ser interpretado em conjunto com a clínica e a troponina seriada.



6.3 Pilar 3 — Troponina (marcador de necrose miocárdica)

A troponina de alta sensibilidade é o marcador de escolha para lesão miocárdica, atualmente recomendado pelas diretrizes nacionais e internacionais. Não há mais justificativa para solicitação rotineira de CK-MB e/ou CPK quando o objetivo é o diagnóstico de SCA.

Uma coleta de troponina com resultado acima do valor de referência (positivo) define presença de lesão miocárdica, mas isso não é sinônimo de infarto agudo do miocárdio. Para diferenciar lesão crônica de aguda é necessária nova coleta; uma variação de mais de 20% entre duas amostras caracteriza lesão miocárdica aguda.

Cenário clínico	Estratégia recomendada
Dor com mais de 6 horas de evolução	Solicitar troponina qualitativa (TnI). Quando negativa, tem alto valor preditivo negativo — útil para definição de alta precoce, quando possível.
Dor com menos de 6 horas de evolução	Solicitar troponina quantitativa (TnT), obedecendo protocolo seriado (2 amostras, com intervalo definido pela instituição — 0–3h ou 0–6h). Optou-se pelo protocolo de 0–6h para maior segurança institucional.
Algoritmos rápidos (quando validados/disponíveis)	A diretriz SBC 2025 admite algoritmos de 0h/1h ou 0h/2h com troponina de alta sensibilidade, permitindo rule-out com dosagem única muito baixa em pacientes com sintomas há mais de 3 horas — a adoção formal depende de validação analítica local do ensaio utilizado.

7. Critérios de Instabilidade

Concomitantemente à avaliação clínica e eletrocardiográfica, é obrigatória a pronta identificação dos critérios de instabilidade listados abaixo. Pacientes instáveis devem permanecer em leito de estabilização, com avaliação clínica e repetição do ECG a cada 20 em 20 minutos, coleta de troponina seriada e busca ativa de diagnósticos diferenciais.

- Dor persistente
- Instabilidade hemodinâmica/má perfusão (perda de consciência, hipotensão, extremidades frias)
- Congestão pulmonar aguda
- Taquiarritmia ou bradiarritmia no cenário de dor torácica aguda
- ECG limítrofe ou de difícil interpretação

8. Escore de Heart (Modificado)

O escore HEART é, atualmente, o mais validado para definição de conduta no paciente com dor torácica quando há suspeita de etiologia cardiovascular, principalmente síndrome coronariana aguda. Substitui, na prática do pronto-socorro, escores mais antigos como TIMI para essa finalidade específica de triagem diagnóstica.

Componente	Critério	Pontos
História	Dor tipo A ou B que não se enquadre no critério inicial (anginosa)	2
	Dor tipo C (possivelmente anginosa)	1
	Dor tipo D (não anginosa, pouco suspeita)	0
ECG	Possivelmente isquêmico (inversão de T ou infra de ST que não preenche critérios diagnósticos de SCA)	2
	Sugestivo de alteração cardíaca estrutural (BRE antigo, onda Q antiga, sobrecarga atrial/ventricular)	1
	Normal	0
Idade	≥ 65 anos	2
	≥ 45 e < 65 anos	1
	< 45 anos	0
Fatores de risco*	Aterosclerose manifesta e/ou diabetes e/ou ≥ 3 fatores de risco	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Nenhum fator de risco	0
Troponina	≥ 3x o limite de referência	2
	1–3x o limite de referência	1
	≤ limite de referência (normal)	0

*Fatores de risco a serem considerados: aterosclerose manifesta; diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica; tabagismo; dislipidemia; antecedente familiar de doença cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau (homens < 55 anos; mulheres < 65 anos); obesidade.

Classificação	Pontuação	Probabilidade/risco de evento cardíaco maior
Heart I	0–3 pontos	Baixa probabilidade / baixo risco
Heart II	4–6 pontos	Probabilidade / risco intermediário
Heart III	≥ 7 pontos	Alta probabilidade / alto risco — e/ou dor anginosa em crescendo, e/ou ECG francamente isquêmico, e/ou troponina com critérios para IAMSST, independentemente da pontuação numérica

Como fator adicional na estratificação de risco, especialmente em pacientes já com diagnóstico confirmado ou fortemente suspeito de SCA, utiliza-se o escore de GRACE, que considera idade, sinais vitais, função renal, parada cardiorrespiratória na admissão, infradesnível de ST, troponina e sinais de descompensação cardíaca.

Sua pontuação exige uso de calculadora automática (disponível em www.outcomes.org/grace).

Categoria de risco	Escore GRACE	Mortalidade intra-hospitalar
Baixo	≤ 108	< 1%
Intermediário	109–140	1–3%
Alto	> 140	> 3%

9. Importância do Escore de Heart nas Três Situações de Dor Torácica Cardíaca

O papel do escore de HEART muda conforme a apresentação clínica. Ele não substitui o diagnóstico eletrocardiográfico imediato de IAM com supra de ST — que exige reperfusão sem demora — mas é central na estratificação e na decisão de alta segura nos demais cenários.

9.1 No IAM com supra de ST (IAMCSST)

Nesta situação o diagnóstico já está estabelecido pelo ECG e a conduta (reperfusão imediata) não deve ser postergada para o cálculo de escores de risco. O HEART não tem papel na decisão terapêutica aguda do IAMCSST, mas pode ser registrado retrospectivamente com valor prognóstico e para auditoria de qualidade assistencial. O escore de GRACE, este sim, é utilizado após a estabilização para prognóstico de mortalidade e planejamento da alta hospitalar.

9.2 No IAM sem supra de ST (IAMSSST)

Aqui o HEART tem papel central assim que a troponina positiva confirma lesão miocárdica aguda: pontuações elevadas (HEART III) reforçam a indicação de internação e antecipam a necessidade de estratégia invasiva precoce. Em conjunto com o escore de GRACE, o HEART ajuda a priorizar o tempo até a cinecoronariografia (muito alto risco < 2h; alto risco < 24h; risco intermediário < 72h) e a intensidade da terapia antitrombótica.

9.3 Na angina instável (troponina negativa, sem lesão miocárdica confirmada)

É neste cenário — dor sugestiva, ECG não diagnóstico e troponina seriada negativa — que o escore de HEART exerce sua função mais decisiva: diferenciar, de forma objetiva e reprodutível, quem pode ter alta segura de quem necessita observação prolongada, investigação complementar (teste provocativo de isquemia ou angiotomografia de coronárias) ou internação. Pacientes com HEART ≥ 4, mesmo com troponina negativa, não devem receber alta sem avaliação cardiológica e/ou investigação adicional.

9.4 Registro em prontuário do paciente de baixo risco com possibilidade de alta

Considerar alta hospitalar quando o paciente apresentar dor tipo C/D, HEART 0–3 (baixo risco), troponinas seriadas negativas (sem variação significativa), ECG seriado sem sinais de isquemia e ausência de diagnóstico diferencial fatal não excluído. A decisão de alta deve ser sempre lastreada por registro objetivo e completo em prontuário, contendo, no mínimo:

Checklist de documentação para alta de baixo risco

- **Pontuação total do escore de HEART e detalhamento de cada subitem (História, ECG, Idade, Fatores de risco, Troponina), com data e horário do cálculo;**
- **Resultado e horário das troponinas seriadas (valor absoluto e variação percentual entre as coletas);**
- **Descrição dos ECGs seriados realizados e ausência de alterações isquêmicas dinâmicas;**
- **Ausência de dor recorrente e de critérios de instabilidade durante o período de observação;**
- **Avaliação e exclusão ativa de diagnósticos diferenciais fatais (dissecção de aorta, TEP, pneumotórax, tamponamento), quando clinicamente pertinente;**
- **Diagnóstico alternativo firmado para a dor, quando aplicável (ex.: dor osteomuscular, ansiedade, refluxo gastroesofágico), com justificativa clínica da alta;**
- **Orientações fornecidas ao paciente por escrito: sinais de alarme para retorno imediato (dor recorrente, dispneia, síncope, sudorese) e necessidade de retorno precoce ao pronto-socorro caso ocorram;**
- **Encaminhamento para acompanhamento ambulatorial em cardiologia/clínica médica em prazo curto (idealmente até 72 horas), com registro do serviço/profissional de referência;**
- **Identificação, assinatura e carimbo (ou assinatura eletrônica) do médico responsável pela decisão de alta.**

Este registro estruturado protege o paciente — ao garantir que nenhuma etapa da estratificação foi omitida — e protege a equipe assistencial, ao documentar de forma objetiva e auditável o raciocínio clínico que fundamentou a alta.

10. Manejo Terapêutico da Dor Torácica de Origem Cardíaca

De maneira geral, nos atendimentos de dor torácica, sempre que possível, buscaremos como padrão o fluxograma apresentado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (ver Seção 13). Uma vez estratificado o paciente (com avaliações e reavaliações, considerando clínica e exames complementares), ele deve ser alocado em um dos três grupos terapêuticos a seguir.

10.1 IAM com supra de ST (IAMCSST)

Diagnóstico eletrocardiográfico estabelecido (Seção 6.2). É uma emergência tempo-dependente: a reperfusão não deve aguardar resultado de troponina.

