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

Faixa etária	Frequência respiratória máxima
0 a 2 meses	Até 60 respirações por minuto
3 a 11 meses	Até 50 respirações por minuto
12 meses a 5 anos	Até 40 respirações por minuto
6 a 8 anos	Até 30 respirações por minuto
Acima de 8 anos	Até 25 respirações por minuto

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM, a partir de parâmetros de referência da Organização Mundial da Saúde e do Pediatric Advanced Life Support.

A frequência cardíaca tem faixas etárias próprias, que não coincidem com as da frequência respiratória, e os seus limites são lidos como corte inferior e corte superior. Abaixo do primeiro valor caracteriza-se bradicardia e acima do segundo, taquicardia, e qualquer dos dois, isoladamente, já é discriminador de gravidade na criança, mesmo com aspecto geral preservado. A leitura considera a idade exata registrada no atendimento, e a criança cuja idade recaia no limite entre duas faixas é avaliada pela faixa mais conservadora, de modo que a dúvida não produza subclassificação.

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

Faixa etária	Bradicardia	Taquicardia
Neonato, até 30 dias	Abaixo de 100 batimentos por minuto	Acima de 180 batimentos por minuto
Lactente, de 1 mês a 1 ano	Abaixo de 90 batimentos por minuto	Acima de 160 batimentos por minuto
Criança, de 13 meses a 2 anos	Abaixo de 80 batimentos por minuto	Acima de 130 batimentos por minuto
Idade escolar, de 3 a 7 anos	Abaixo de 70 batimentos por minuto	Acima de 120 batimentos por minuto
Adolescente, de 8 a 14 anos	Abaixo de 60 batimentos por minuto	Acima de 110 batimentos por minuto

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM, a partir de parâmetros de referência da Organização Mundial da Saúde e do Pediatric Advanced Life Support.

A pressão arterial fecha a referência pediátrica e é o parâmetro de leitura mais delicada, porque a hipotensão na criança é sinal tardio e aparece quando a compensação já falhou. Por isso os valores adiante expressam a faixa de normalidade, e não o limite de alarme, e a sua interpretação é sempre associada à frequência cardíaca, ao enchimento capilar, ao nível de consciência e ao aspecto geral. A faixa não se aplica ao neonato, cuja aferição não integra a rotina de classificação, e a aferição na criança exige manguito proporcional ao braço, cuja ausência invalida a medida.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

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

Faixa etária	Pressão sistólica	Pressão diastólica	Pressão média
Lactente, de 1 a 12 meses	72 a 104 mmHg	37 a 56 mmHg	50 a 62 mmHg
Primeira infância, de 1 a 2 anos	86 a 106 mmHg	42 a 63 mmHg	49 a 62 mmHg
Pré-escolar, de 3 a 5 anos	89 a 112 mmHg	46 a 72 mmHg	58 a 69 mmHg
Escolar, de 6 a 9 anos	97 a 115 mmHg	57 a 76 mmHg	66 a 72 mmHg
Pré-adolescente, de 10 a 12 anos	102 a 120 mmHg	61 a 80 mmHg	71 a 79 mmHg
Adolescente, de 12 a 15 anos	110 a 131 mmHg	64 a 83 mmHg	73 a 84 mmHg

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM, a partir de parâmetros de referência da Organização Mundial da Saúde e do Pediatric Advanced Life Support.

O protocolo produz registro em quatro frentes, todas no prontuário eletrônico. A primeira é a classificação propriamente dita, com a categoria atribuída, os discriminadores identificados e o horário. A segunda são os sinais vitais aferidos e as observações de enfermagem, na forma da Resolução COFEN nº 754, de 16 de maio de 2024 (COFEN, 2024c). A terceira é a identificação visual da categoria, quando adotada. E a quarta é toda reavaliação realizada durante a espera, com horário e justificativa. O horário da classificação é gravado pelo próprio sistema no momento do salvamento, e não digitado, porque é o marco inicial de um dos indicadores pactuados nesta parceria e não pode depender de preenchimento posterior (PALMAS, 2026).

A dimensão de segurança do paciente é tratada por cinco barreiras embutidas na própria rotina de classificação (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013). A primeira é a identificação correta do usuário durante todo o processo de classificação e de espera, com pelo menos dois identificadores. A segunda é a comunicação efetiva e imediata à equipe médica de todo usuário classificado nas categorias vermelha e laranja. A terceira é o monitoramento ativo da sala de espera, com reavaliação dentro do tempo-alvo de cada categoria e diante de qualquer queixa de piora. A quarta é a atenção redobrada a sinais de deterioração clínica e à alteração do nível de consciência. E a quinta é a vedação absoluta de que usuário classificado deixe o serviço sem avaliação médica.