Conduta imediata

- Acionar regulação/hemodinâmica imediatamente
- AAS 160–300 mg, mastigável
- Nitrato, se não contraindicado: isossorbida 5 mg sublingual a cada 5 min, no máximo 3 doses, ou nitroglicerina intravenosa 5–10 mcg/min se dor persistente, titulando a cada 5–10 min conforme resposta, dose usual até 100–200 mcg/min
- Clopidogrel: ataque de 300 mg (< 75 anos) ou 75 mg/dia (> 75 anos, apenas manutenção)
- Oxigênio somente se saturação < 94%
- Analgesia (morfina, se necessário)
- Anticoagulação: enoxaparina 30 mg EV em bolus + 1 mg/kg SC 12/12h (< 75 anos) ou 0,75 mg/kg SC 12/12h (> 75 anos), sem o bolus EV. A dose subcutânea de enoxaparina inicia 15 minutos após a dose EV

Estratégia de reperfusão

- Preferencial: angioplastia primária, com meta de tempo porta-balão < 90 minutos
- Alternativa (quando ICP não está disponível em até 120 minutos do primeiro contato): fibrinólise farmacológica, com meta de tempo porta-agulha < 30 minutos — considerar trombólise se o protocolo/fluxo assistencial local permitir
- **Alteplase (rt-PA):** 15 mg EV em bolus + 0,75 mg/kg EV (máximo 50 mg) em 30 minutos + 0,35 mg/kg EV (máximo 35 mg) em 60 minutos. Dose total não deve exceder 100 mg. Preencher obrigatoriamente o Formulário Unificado de Liberação de Alteplase (Anexo II).

Após administração do fibrinolítico, manter reavaliações seriadas (clínica e ECG), anotando presença ou ausência de critérios de reperfusão em 60–90 minutos: melhora da dor, queda > 50% do supradesnível de ST, RIVA (ritmo idioventricular acelerado — arritmia de reperfusão). Verificar também sinais/sintomas de complicação hemorrágica: caso ocorra alteração neurológica aguda, interromper imediatamente a infusão e encaminhar com urgência para tomografia de crânio.

Critérios de alta (após estabilização/tratamento do evento agudo)

- ECG normal ou estável em relação ao padrão pós-evento
- Troponinas com tendência de queda/estabilização, conforme evolução esperada
- Baixo risco clínico residual, sem angina recorrente, sem sinais de insuficiência cardíaca

10.2 IAM sem supra de ST (IAMSSST)

Definido por dor sugestiva de SCA associada a troponina positiva com variação compatível com lesão miocárdica aguda, na ausência de supradesnível de ST persistente (Seção 6.3).

Conduta

- MOVE, oxigênio apenas se Sat < 94%, monitorização contínua
- AAS 160–300 mg VO, mastigável, seguido de 100 mg/dia de manutenção
- Inibidor do receptor P2Y12: clopidogrel (ataque 300 mg, manutenção 75 mg/dia) ou ticagrelor (ataque 180 mg, manutenção 90 mg 12/12h), conforme disponibilidade institucional e perfil de risco hemorrágico
- Anticoagulação parenteral: enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12h (ajustar para função renal) ou fondaparinux 2,5 mg SC 1x/dia
- Estatina de alta potência (ex.: atorvastatina 40–80 mg/dia), iniciada já na admissão
- Betabloqueador nas primeiras 24 horas, em pacientes sem sinais de choque, IC descompensada ou outras contraindicações
- Nitrato sublingual ou endovenoso para controle da dor anginosa persistente
- Analgesia complementar se necessário

Estratégia invasiva conforme estratificação de risco (GRACE/HEART/achados eletrocardiográficos)

- **Risco muito alto** (instabilidade hemodinâmica, choque cardiogênico, angina refratária, arritmia ventricular com risco de vida, complicação mecânica, IC aguda relacionada à isquemia, alterações dinâmicas recorrentes de ST/T): cateterismo em caráter de urgência, idealmente < 2 horas.
- **Risco alto** (troponina compatível com IAM, alterações dinâmicas de ST/T, GRACE > 140): estratégia invasiva precoce, < 24 horas.

- **Risco intermediário** (diabetes, insuficiência renal, FEVE < 40%, angina pós-infarto precoce, ICP prévia/CRM prévia, GRACE 109–140): estratégia invasiva, < 72 horas.
- **Risco baixo:** estratégia inicialmente conservadora, com investigação não invasiva (teste ergométrico ou angiotomografia de coronárias) antes da alta, quando indicada.

10.3 Angina instável

Dor torácica com características anginosas (tipo A/B) ou ECG sugestivo de isquemia, porém com troponina seriada negativa/sem variação significativa — ou seja, sem evidência bioquímica de necrose miocárdica.

Conduta

A base farmacológica inicial é semelhante à do IAMSSST, ajustada ao quadro clínico e ao risco hemorrágico individual:

- AAS 160–300 mg VO, seguido de manutenção
- Inibidor de P2Y12 (clopidogrel ou ticagrelor), especialmente se HEART intermediário/alto ou alterações eletrocardiográficas sugestivas
- Anticoagulação parenteral (enoxaparina ou fondaparinux), individualizada conforme risco isquêmico versus hemorrágico
- Estatina de alta potência
- Betabloqueador e nitrato conforme sintomas e estabilidade hemodinâmica

A grande diferença em relação ao IAMSSST está na estratificação de risco e no tempo de investigação: a decisão entre observação com troponina seriada, cateterismo eletivo/precoce ou investigação não invasiva (teste provocativo de isquemia, angiotomografia de coronárias) e alta é fortemente guiada pelo escore de HEART (Seção 9.3) associado ao GRACE, e não por um critério eletrocardiográfico ou bioquímico isolado. Pacientes de baixo risco (HEART 0–3) sem diagnóstico diferencial pendente podem ter alta segura com seguimento ambulatorial precoce, seguindo o checklist de documentação da Seção 9.4.

11. Critérios Gerais de Alta e Seguimento

Possivelmente, caso o paciente não apresente qualquer critério de risco nas reavaliações seriadas (clínica, ECG a cada 3 horas após a primeira hora, e troponina em 0 e 6 horas), será considerada alta hospitalar, com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial em curto prazo, além de orientações claras para que procure o pronto-socorro novamente caso surjam sinais de alarme.

- ECG normal ou sem alterações dinâmicas
- Troponinas negativas seriadas, sem variação significativa
- Baixo risco clínico (dor tipo C/D e/ou HEART 0–3)
- Documentação completa em prontuário, conforme checklist da Seção 9.4

12. Indicadores de Qualidade

- Tempo porta-ECG < 10 minutos
- Tempo porta-agulha (trombólise) < 30 minutos
- Tempo porta-balão (angioplastia primária) < 90 minutos
- Tempo porta-transferência (quando aplicável)
- Taxa de reavaliação clínica e eletrocardiográfica adequada (conforme protocolo)
- Percentual de prontuários de alta de baixo risco com documentação completa do escore de HEART (checklist da Seção 9.4)

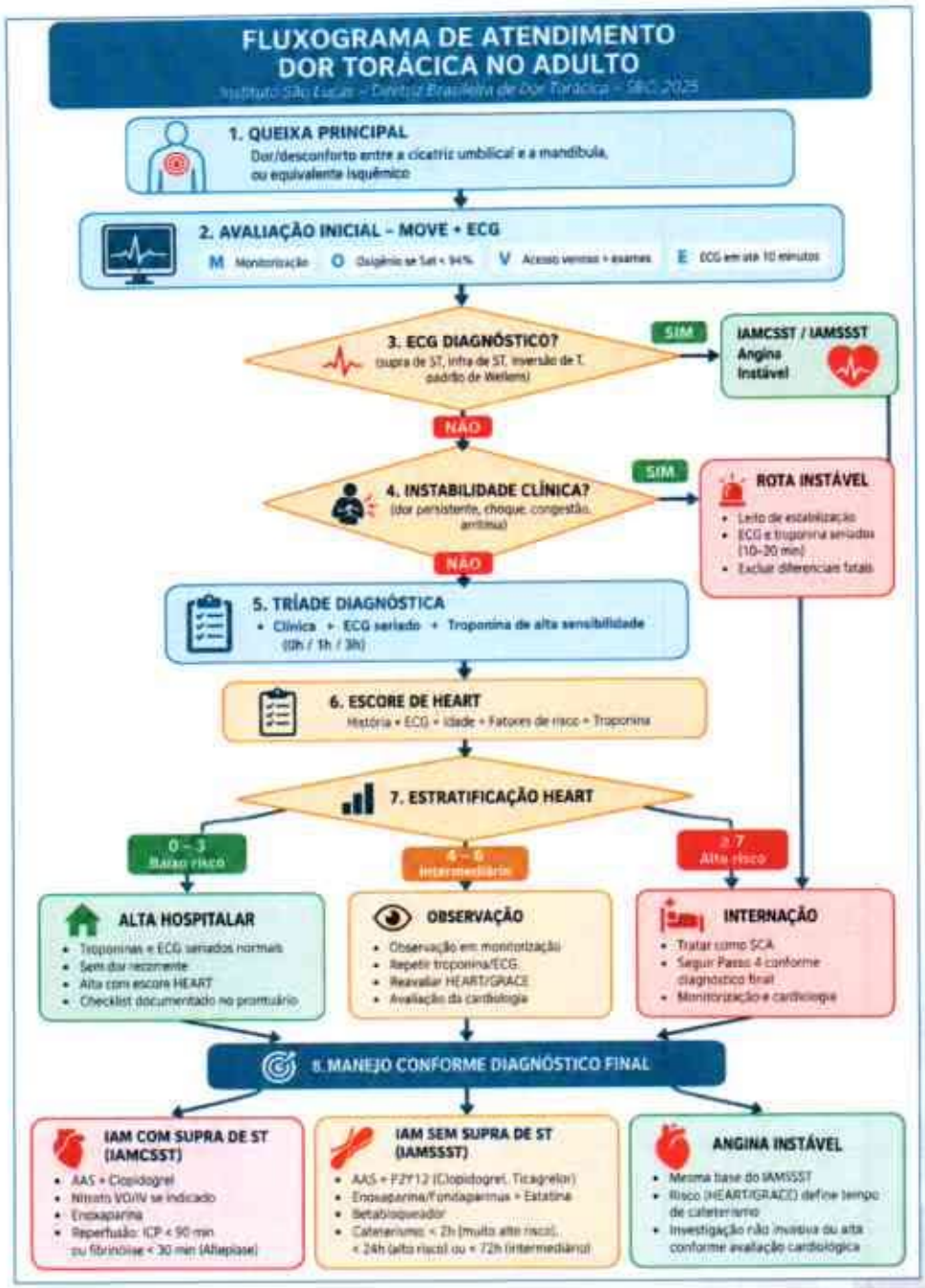
13. Fluxograma de Atendimento

O fluxograma a seguir consolida, em um único diagrama, os passos iniciais (MOVE + ECG), a tríade diagnóstica, os critérios de instabilidade, a estratificação pelo escore de HEART e o manejo terapêutico específico para IAM com supra de ST, IAM sem supra de ST e angina instável.

14. Referências

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Avaliação e Diagnóstico da Dor Torácica no Departamento de Emergência – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2025.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021.



- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz de Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível do Segmento ST e Diretriz de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST.
- American College of Cardiology / American Heart Association. 2021 Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain. Journal of the American College of Cardiology, 2021.
- American College of Cardiology / American Heart Association. Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI).
- American College of Cardiology / American Heart Association. Guideline for the Management of Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes (NSTE-ACS).
- European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of acute coronary syndromes, 2023.
- Six AJ, Backus BE, Kelder JC. Chest pain in the emergency room: value of the HEART score. Netherlands Heart Journal, 2008 (escore de HEART — publicação original).
- Escala de risco GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) — calculadora disponível em: www.outcomes.org/grace.

Observação sobre esta atualização

- **As doses e condutas farmacológicas descritas neste protocolo devem ser conferidas e ajustadas conforme função renal, peso, idade e comorbidades de cada paciente, e revisadas periodicamente pela Comissão de Protocolos Institucional frente a novas edições das diretrizes citadas.**

15. Responsável pela atualização

A responsabilidade pela atualização do Protocolo de Dor Torácica no Adulto será atribuída ao Responsável Técnico Médico da Unidade, em conjunto com a Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com apoio de profissionais especializados em Cardiologia, quando disponíveis.

Compete aos responsáveis acompanhar as atualizações científicas, revisar os critérios diagnósticos e terapêuticos, atualizar os fluxos de atendimento, garantir a padronização das condutas e monitorar os indicadores assistenciais, especialmente o tempo porta-eletrocardiograma, o tempo para início do tratamento e o encaminhamento oportuno dos pacientes com síndrome coronariana aguda.

Também deverão promover capacitações periódicas das equipes médicas e de enfermagem, visando ao reconhecimento precoce dos sinais de gravidade, à interpretação inicial do eletrocardiograma, à estratificação de risco e à estabilização clínica dos pacientes.

16. Periodicidade de revisão

O Protocolo de Dor Torácica no Adulto terá revisão ordinária anual, a cada 12 meses, podendo ser atualizado extraordinariamente sempre que ocorrerem novas recomendações das sociedades científicas, alterações nos critérios diagnósticos e terapêuticos, mudanças nas normas sanitárias, incorporação de novas tecnologias ou identificação de eventos adversos e não conformidades assistenciais.

Todas as revisões deverão ser formalmente documentadas, contendo data, número da versão, descrição das alterações realizadas, identificação dos profissionais responsáveis e aprovação da Direção Técnica da Unidade.

17. Controle de atualização e validação

Elemento	Definição
Protocolo	Dor Torácica no Adulto
Referências técnicas principais	SBC, AHA/ACC, ESC, Ministério da Saúde e ANVISA
Responsável pela atualização	Responsável Técnico Médico da Unidade
Equipe participante	Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Cardiologia (quando disponível) e NSP
Periodicidade de revisão	Anual – a cada 12 meses
Revisão extraordinária	Conforme atualizações científicas, alterações normativas ou necessidades assistenciais
Responsável pela aprovação	Direção Técnica da Unidade
Controle documental	Registro de versões, datas, alterações, responsáveis e aprovações

Anexo I — Documento de Implantação de Protocolo Assistencial (Dor Torácica)

Instituição: Instituto Social Saúde São Lucas

Responsável Técnico Médico:

_____

Responsáveis pela implantação dos protocolos:

_____

_____

_____

Unidade:

_____

Data da implantação: ____ / ____ / _____

O protocolo foi apresentado e discutido com o corpo clínico e equipe assistencial da unidade, incluindo médicos, enfermagem e demais profissionais envolvidos no atendimento de urgência/emergência.

A equipe foi orientada quanto à obrigatoriedade do cumprimento do protocolo e sua aplicação na prática assistencial.

Declara-se que o protocolo foi devidamente implantado, estando disponível para consulta e aplicação imediata pelos profissionais da instituição.

Assinaturas

RT	Nome	Carimbo/assinatura:
Responsável Técnico Médico:		
Responsável Técnico Enfermagem:		

Corpo Clínico

Nome	Carimbo/assinatura

Anexo II — Formulário Unificado de Liberação de Alteplase (RT-PA)

Este formulário deve ser integralmente preenchido antes da liberação de alteplase para qualquer uma das três indicações contempladas (AVC isquêmico agudo, IAM com supra de ST e TEP de alto risco/instável), servindo como registro clínico e de segurança do processo.

Formulário Unificado de Liberação de Alteplase (RT-PA)

Uso exclusivo em Emergência / Unidade Crítica — Instituto São Lucas

1. Identificação do Paciente e Diagnóstico

Nome do paciente: _____

Peso estimado/aferido: _____ *kg*

Diagnóstico clínico principal (marcar apenas um):

☐ **AVC Isquêmico Agudo** — *janela ideal < 4,5h | TC de crânio sem hemorragia obrigatória*

☐ **IAM com Supra de ST** — *janela ideal < 12h | sem possibilidade de angioplastia primária imediata*

☐ **TEP de Alto Risco / Instável** — *instabilidade hemodinâmica / choque obstrutivo*

Horário de início dos sintomas (Delta T): ____:____	Horário de chegada: ____:____

2. Sinais Vitais e Exames Obrigatórios (Todos os Casos)

PA inicial: _____ x _____ mmHg	Glicemia capilar: _____ mg/dL
Triagem – ECG: ____:____	Triagem – Agulha: ____:____
Triagem – TC (para AVC): ____:____	FC: _____ bpm $SatO_2$: _____ %

Atenção — No AVC isquêmico: manter PA < 185/110 mmHg antes e durante a infusão. Glicemia obrigatória para excluir hipoglicemia como diagnóstico diferencial.

Descrição da história clínica / exame neurológico ou cardiovascular sumário:

3. LAUDOS ESPECÍFICOS POR DIAGNÓSTICO — preencher apenas o(s) aplicável(is)

3.1 ECG — obrigatório para IAM

☐ **IAM com Supra de ST confirmado** *supra de ST ≥ 1 mm em ≥ 2 derivações contíguas, ou BRE novo*

Derivações com supradesnível: _____

☐ **Sinais de TEP no ECG (se aplicável)** *taquicardia sinusal, padrão S1Q3T3 ou inversão de T de V1–V4*

3.2 Troponina

Resultado: ☐ Positiva ☐ Negativa Valor: _____

3.3 Tomografia de crânio — obrigatória para AVC

☐ **Sem sinais de hemorragia** ☐ **Presença de hemorragia (contraindica alteplase)**

Descrição/observações (TC de crânio): _____

3.4 Angio-TC de tórax e D-dímero — para TEP

Laudo de TC: ☐ Confirma TEP ☐ Não confirma

D-dímero: _____ ☐ Positivo/Elevado ☐ Negativo/Normal

4. Checklist de Contraindicações ao Uso de Alteplase

Marcar TODOS os itens abaixo como "NÃO" é pré-requisito para liberação do fibrinolítico. Qualquer item marcado "SIM" em contraindicação absoluta impede o uso de alteplase.

Contraindicações absolutas

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Sangramento intracraniano prévio, em qualquer época

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Lesão vascular cerebral estrutural conhecida (ex.: malformação arteriovenosa)

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Neoplasia intracraniana maligna conhecida

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — AVC isquêmico nos últimos 3 meses (exceto o evento agudo atual, dentro da janela)

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Suspeita de dissecção aguda de aorta

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação)

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Traumatismo craniano ou facial significativo nos últimos 3 meses

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Cirurgia intracraniana ou intraespinhal nos últimos 2 meses

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Hipertensão arterial grave não controlada (refratária ao tratamento de emergência)

Contraindicações relativas (avaliar risco-benefício individualmente)

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — História de hipertensão arterial crônica grave, mal controlada

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — PA sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg na apresentação

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — AVC isquêmico há mais de 3 meses, ou demência

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (> 10 minutos)

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Cirurgia de grande porte nas últimas 3 semanas

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Sangramento interno recente (2–4 semanas)

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Punção vascular não compressível

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Gravidez

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Úlcera péptica ativa

☐ **SIM** ☐ **NÃO** — Uso atual de anticoagulante oral com INR elevado

5. Esquema de Dose de Alteplase (RT-PA) por Indicação

Indicação	Esquema de dose	Observações
IAM com Supra de ST	15 mg EV em bolus + 0,75 mg/kg EV (máx. 50 mg) em 30 min + 0,35 mg/kg EV (máx. 35 mg) em 60 min	Dose total não deve exceder 100 mg. Associar heparina/enoxaparina conforme protocolo de IAM.

Indicação	Esquema de dose	Observações
AVC Isquêmico Agudo	0,9 mg/kg EV (dose máxima 90 mg): 10% em bolus em 1 minuto + 90% restante em infusão contínua ao longo de 60 minutos	Manter PA < 185/110 mmHg antes e < 180/105 mmHg nas primeiras 24h. Não associar antiagregante/anticoagulante nas primeiras 24h.
TEP de Alto Risco/Instável	100 mg EV em infusão contínua ao longo de 2 horas (esquema padrão); esquemas acelerados podem ser considerados em instabilidade extrema conforme avaliação da equipe	Suspender heparina durante a infusão de alteplase; reiniciar anticoagulação conforme protocolo institucional após o término.

Calcular e conferir a dose em dupla checagem (dois profissionais) antes do início da infusão, registrando peso utilizado, dose total calculada e horário de início.