Quando essas barreiras falham, o tratamento da falha é definido e imediato. Subclassificação, superclassificação, atraso na reavaliação e piora clínica não identificada durante a espera são comunicadas de imediato ao enfermeiro coordenador do turno e à direção local, registradas no prontuário do usuário e notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente, que analisa o caso, classifica o grau do dano e propõe medida de melhoria. A análise não busca responsável individual, e busca a falha do processo que permitiu o

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

evento, porque é ela que se repete no plantão seguinte. A devolutiva da análise retorna à equipe que notificou, para que a medida proposta seja reconhecida como consequência da notificação.

O monitoramento do protocolo observa prioritariamente os indicadores desta parceria, em especial o tempo porta-médico por classificação de risco e a taxa de cobertura da classificação na demanda espontânea (PALMAS, 2026). A entidade acompanha, além deles, três indicadores internos de gestão: o tempo médio entre a chegada e a classificação, obtido pela soma dos intervalos dividida pelo número de usuários classificados no período; o percentual de usuários atendidos dentro do tempo-alvo da sua categoria; e o percentual de reclassificações por alteração do quadro clínico durante a espera.

Esses indicadores têm patamar declarado, para que o acompanhamento produza decisão e não apenas número. As metas internas de gestão são de quinze minutos entre a chegada e a classificação no plantão diurno e de dez minutos no noturno; de noventa e cinco por cento de atendimento dentro do tempo-alvo nas categorias vermelha e laranja, noventa por cento na amarela e oitenta e cinco por cento na verde e na azul; e o acompanhamento do percentual de reclassificações, sem patamar de corte, porque a elevação desse indicador expressa vigilância ativa da sala de espera. A apuração é diária, pelo enfermeiro coordenador de plantão, com validação mensal do Responsável Técnico de Enfermagem e revisão trimestral das metas pela direção da unidade.

Quadro 28 - Indicadores internos de acompanhamento da classificação de risco

Indicador interno	Fórmula	Periodicidade
Tempo médio entre a chegada e a classificação de risco	Soma dos tempos entre a chegada e a classificação, dividida pelo número de usuários classificados no período	Mensal
Percentual de usuários atendidos dentro do tempo-alvo da sua categoria	Número de atendidos dentro do tempo-alvo dividido pelo número total de classificados, multiplicado por 100	Mensal
Percentual de reclassificações por alteração do quadro clínico durante a espera	Número de reclassificações dividido pelo número total de usuários em espera, multiplicado por 100	Mensal

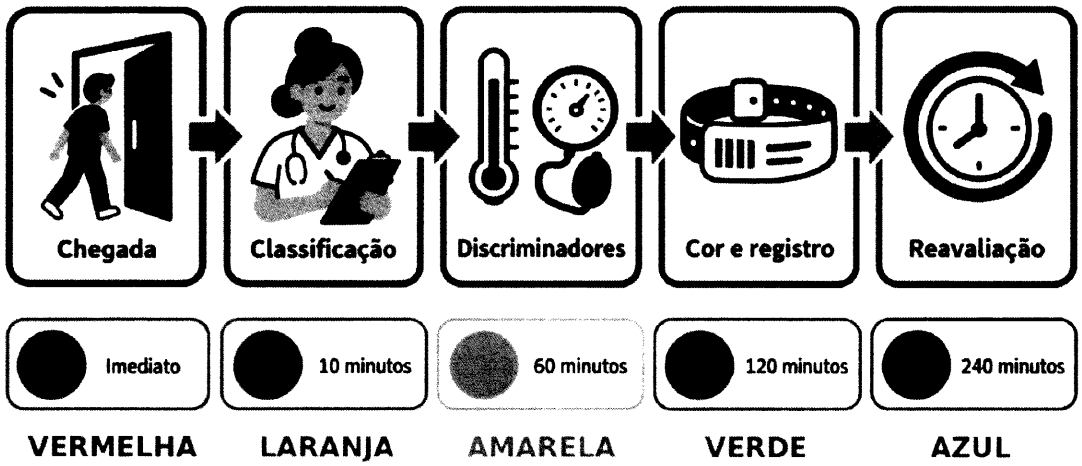
Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da ASM, adaptado às UPAs 24 horas Norte e Sul de Palmas.