6. Tempos Assistenciais e Monitorização Pós-Trombólise

Horário de início da infusão: ____:____	Horário de término da infusão: ____:____
Reavaliação clínica/ECG 60–90 min pós-início: ☐ Realizada	Sinais de reperfusão (IAM): ☐ Melhora da dor ☐ Queda >50% do supra-ST ☐ RIVA
Intercorrências hemorrágicas: ☐ Não ☐ Sim (descrever abaixo)	Se alteração neurológica aguda: interromper infusão e TC de crânio urgente

Observações / intercorrências: _____

7. Responsabilidade Pelo Preenchimento

Responsável pelo preenchimento:	Assinatura/Carimbo:
Data: ____/____/_____ Horário: ____:____	**CRM/COREN:**

V.1.9.5.1 – Protocolo de Atendimento à Parada Cardiorrespiratória no Pronto Atendimento

1. ESCOPO, OBJETIVOS E DEFINIÇÕES

Aplica-se a pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR) nas dependências da UPA ou admitidos em ressuscitação. O eixo principal é a PCR adulta; adaptações pediátricas, gestacionais e por causas especiais constam em seções próprias. Recém-nascido em sala de parto requer protocolo de reanimação neonatal específico.

TERMO	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
PCR	Ausência de responsividade, respiração ausente ou anormal (gasping) e ausência de pulso definido em até 10 segundos pelo profissional de saúde.
RCP	Compressões torácicas e ventilação destinadas a manter perfusão e oxigenação.
FV/TVsp	Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso — ritmos chocáveis.
AESP/assistolia	Atividade elétrica sem pulso ou assistolia — ritmos não chocáveis.
ROSC	Retorno da circulação espontânea, evidenciado por pulso / PA e sinais de perfusão.
CPC	Categoria de desempenho cerebral, usada para acompanhamento de desfecho neurológico.

2. GOVERNANÇA E PREPARAÇÃO DA UPA

2.1 Código de emergência e acionamento

Definir chamada única, audível e conhecida (ex.: "Código Azul"), com local exato e público adulto/pediátrico.

Garantir equipe de resposta 24 horas, papéis predefinidos e substitutos.

Acionar regulação e serviço de referência precocemente quando houver ROSC, necessidade de UTI/hemodinâmica ou recurso não disponível.

Manter mapa de DEA/desfibriladores e carro de emergência com lacre e checagem documentada.

Papéis durante a ressuscitação

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADES
Líder	Coordena algoritmo, segurança, comunicação, causas reversíveis, decisão de transferência/encerramento; mantém visão global.
Compressor	Compressões de alta qualidade; troca a cada ~2 min ou antes se fadiga.
Via aérea	Ventilação, oxigênio, aspiração e via avançada; confirma com capnografia quando disponível.
Monitor/desfibrilador	Conecta pás adesivas, reconhece ritmo, carrega, realiza checagem verbal de segurança e choque.
Acesso/medicação	IV/IO, prepara e administra fármacos com dupla checagem, anuncia dose e horário.
Registrador/cronometrista	Marca início, ciclos de 2 min, ritmos, choques, fármacos, ROSC e comunicação externa.
Apoio/logística	Materiais, coleta, POCUS, comunicação familiar, circulação do ambiente e transporte.

2.2 Conteúdo mínimo do carro de emergência

CATEGORIA	ITENS ESSENCIAIS
Desfibrilação	Desfibrilador manual/DEA testado, pás adesivas adultas e pediátrica, cabo ECG, material para tricotomia/secagem.
Via aérea	BVM adulto/pediátrico/infantil com reservatório, máscaras, cânulas, aspiração, dispositivos supraglóticos, laringoscópio/videolaringoscópio, tubos,fixador e capnografia.
CATEGORIA	**ITENS ESSENCIAIS**
Circulação	Cateteres IV, dispositivo IO e agulhas adequadas, equipos, torneiras, flush, cristaloide, material de coleta.
Medicamentos	Adrenalina, amiodarona ou lidocaína; demais fármacos para causas especiais conforme padronização local.
Segurança/registro	EPI, prancha rígida se necessária, relógio/cronômetro, formulário de PCR, checklist e lacres.

3. RECONHECIMENTO E RESPOSTA IMEDIATA

Garantir segurança da cena, usar EPI e posicionar o paciente em superfície firme; trazer carro de emergência e desfibrilador.

Verificar responsividade e respiração simultaneamente. Gasping não é respiração normal. Profissional de saúde verifica pulso central por no máximo 10 segundos. Se não houver pulso definido, presumir PCR.

Acionar Código Azul, iniciar compressões e conectar desfibrilador/DEA assim que disponível.

Se há pulso, mas não respira normalmente: ventilar 1 vez a cada 6 segundos no adulto e reavaliar pulso a cada 2 minutos.

NÃO ATRASAR: Não transportar o adulto durante RCP apenas para "chegar à sala vermelha" se compressões e desfibrilação puderem ser realizadas com segurança no local. Remover somente quando necessário à segurança, intervenção causal ou logística assistencial.

4. RCP DE ALTAQUALIDADE – ADULTO

ELEMENTO	PADRÃO
Frequência	100–120 compressões/min.
Profundidade	Pelo menos 5 cm, evitando >6 cm.
Retorno	Permitir retorno completo do tórax; não se apoiar entre compressões.
Pausas	Minimizar; análise de ritmo/choque com pausa <10 s e retomada imediata.
ELEMENTO	**PADRÃO**
Relação	30:2 sem via aérea avançada.
Via aérea avançada	Compressões contínuas + 1 ventilação a cada 6s (10/min), sem pausar compressões.
Ventilação	Volume apenas suficiente para elevação visível do tórax; evitar hiperventilação.
Troca	Trocar compressor aproximadamente a cada 2 min, coordenado com análise de ritmo.
Feedback	Usar dispositivo de feedback e capnografia quando disponíveis, sem substituir avaliação clínica.

$ETCO_2$: Queda persistente pode sugerir baixa qualidade/baixo fluxo; aumento abrupto pode indicar ROSC. $ETCO_2$ isolado não deve determinar prognóstico nem encerramento.

5. ALGORITMO DE SAV ADULTO

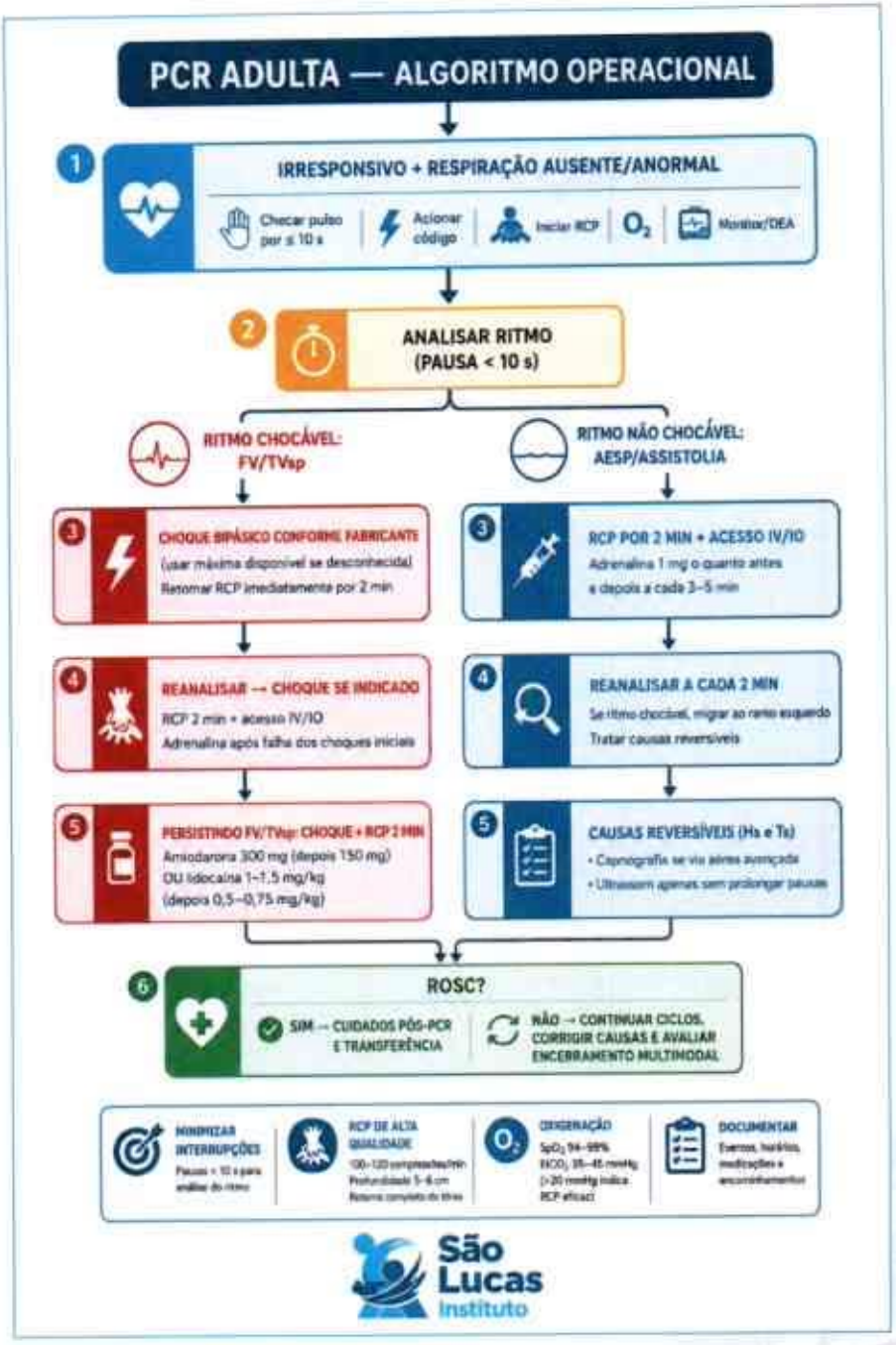


Figura 1. Algoritmo operacional adulto baseado nas recomendações AHA 2025. A energia deve seguir fabricante e protocolo local.

5.1 Desfibrilação segura

FV/TV sem pulso: aplicar choque assim que possível; retomar compressões imediatamente, sem checar pulso após o choque.

Bifásico: usar energia recomendada pelo fabricante; se desconhecida, usar a máxima disponível. Escalonar para energia igual ou maior nos choques seguintes conforme equipamento.

Monofásico: 360 J.

Oxigênio afastado do tórax e nenhuma pessoa em contato com paciente/leito; anunciar "afastem-se", conferir visualmente e aplicar choque.

Não usar modo sincronizado na FV/TV sem pulso.

5.2 Acesso, medicamentos e flush

INDICAÇÃO	DOSE ADULTA DURANTE PCR	OBSERVAÇÕES
Adrenalina	1 mg IV/IO a cada 3–5 min	AESP / assistolia: o quanto antes. FV / TVsp: após falha das tentativas iniciais de desfibrilação.
Amiodarona	300 mg IV/IO em bolus; segunda dose 150 mg	Para FV / TVsp refratária.
Lidocaína (alternativa)	1–1,5 mg/kg; depois 0,5–0,75 mg/kg	Máximo total 3 mg/kg; alternativa à amiodarona, não associação rotineira.
Sulfato de magnésio	1–2 g IV/IO diluído, conforme protocolo	Somente situações selecionadas, como torsades de pointes / hipomagnesemia; não rotineiro.

Preferir acesso IV periférico. Se não obtido rapidamente, usar IO. Após fármaco periférico, realizar flush conforme protocolo institucional e elevar o membro quando viável. Acesso central não deve interromper compressões ou desfibrilação.

NÃO ROTINEIRO Cálcio, bicarbonato de sódio, magnésio e vasopressina não são tratamentos universais da PCR. Usar apenas quando houver indicação específica. Atropina não é indicada para AESP/assistolia.

5.3 Via aérea e ventilação

BVM com duas pessoas quando possível: uma sela a máscara e mantém via aérea; outra ventila. Não atrasar compressões/choques para intubação. Se a tentativa interromper RCP, postergar até falha das medidas iniciais ou ROSC.

Dispositivo supraglótico é alternativa aceitável conforme treinamento e taxa local de sucesso. Confirmar e monitorar tubo traqueal com capnografia quantitativa em forma de onda, além da avaliação clínica.

Após via avançada: 10 ventilações/min no adulto, sem pausas nas compressões.

6. CAUSAS REVERSÍVEIS — HS e TS

CAUSA	PISTAS	INTERVENÇÃO DIRIGIDA
Hipovolemia	Sangramento, trauma, perdas, POCUS	Controle de hemorragia, reposição e hemoderivados conforme indicação/recurso.
Hipóxia	Evento respiratório, via aérea, baixa SpO_2 pré-PCR	Oxigenação, ventilação, checar posição/patência e pneumotórax.
H^+ (acidose)	Choque prolongado, DRC, intoxicação	RCP/ventilação eficaz; tratar causa. Bicarbonato apenas indicação específica.
Hipo/hipercalemia e metabólicas	DRC, ECG, medicamentos, laboratório	Cálcio/insulina-glicose/bicarbonato ou reposição conforme distúrbio e protocolo.
Hipotermia	Exposição, temperatura baixa	Reaquecimento e adaptações específicas; transferência apropriada.
Tensão no tórax	Assimetria, trauma, ventilação difícil, POCUS	Descompressão imediata se pneumotórax hipertensivo.

Tamponamento	Contexto/POCUS	Drenagem/pericardiocentese conforme competência e causa.
CAUSA	**PISTAS**	**INTERVENÇÃO DIRIGIDA**
Toxinas	História, embalagens, toxidrome	Antídoto e suporte; CIATox. Naloxona não deve atrasar RCP.
Trombose pulmonar	Risco de TEP, POCUS, contexto	Considerar trombólise se TEP fortemente suspeito/confirmado, conforme protocolo.
Trombose coronariana	Dor/ECG/ritmo chocável	Reperfusão após ROSC; transferência para hemodinâmica quando indicada.

POCUS pode identificar causas tratáveis, desde que realizado por profissional capacitado durante pausas já programadas e sem prolongá-las. Ausência isolada de movimento cardíaco não deve ser usada como único critério de encerramento.

7. RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA E CUIDADOS PÓS-PCR

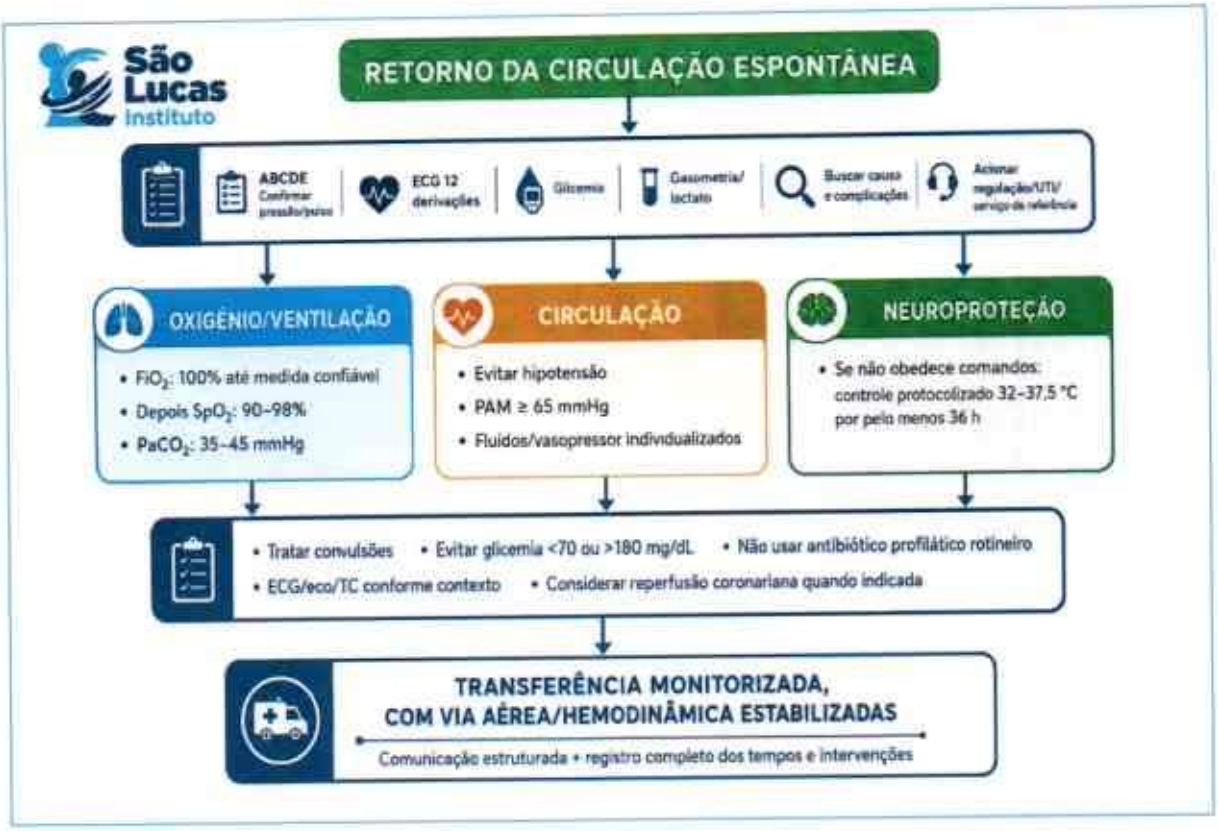


Figura 2. Cuidados imediatos pós-ROSC e prioridades para transferência.

DOMÍNIO	META/CONDUTA INICIAL NA UPA
Oxigenação	FiO_2 100% até medida confiável; depois titular para SpO_2 90– 98% (PaO_2 60–105 mmHg), evitando hipóxia e hiperóxia.
Ventilação	$PaCO_2$ em faixa fisiológica, geralmente 35–45 mmHg; ajustar ventilação com gasometria.
Hemodinâmica	Evitar hipotensão; manter PAM ≥65 mmHg, individualizando fluidos e vasopressor.
ECG / imagem	ECG 12 derivações o quanto antes; eco/POCUS e TC conforme causa/complicações e disponibilidade.
Coronária	STEMI ou instabilidade/ischemia grave: contato imediato com referência para estratégia invasiva. Angiografia imediata não é rotineira no estável sem supra.
Temperatura	Se não obedece a comandos: estratégia protocolizada entre 32–37,5 °C por ≥36 h; evitar febre. Não fazer infusão rápida rotineira de fluidos gelados.
Neurológico	Tratar convulsões; não fazer prognóstico precoce. Avaliação deve ser multimodal e sem confundidores, no serviço hospitalar.
Glicemia	Evitar <70 mg/dL e >180 mg/dL.
Antibiótico	Não usar profilaticamente de rotina; tratar infecção quando indicada.

7.1 Transferência após ROSC

Solicitar vaga/regulação imediatamente para hospital com UTI e recursos adequados à causa (hemodinâmica, cirurgia, toxicologia, pediatria/obstetrícia).

Antes da saída: fixar via aérea, garantir ventilação e oxigênio, acesso, bombas, monitor/desfibrilador, sedoanalgesia quando indicada e drogas vasoativas suficientes.

Transportar por equipe e veículo compatíveis com risco de nova PCR; disponibilizar pás conectadas quando apropriado.

Handoff estruturado: antecedentes, causa provável, tempos, ritmo inicial, choques, fármacos, ROSC, via aérea, hemodinâmica, exames e pendências.

8. SITUAÇÕES ESPECIAIS

8.1 Gestação

Executar RCP de alta qualidade e desfibrilação com energias usuais.

Se útero ao nível / acima do umbigo: deslocamento uterino manual contínuo para a esquerda; não atrasar RCP.

Acesso IV preferencialmente acima do diafragma; preparar equipe obstétrica/neonatal.

Se não houver ROSC, iniciar preparação imediata para histerotomia ressuscitativa no local da PCR, com objetivo de nascimento até cerca de 5 min, conforme competência e protocolo.