As referências técnicas que sustentam o protocolo são declaradas no próprio documento e orientam cada revisão. São elas a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de

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

novembro de 2002 (BRASIL, 2002); a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2017c); o documento Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009); a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014); a Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021 (COFEN, 2021); a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024); a Resolução COFEN nº 754, de 16 de maio de 2024 (COFEN, 2024c); a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2025); e as diretrizes de suporte avançado de vida em pediatria da American Heart Association (AHA, 2025).

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



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Protocolo de Classificação de Risco da ASM, adaptado às UPAs 24 horas Norte e Sul de Palmas.

Adaptado à realidade das duas unidades, o protocolo ganha três determinações operacionais próprias desta parceria. A primeira é a cobertura do posto de classificação pelo horário real da procura, e não pela média do dia, de modo que a UPA Norte opere as suas três salas e a UPA Sul as suas quatro com reforço no intervalo das oito às dez horas e na segunda-feira. A segunda é a exibição automática, pelo sistema, da faixa pediátrica correspondente à idade informada, medida que responde à proporção de menores de doze anos verificada nas unidades. A terceira é a ronda horária obrigatória da sala de espera, com reavaliação de cada usuário dentro do tempo-alvo da sua categoria e reclassificação de quem apresenta piora ou já ultrapassou esse tempo, que responde ao percentual de usuários que hoje deixam a unidade antes do atendimento médico.

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

Nenhuma das três se sustenta sem verificação externa ao plantão que a executa. As três são auditadas pelo Responsável Técnico de Enfermagem e reportadas, com os indicadores do protocolo, no relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

V.1.1.4 Níveis de prioridade e tempos-alvo para a primeira avaliação médica

A classificação só produz efeito se a cor atribuída governar efetivamente a ordem de chamada e se houver compromisso de tempo associado a cada cor. Sem isso, a classificação vira um registro burocrático que não muda nada para quem está esperando, e o enfermeiro passa a ser responsabilizado por uma fila que ninguém usa. Nas UPAs 24 horas Norte e Sul os cinco níveis de prioridade, os tempos-alvo entre a classificação e o primeiro atendimento médico e os percentuais de cumprimento são os do instrumento desta parceria, e a organização interna das duas unidades é montada para cumpri-los nível a nível (PALMAS, 2026).

Os tempos-alvo correm da classificação de risco ao primeiro atendimento médico, e os dois marcos são gravados pelo sistema, sem digitação. O marco inicial é o registro da classificação e o marco final é o registro do primeiro atendimento. Os percentuais indicam a proporção de usuários de cada cor que precisa ser atendida dentro do seu tempo-alvo para que a meta seja considerada cumprida, e cada cor é apurada isoladamente, com nota própria, o que impede que o bom desempenho em uma compense o mau desempenho em outra. Essa separação por cor é o que obriga a unidade a tratar as cinco faixas como cinco compromissos distintos.

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

Cor e nível	Tempo-alvo	Meta	Situações típicas	Organização do atendimento
Vermelha, emergência	Atendimento imediato, assim considerado o tempo não superior a 5 minutos	≥ 95%	Comprometimento de via aérea, respiração ineficaz, choque, parada cardiorrespiratória, usuário não responsivo	Não aguarda em nenhuma hipótese. Conduzido diretamente à sala de estabilização pelo enfermeiro classificador, com acionamento do médico por chamada direta e registro do horário do acionamento
Laranja, muito urgente	Até 10 minutos	≥ 95%	Grande hemorragia incontrolável, alteração do nível de consciência, dor intensa, hiperpirexia, instabilidade iminente	Encaminhado ao consultório com prioridade sobre os demais ou diretamente à estabilização, conforme a avaliação do enfermeiro. Chamada antecipada e, quando necessário, interrupção da sequência em curso

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Cor e nível	Tempo-alvo	Meta	Situações típicas	Organização do atendimento
Amarela, urgente	Até 60 minutos	≥ 90%	Vômitos persistentes, dor moderada, alteração dos sinais vitais, febre alta	Aguarda em área monitorada, com reavaliação horária. Prioridade sobre verde e azul na chamada, com prioridades legais aplicadas dentro da própria cor
Verde, pouco urgente	Até 120 minutos	≥ 85%	Dor leve, febrícula, vômitos isolados, quadro recente sem sinais de deterioração	Atendido em consultório dedicado ao fluxo de menor gravidade, para não competir com o fluxo do amarelo, com reavaliação horária na espera
Azul, não urgente	Até 240 minutos	≥ 85%	Demais casos não urgentes, de longa evolução e sem sinais de deterioração	Atendido no mesmo fluxo de menor gravidade, com orientação sobre o tempo estimado e sobre os pontos da rede adequados à continuidade do cuidado

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Anexo II do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e do Protocolo de Classificação de Risco da ASM.