Transferir após estabilização para referência obstétrica/UTI.

8.2 Suspeita de opioide

Administrar naloxona pode ser razoável em parada respiratória ou PCR suspeita, mas jamais interromper ou atrasar compressões, ventilação, desfibrilação e SAV padrão.

8.3 TEP, hipotermia, afogamento, asma e intoxicações

Seguir algoritmos de causas especiais AHA 2025 e protocolo institucional específico. Em TEP suspeito/confirmado pode-se considerar fibrinólise; após trombólise, RCP prolongada pode ser necessária. Na hipotermia, adaptações de fármacos/choques e transporte para centro com reaquecimento extracorpóreo dependem da temperatura e recursos. No afogamento e asfixia, ventilação precoce é crítica. Na asma grave, considerar hiperinsuflação dinâmica e pneumotórax.

9. PCR PEDIÁTRICA — ANEXO OPERACIONAL

ESCOPO PEDIÁTRICO: Usar este resumo com equipe treinada e fita / tabela de peso. Criança com sinais de puberdade segue algoritmo adulto. Recém-nascido em sala de parto segue reanimação neonatal.	
ELEMENTO	**LACTANTE /CRIANÇA PRÉ-PÚBERE**
Reconhecimento	Irresponsivo, respiração ausente/anormal e ausência de pulso definido em ≤10 s; iniciar RCP se pulso <60/min com sinais de má perfusão apesar de oxigenação/ventilação.
Compressões	100–120/min; profundidade ≥1/3 do diâmetro AP (~4 cm lactente; ~5 cm criança), evitando excesso.

ESCOPO PEDIÁTRICO: Usar este resumo com equipe treinada e fita / tabela de peso. Criança com sinais de puberdade segue algoritmo adulto. Recém-nascido em sala de parto segue reanimação neonatal.	
ELEMENTO	**LACTANTE /CRIANÇA PRÉ-PÚBERE**
Relação	1 socorrista: 30:2. Dois profissionais: 15:2. Com via avançada: compressões contínuas + 1 ventilação a cada 2–3 s (20–30/min).
Choque	1º: 2 J/kg; 2º: 4 J/kg; seguintes ≥4 J/kg, máximo 10 J/kg ou dose adulta.
Adrenalina	0,01 mg/kg IV/IO a cada 3–5 min (0,1 mL/kg da solução 0,1 mg/mL [1:10.000]); máximo 1 mg.
Amiodarona	5 mg/kg IV/IO para FV / TVsp refratária; pode repetir até total de 3 doses, conforme algoritmo.
Lidocaína	1 mg/kg IV/IO como alternativa à amiodarona.
Causas	Predominam causas respiratórias / hipóxicas; priorizar ventilação eficaz e tratar Hs / Ts.
SEGURANÇA PEDIÁTRICA: Registrar peso estimado/medido, concentração, volume e dose. Exigir dupla checagem independente. Não confundir adrenalina 0,1 mg/mL (1:10.000) com 1 mg/mL (1:1.000).	

10. ENCERRAMENTO DA RESSUSCITAÇÃO E ASPECTOS ÉTICOS

A decisão cabe ao médico responsável, em conformidade com legislação, diretivas antecipadas válidas, políticas institucionais e contexto clínico. Não iniciar ou encerrar pode ser apropriado diante de sinais inequívocos de morte irreversível, risco inseguro à equipe, ordem válida de não reanimar ou futilidade reconhecida conforme avaliação clínica e normativa.

Usar abordagem multimodal: circunstâncias, tempo sem fluxo/baixo fluxo, ritmo inicial/evolução, resposta, causas reversíveis tratadas, comorbidades, diretivas e recursos.

Não usar isoladamente: duração, idade, pupilas, $ETCO_2$ baixo, ausência de movimento no POCUS ou dose total de adrenalina.

$ETCO_2$ ≤10 mmHg após 20 min em intubado pode compor avaliação multimodal, nunca ser o único critério.

Documentar participantes, fundamentos, horário da decisão e comunicação à família; oferecer acolhimento e seguir fluxo de óbito/IML/SVO.

Realizar debriefing breve da equipe e apoio quando necessário.

11. REGISTRO OBRIGATÓRIO E COMUNICAÇÃO

CAMPO	REGISTRAR
Tempos	Colapso / encontro, reconhecimento, início RCP, código, monitor, primeiro choque, cada fármaco, via avançada, ROSC, encerramento, saída.
Ritmos/intervenções	Ritmo inicial e a cada ciclo, energia / choques, qualidade RCP, via aérea, $ETCO_2$, IV/IO, fármacos / doses.
Causas	Hs / Ts considerados, evidências e tratamentos.
Desfecho	ROSC sustentado, transferência, óbito; estado neurológico e hemodinâmico na saída.
Comunicação	Regulação / receptor, aceite, familiares, diretivas, decisão de encerramento.
Equipe	Nomes / funções e líder.

12. INDICADORES E MELHORIA DA QUALIDADE

INDICADOR	DEFINIÇÃO SUGERIDA
Tempo até compressão	Mediana do reconhecimento ao início da RCP.
Tempo até 1º choque	Mediana em FV / TVsp; proporção com choque em ≤2 min em PCR presenciada / monitorizada.
Fração de compressão	Percentual do tempo de PCR com compressões; meta local baseada no dispositivo / registro.
Adrenalina precoce não chocável	Proporção AESP / assistolia com primeira dose em até 5 min.
ROSC sustentado	ROSC por ≥20 min / PCR atendidas.
Sobrevida/neurológico	Transferência viva, alta hospitalar e desfecho neurológico quando integração permitir.

INDICADOR	DEFINIÇÃO SUGERIDA
Conformidade	Checklist do carro, treinamento, registro completo, debriefing e revisão de caso.

Realizar revisão estruturada de toda PCR, preferencialmente em até 72 horas, com dados objetivos, foco no sistema e plano de ação. Promover simulações curtas e frequentes, treinamento de equipe e validação periódica de competências.

13. CHECKLISTS OPERACIONAIS

13.1 Checagem diária do carro/desfibrilador

Lacre íntegro e lista vigente; desfibrilador ligado/testado, bateria/cabos/pás e papel. BVM e oxigênio; aspiração; via aérea adulto/pediátrica; capnografia.

IV/IO, equipos, flushes, cristaloides e bombas.

Medicamentos dentro da validade, quantidades e concentrações padronizadas. Formulário/cronômetro/EPI; registro de responsável, data, hora e não conformidades.

13.2 Antes da transferência pós-ROSC

Via aérea confirmada e fixada; ventilação e cilindros calculados com reserva. Monitor/desfibrilador, pás, acessos e bombas seguros; medicações suficientes. PAM, SpO_2, temperatura, glicemia e gasometria avaliadas conforme viabilidade. Regulação/aceite e destino confirmados; transporte compatível.

Resumo, ECG, exames, tempos, fármacos, contatos e pertences acompanhando o paciente.

14. REFERÊNCIAS ESSECIAIS E NORMATIVAS

American Heart Association. 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2025;152(Suppl 2). Executive Summary, Adult BLS, Adult ALS, Systems of Care, Special Circumstances, Post-Cardiac Arrest Care, Pediatric BLS/ALS and Education Science. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines.

Kleinman ME, et al. Part 7: Adult Basic Life Support: 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. Circulation. 2025;152(Suppl 2):S448–S478. doi:10.1161/CIR.0000000000001369.

American Heart Association. Part 9: Adult Advanced Life Support. 2025 AHA Guidelines for CPR and ECC. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/adult-advanced-life-support American Heart Association. Part 10: Adult and Pediatric Special Circumstances of Resuscitation. 2025. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/adult-and-pediatric-special-circumstances-of-resuscitation.

American Heart Association. Part 11: Post-Cardiac Arrest Care. 2025. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/post-cardiac-arrest-care American Heart Association. 2025 Guidelines Highlights. https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines.

International Liaison Committee on Resuscitation. 2025 International Consensus on CPR and ECC Science With Treatment Recommendations (CoSTR). https://costr.ilcor.org/
European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Adult Advanced Life Support. Resuscitation. 2025. https://www.erc.edu/science-research/guidelines
Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 — Suporte Básico e Avançado de Vida, versões vigentes. https://www.gov.br/saude/Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica — Resolução CFM nº 2.217/2018 e alterações vigentes. https://portal.cfm.org.br/Conselho Federal de Enfermagem. Normas vigentes sobre atuação da equipe de enfermagem em urgência/emergência e administração de medicamentos. https://www.cofen.gov.br/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolos e documentos de segurança do paciente aplicáveis a medicamentos, identificação e comunicação. https://www.gov.br/anvisa/

Responsabilidade pela Atualização e Validação do Protocolo

A responsabilidade pela revisão e atualização técnica deste Protocolo Médico de Parada Cardiorrespiratória (PCR) Adulto e Pediátrico será da Responsabilidade Técnica Médica das UPAs

Norte e Sul em articulação com a Direção Técnica, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e demais áreas assistenciais envolvidas, conforme a matéria objeto da revisão.

Compete ao responsável pela atualização:

a) Acompanhar alterações nas normas, resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e diretrizes internacionais de referência em ressuscitação (como AHA/ILCOR);

b) Avaliar novas evidências científicas e diretrizes de suporte básico e avançado de vida com potencial impacto sobre as condutas de reanimação adotadas;

c) Analisar indicadores assistenciais de ressuscitação, eventos adversos, resultados de auditorias e oportunidades de melhoria relacionados ao atendimento de PCR em adultos e pediatria;

d) Propor alterações nos algoritmos de reconhecimento, manejo de vias aéreas, uso de drogas vasoativas, desfibrilação, cuidados pós-RCE (Retorno da Circulação Espontânea) e critérios de interrupção ou suporte avançado;

e) Assegurar que as alterações aprovadas sejam comunicadas às equipes médicas e assistenciais envolvidas;

f) Promover, em conjunto com a educação continuada, a capacitação e treinamento prático periódico dos profissionais médicos;

g) Manter controle institucional da versão, data de aprovação, data da revisão e responsáveis pela elaboração, revisão e aprovação do protocolo.