Há uma leitura dessas metas que orienta toda a organização da unidade. As cores de maior gravidade exigem percentual mais alto sobre um volume pequeno de usuários, e as de menor gravidade exigem percentual mais baixo sobre um volume muito maior. O vermelho e o laranja se cumprem com disciplina de acionamento, porque não dependem de capacidade instalada e dependem de ninguém deixar o usuário esperar. O verde e o azul, ao contrário, dependem inteiramente de capacidade: com cerca de quatrocentos atendimentos por dia em uma unidade e quatrocentos e cinquenta na outra, concentrados em setenta por cento no plantão diurno, não há como manter oitenta e cinco por cento dos verdes dentro de duas horas sem consultório disponível no horário de pico.

Daí decorrem três decisões de organização, tomadas na construção da escala e não durante o plantão. A primeira é dimensionar o posto de classificação pelo horário real da procura, e não pela média do dia. A segunda é separar fisicamente o fluxo de menor gravidade do fluxo de maior gravidade, destinando consultório próprio ao verde e ao azul, de modo que o usuário de baixa complexidade não dispute a mesma porta do usuário amarelo e, ao mesmo tempo, não fique indefinidamente para trás. A terceira é tratar a segunda-feira como dia atípico em ambas as unidades, com escala reforçada, porque é o dia de maior procura nas duas e a concentração decorre do fechamento da Atenção Primária no fim de semana.

O amarelo merece tratamento próprio, e é nele que a unidade concentra a vigilância da espera. É a cor de maior risco entre as que aguardam, porque reúne usuários com alteração de sinais vitais ou dor moderada que podem deteriorar durante a espera de

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

até uma hora, intervalo suficiente para que uma descompensação se instale sem que ninguém esteja olhando. Por isso o usuário classificado como amarelo aguarda em área monitorada, com visibilidade direta do posto de enfermagem, e é reavaliado pelo enfermeiro classificador a cada hora, sem exceção. A unidade trata a reavaliação do amarelo como obrigação clínica, e não como cortesia dispensável em dia de movimento.

O compromisso com os tempos-alvo é verificado diariamente, e não no fechamento do mês, quando já não há o que corrigir. O painel do dia seguinte traz o percentual de cumprimento de cada uma das cinco cores, por turno, e a direção local identifica em qual cor, em qual turno e por qual causa o resultado ficou fora da faixa. Quando a causa é de capacidade, a resposta é remanejamento de consultório e revisão da escala da semana seguinte. Quando é de fluxo, a resposta é ajuste do percurso. Quando é de registro, a resposta é correção no mesmo dia e capacitação dirigida ao turno em que o marco deixou de ser lançado.

A produção do painel e o tratamento do desvio têm responsável e prazo nominados. O coordenador administrativo da unidade publica o painel até as nove horas do dia seguinte, com o percentual de cumprimento de cada cor por turno e a taxa de completude dos marcos de horário. O Responsável Técnico Médico e o Responsável Técnico de Enfermagem analisam o painel na mesma manhã e, quando qualquer cor fica abaixo da meta por três dias seguidos, abrem plano de ação escrito em até dois dias úteis, com causa identificada, medida, responsável nominado e prazo. O resultado é reapurado na semana seguinte e informado no relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

V.1.1.5 Reclassificação e busca ativa na sala de espera

A sala de espera é o ponto cego da urgência. O usuário foi avaliado, recebeu uma cor e, a partir dali, costuma sair do campo de visão da equipe até ser chamado. É nesse intervalo que o quadro muda sem que ninguém perceba, que o usuário desiste e vai embora, e que nasce a maior parte do conflito com acompanhantes. Os dados das duas unidades mostram o tamanho do problema: um por cento dos usuários da UPA 24 horas Norte e dois vírgula um por cento dos da UPA 24 horas Sul deixam a unidade sem

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

aguardar o atendimento médico, o que corresponde a cerca de cento e dezenove e duzentos e noventa pessoas por mês (PALMAS, 2026).

A Associação Saúde em Movimento trata a espera como etapa assistencial, e não como intervalo administrativo, e dessa escolha decorrem três consequências operacionais. Alguém é nominalmente responsável por ela, a ronda tem periodicidade expressa em minutos e tudo o que acontece ali é registrado no prontuário eletrônico. A responsabilidade é do enfermeiro classificador do turno, apoiado pelo técnico de enfermagem, sob supervisão do Responsável Técnico de Enfermagem da unidade, e integra o Processo de Enfermagem conduzido desde a classificação (COFEN, 2024). Nenhuma dessas atribuições depende de disponibilidade: elas constam da descrição do posto e são conferidas na passagem de plantão, junto com a lista nominal de quem permanece aguardando.