16. Periodicidade de Revisão

Este Protocolo Médico de PCR Adulto e Pediátrico será revisado ordinariamente a cada **12 (doze) meses**, contados da data de sua aprovação ou da última revisão.

Independentemente desse prazo, deverá ocorrer revisão extraordinária sempre que necessário, especialmente nas seguintes situações:

- Publicação ou atualização de legislação, normas do Conselho Federal de Medicina, protocolos ou diretrizes técnicas aplicáveis;
- Publicação de novas evidências científicas relevantes para a medicina de emergência e ressuscitação cardiopulmonar;

- Alteração das recomendações do Ministério da Saúde ou das sociedades científicas de referência (ex.: AHA);
- Modificação do perfil assistencial, capacidade instalada ou recursos tecnológicos disponíveis na unidade;
- Alteração dos fluxos de regulação e transferência intra e inter-hospitalar;
- Identificação de não conformidades, eventos adversos ou oportunidades de melhoria no atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória;
- Resultados de auditorias, monitoramento de indicadores de sobrevida ou avaliações internas que indiquem necessidade de alteração das condutas médicas.

17. Controle de Revisão e Histórico do Protocolo

Item	Definição
Documento	Protocolo Médico de Parada Cardiorrespiratória (PCR) Adulto e Pediátrico
Unidade de Aplicação	UPA Norte e UPA Sul
Responsável Técnico pela Atualização	Responsável Técnico Médico / Direção Técnica
Áreas Participantes	Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, NSP e demais setores envolvidos
Periodicidade Ordinária	Anual – a cada 12 meses
Revisão Extraordinária	Sempre que houver alteração normativa, científica, assistencial ou operacional relevante
Referências Principais	Diretrizes da American Heart Association (AHA) / ILCOR; Ministério da Saúde; CFM
Forma de Validação	Análise técnica, aprovação institucional e registro da versão vigente

V.1.9.5.2 – Protocolo de atendimento à parada cardiorrespiratória pediátrica no Pronto Atendimento

1. ESCOPO E PRINCÍPIOS

Aplica-se do lactente após o período neonatal até a criança sem sinais de puberdade, em PCR nas dependências da UPA ou admitida em ressuscitação. Como a maioria das PCR pediátricas decorre de insuficiência respiratória ou choque progressivos, prevenção, ventilação e oxigenação precoces são centrais.

Tratar enquanto avalia; não atrasar RCP para obter peso, acesso ou via aérea avançada.
Usar peso medido se disponível sem atraso; caso contrário, fita pediátrica/comprimento ou estimativa validada.

Registrar peso, concentração, dose em mg, volume em ml e energia em joules.
Manter o responsável informado por profissional designado, sem comprometer a ressuscitação.

2. RECONHECIMENTO DA DETERIORAÇÃO— PREVENIR A PCR

DOMÍNIO	SINAIS DE RISCO
Respiração	Apneia/gasping, esforço exaustivo ou em queda, cianose, alteração da consciência, baixa entrada de ar, hipoxemia.
Circulação	Taquicardia ou bradicardia, pulsos fracos, TEC prolongado, extremidades frias, hipotensão (achado tardio), oligúria.
Neurológico	Irritabilidade evoluindo para letargia, hipotonia, convulsão ou coma.
Ação	ABCDE, oxigênio/ventilação, acesso, glicemia, tratamento do choque/causa, acionamento precoce da equipe e regulação.

3. ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADES
Líder	Coordena algoritmo, peso/doses, causas reversíveis, transferência e comunicação.
Compressor	RCP de alta qualidade; troca a cada ~2 min.
Via aérea	BVM a duas pessoas, oxigênio, aspiração, via avançada e capnografia.
Desfibrilador	Pás pediátricas quando adequadas, energia em J/kg e segurança do choque.
Acesso/medicação	IV/IO, cálculo e dupla checagem de concentração/dose/volume.
Registro	Cronometra ciclos, ritmos, choque, fármacos, ROSC e contatos.
Apoio	Materiais, POCUS, laboratório, família, regulação e transporte.

4. RECONHECIMENTO DA PCR E RESPOSTA IMEDIATA

Garantir segurança, responsividade e respiração. Gasping é respiração anormal.

Checar pulso central por no máximo 10 segundos. Lactente: braquial ou femoral; criança: carotídeo ou femoral.

Sem pulso definido: acionar código, iniciar RCP com compressões e ventilações, oxigênio e monitor/DEA.

Pulso presente, porém, respiração inadequada: ventilar 20–30/min (1 a cada 2–3 s) e reavaliar pulso em 2 min.

FC <60/min com sinais de má perfusão apesar de oxigenação e ventilação eficazes: iniciar RCP.

FLUXO DE AVALIAÇÃO E RCP PEDIÁTRICA



VENTILAÇÃO É ESSENCIAL: Em lactentes e crianças, RCP com ventilações é preferida porque a causa frequentemente é hipóxica/asfíxica.

5. RCP PEDIÁTRICA DE ALTA QUALIDADE

ELEMENTO	LACTENTE	CRIANÇA
Frequência	100–120/min	100–120/min
Profundidade	≥1/3 do diâmetro AP, cerca de 4 cm	≥1/3 do diâmetro AP, cerca de 5 cm
Técnica	1 mão ou 2 polegares envolvendo o tórax; não usar 2 dedos	1 ou 2 mãos conforme tamanho
1 socorrista	30:2	30:2
≥2 profissionais	15:2	15:2
Via aérea avançada	Compressões contínuas + 20–30 ventilações/min	Compressões contínuas + 20–30 ventilações/min
Pausas	<10 s; retorno completo do tórax	<10 s; retorno completo do tórax



Figura 1. Técnicas de compressão pediátrica atualizadas em 2025.

6. ALGORITMO DE PCR PEDIÁTRICA

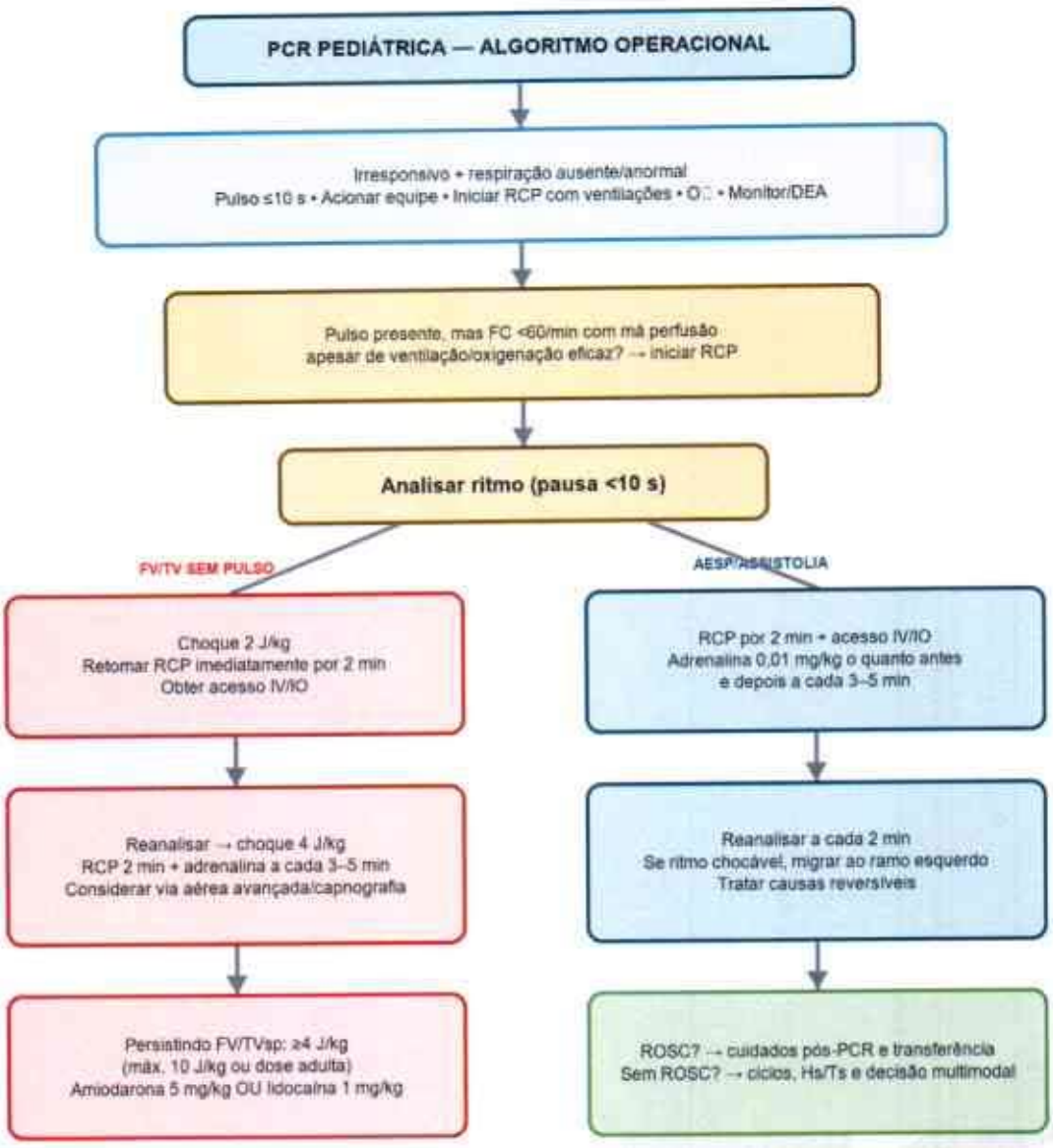


Figura 2. Algoritmo operacional de PCR pediátrica baseado na AHA/AAP 2025.

6.1 Desfibrilação

CHOQUE	ENERGIA
Primeiro	2 J/kg (faixa aceitável 2–4 J/kg; usar 2 J/kg facilita padronização).
Segundo	4 J/kg.
CHOQUE	**ENERGIA**
Seguintes	≥4 J/kg; pode aumentar, sem exceder 10 J/kg ou a dose máxima adulta.

Usar choque único e retomar RCP imediatamente por 2 min.

DEA deve ser conectado assim que possível; preferir atenuador/pás pediátricas. Se não houver, usar DEA sem atenuador é preferível a não desfibrilar.

Pás não podem se tocar; se o tórax for pequeno, usar posição anteroposterior.

Conferir energia em joules, não J/kg, antes do disparo; realizar checagem verbal de segurança.

6.2 Medicamentos durante PCR

MEDICAMENTO	DOSE PEDIÁTRICA	USO / ALERTA
Adrenalina	0,01 mg/kg IV/IO a cada 3–5 min; máximo 1 mg	Equivale a 0,1 mL/kg da solução 0,1 mg/mL (1:10.000). AESP/assistolia: o quanto antes.
Amiodarona	5 mg/kg IV/IO em bolus; máximo 300 mg	FV/TVsp refratária; pode repetir conforme algoritmo, máximo total 3 doses.
Lidocaína	1 mg/kg IV/IO	Alternativa à amiodarona na FV/TVsp; não associar rotineiramente.
Magnésio	25–50 mg/kg IV/IO; máximo 2 g	Torsades/hipomagnesemia; não rotineiro.
ALERTA DE CONCENTRAÇÃO: Não confundir adrenalina 0,1 mg/mL (1:10.000), usada IV/IO na PCR, com adrenalina 1 mg/mL (1:1.000). Exigir dupla checagem independente e leitura em voz alta.		

6.3 Acesso e via aérea

Preferir IV periférico; se não obtido rapidamente, usar IO.

BVM com duas pessoas quando possível. Volume apenas para elevação visível do tórax; evitar hiperventilação.

Não interromper RCP/choque para intubação. Dispositivo supraglótico é alternativa conforme treinamento.

Confirmar e monitorar tubo traqueal com capnografia em forma de onda, além da avaliação clínica. Tubo com cuff é aceitável; monitorar pressão do cuff e profundidade.

7. BRADICARDIA COM PULSO E MÁ PERFUSÃO

Manter via aérea, oxigênio, ventilação, monitor e acesso; tratar hipóxia, hipotensão, hipoglicemia, hipotermia, acidose e toxinas.

Se FC <60/min com comprometimento cardiopulmonar apesar de ventilação/oxigenação eficaz: iniciar RCP.

Adrenalina 0,01 mg/kg IV/IO a cada 3–5 min se persistir. Atropina 0,02 mg/kg (mín. 0,1 mg; máx. dose única 0,5 mg criança) quando houver aumento do tônus vagal ou bloqueio AV primário, conforme algoritmo local.

Considerar marcapasso transcutâneo em bloqueio AV completo ou disfunção do nó sinusal refratários, com especialista.

BRADICARDIA COM PULSO E MÁ PERFUSÃO

São Lucas Instituto



8. CAUSAS REVERSÍVEIS – HS E TS

CAUSA	PISTAS/INTERVENÇÃO
Hipovolemia	Hemorragia/perdas: controle de fonte, cristaloide/hemoderivados conforme choque e protocolo.
Hipóxia	Ventilar/oxigenar, verificar via aérea, equipamento, pneumotórax e doença pulmonar.
CAUSA	**PISTAS / INTERVENÇÃO**
H^+/distúrbios metabólicos	RCP/ventilação eficaz; tratar acidose, glicemia e eletrólitos conforme indicação.
Hipo/hipercalemia	Considerar em DRC, lise, drogas; tratamento específico com doses pediátricas.
Hipotermia	Reaquecimento e transferência para recurso apropriado.
Tensão no tórax	Descompressão imediata se pneumotórax hipertensivo.
Tamponamento	POCUS/contexto; drenagem por equipe habilitada.
Toxinas	CIATox e antídotos; naloxona não deve atrasar RCP.
Trombose pulmonar/coronária	Rara; contexto, cardiopatia, cateter, doença inflamatória; terapia especializada.

9. SITUAÇÕES ESPECIAIS

9.1 Obstrução de via aérea por corpo estranho

PACIENTE CONSCIENTE COM OBSTRUÇÃO GRAVE	CONDUTA
Lactente	Ciclos de 5 golpes nas costas e 5 compressões torácicas. Não fazer compressões abdominais.
Criança	Ciclos de 5 golpes nas costas e 5 compressões abdominais.
Torna-se inconsciente	Iniciar RCP; antes das ventilações, abrir a boca e remover apenas objeto visível. Não fazer varredura digital às cegas.

9.2 Afogamento, trauma, sepse e intoxicação

No afogamento / asfixia, priorizar ventilação com oxigênio e RCP completa. No trauma, controlar hemorragia e tratar causas obstrutivas, sem atrasar intervenções específicas. Na sepse, tratar choque e antimicrobianos conforme protocolo. Em intoxicação, contatar CIATox e usar antídotos específicos sem substituir RCP padrão.

10. CUIDADOS PÓS-ROSC

DOMÍNIO	CONDUTA NA UPA
Oxigenação	Usar O_2 a 100% até medida confiável; depois titular para SpO_2 94–99%, evitando hipóxia e hiperóxia.
Ventilação	Manter $PaCO_2$ apropriada à idade/condição; evitar hipo e hiperventilação.
Hemodinâmica	Manter PAS e PAM acima do percentil 10 para idade; fluidos e vasoativos individualizados.
Neurológico	Tratar convulsões; glicemia; pupilas e nível de consciência. Não realizar prognóstico precoce.
Temperatura	Medir continuamente, prevenir febre e seguir estratégia hospitalar protocolizada de controle de temperatura.
Diagnóstico	ECG, gasometria/lactato, eletrólitos, glicemia, função orgânica, eco/POCUS e imagem conforme causa.
Transferência	UTI pediátrica/serviço de referência; transporte com equipe, via aérea, ventilação, drogas e desfibrilador adequados.

10.1 Pressão arterial sistólica: limiar prático de hipotensão

IDADE	PAS ABAIXO DE
Neonato a termo (0–28 dias)	60 mmHg
Lactente (1–12 meses)	70 mmHg
1–10 anos	70 + (2 × idade em anos) mmHg
>10 anos	90 mmHg

Esses valores identificam hipotensão; após ROSC, a meta é manter PAS e PAM acima do percentil 10 para idade, individualizando pela condição clínica.

11. TABELA DE CONSULTA RÁPIDA POR PESO

Peso	Adrenalina 0,1 mg/mL	Amiodarona	Lidocaína	1º choque	2º choque	Limite 10 J/kg
3 kg	0.03 mg / 0.3 mL	15 mg	3 mg	6 J	12 J	30 J
5 kg	0.05 mg / 0.5 mL	25 mg	5 mg	10 J	20 J	50 J
10 kg	0.10 mg / 1.0 mL	50 mg	10 mg	20 J	40 J	100 J
15 kg	0.15 mg / 1.5 mL	75 mg	15 mg	30 J	60 J	150 J
20 kg	0.20 mg / 2.0 mL	100 mg	20 mg	40 J	80 J	200 J
25 kg	0.25 mg / 2.5 mL	125 mg	25 mg	50 J	100 J	250 J
30 kg	0.30 mg / 3.0 mL	150 mg	30 mg	60 J	120 J	300 J
40 kg	0.40 mg / 4.0 mL	200 mg	40 mg	80 J	160 J	360 J

USO SEGURO: Esta tabela é conferência auxiliar e não substitui fita pediátrica, cálculo independente e validação da Farmácia. Arredondamentos e limites devem seguir apresentações disponíveis e política local.

12. ENCERRAMENTO, FAMÍLIA E ASPECTOS ÉTICOS

A decisão de encerrar ressuscitação pediátrica cabe ao médico responsável e deve ser individualizada, considerando circunstâncias, tempo sem fluxo, qualidade da RCP, ritmos, resposta, causas reversíveis, prognóstico, diretivas válidas e normas institucionais. Nenhuma variável isolada — inclusive $ETCO_2$ ou POCUS — deve definir encerramento. Documentar fundamentos, participantes, horários e comunicação.

Sempre que seguro e possível, oferecer presença familiar com profissional de apoio e explicação contínua.

Após óbito, seguir fluxos SVO/IML, acolhimento, apoio psicossocial e respeito cultural/religioso.

Realizar debriefing técnico e emocional da equipe.

13. REGISTRO, TRANSFERÊNCIA E INDICADORES

CAMPO	REGISTRAR
Paciente	Idade, peso/fonte da estimativa, condição de base e causa presumida.
Tempos	Colapso, início RCP, código, monitor, choque, fármacos, via aérea, ROSC/encerramento e saída.
Ressuscitação	Ritmos, energias, doses/concentrações/volumes, IV/IO, $ETCO_2$, Hs/Ts e resposta.
Pós-ROSC	SpO_2, PA/PAM, ventilação, temperatura, glicemia, exames e suporte.
Comunicação	Família, regulação, receptor, aceite, equipe de transporte e pendências.

13.1 Indicadores sugeridos

Tempo até início da RCP e até primeiro choque em FV/TVsp. Proporção de doses com peso, concentração, mg e mL documentados. Adrenalina em até 5 min nos ritmos não chocáveis.

ROSC sustentado, transferência viva e desfecho neurológico quando disponível. Checagem do carro pediátrico, treinamento/simulação e debriefing por evento.

14. CHECKLIST DO CARRO PEDIÁTRICO

DEA/desfibrilador testado, atenuador e pás pediátricas, cabos e papel.

BVM neonatal/infantil/pediátrico, máscaras, cânulas, aspiração, supraglóticos, tubos, cuffômetro e capnografia.

Fita pediátrica, balança quando disponível, tabela de diluição/doses aprovada. IV/IO com tamanhos pediátricos, equipos, seringas, bombas e flush.

Medicamentos/concentrações padronizados, validade, lacre, formulário e EPI.