A ronda horária é o instrumento central dessa vigilância. A cada hora o enfermeiro classificador percorre a sala de espera com a lista dos usuários aguardando, extraída do sistema e ordenada por cor e por horário de classificação, e cumpre quatro objetivos nesta ordem: identificar quem apresenta sinal de piora; identificar quem já ultrapassou o tempo-alvo da sua cor; chamar nominalmente quem não respondeu à chamada anterior; e informar a cada usuário quanto tempo ainda deve esperar. A ronda é registrada no sistema com horário e identificação do enfermeiro, e os usuários verificados ficam marcados, de modo que a ronda seguinte saiba quem já foi visto e quando, sem depender da memória de quem a conduziu.

Reclassificar é refazer a avaliação e atribuir nova cor, e não simplesmente adiantar a chamada, distinção que precisa estar clara para que o instrumento não se converta em atalho. A reclassificação ocorre em quatro situações: quando o usuário apresenta sinal de piora identificado na ronda; quando o usuário ou o acompanhante informa piora, hipótese em que a reavaliação é imediata e não aguarda a próxima ronda; quando o tempo de espera ultrapassa o tempo-alvo da cor atribuída; e quando o resultado de exame já realizado altera o quadro. A nova avaliação segue o mesmo protocolo da classificação inicial, com aferição de sinais vitais e aplicação dos discriminadores, e gera registro da nova cor, do horário e do motivo (ASM, 2026b). A reclassificação para cima, de uma cor menos grave para uma mais grave, aciona comunicação imediata à equipe médica.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A busca ativa impede que a ausência momentânea seja tratada como desistência. Quando o usuário não responde à chamada, a unidade não o dá por perdido na primeira tentativa: o recepcionista de plantão repete a chamada por nome completo, por voz e com reforço na comunicação visual da área de espera, três vezes, com cinco minutos de intervalo entre elas. Persistindo a ausência, o enfermeiro verifica os ambientes próximos, incluindo banheiros e área externa coberta, porque parte das ausências decorre de deslocamento momentâneo e não de abandono do atendimento. Confirmada a ausência, a evasão é registrada no sistema com horário e, quando a informação estiver disponível, com o motivo informado pelo acompanhante ou por terceiros.

Esse registro tem duas consequências que convém separar. Permite que o episódio seja corretamente excluído do cálculo dos indicadores de tempo, e permite que a direção local analise semanalmente o perfil das evasões, por cor, por turno e por tempo de espera acumulado, para identificar em que momento do dia a unidade está perdendo usuários. Boa parte da evasão, aliás, não decorre de melhora do quadro, e sim de incerteza, porque quem não sabe quanto vai esperar tende a desistir antes de quem sabe. Por isso a unidade informa, na classificação e a cada ronda, o tempo estimado de espera e a razão da ordem de atendimento.

Quadro 30 - Rotina de vigilância da sala de espera

Ação	Periodicidade	Responsável	Registro gerado
Ronda da sala de espera com lista ordenada por cor e horário de classificação	A cada hora, em todos os turnos	Enfermeiro classificador, com apoio do técnico de enfermagem	Ronda registrada com horário, identificação do enfermeiro e marcação dos usuários verificados
Verificação de sinais de piora e de tempo de espera excedido	Na ronda e a qualquer momento, mediante informação do usuário ou do acompanhante	Enfermeiro classificador	Registro da verificação e, quando houver, da reclassificação
Reclassificação com nova aferição de sinais vitais e aplicação dos discriminadores	Sempre que configurado o gatilho	Enfermeiro classificador	Nova cor, horário e motivo da reclassificação, com comunicação à equipe médica quando houver agravamento
Chamada nominal repetida três vezes, com cinco minutos de intervalo, no painel e por voz	Quando o usuário não responde à senha	Recepção e enfermeiro classificador	Registro das tentativas de chamada

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Ação	Periodicidade	Responsável	Registro gerado
Verificação dos ambientes próximos antes de registrar a ausência	Após as três chamadas	Enfermeiro classificador	Registro da verificação
Registro da evasão com horário e, quando disponível, motivo	Confirmada a ausência	Recepção ou enfermagem	Evasão registrada no episódio
Informação do tempo estimado de espera e da razão da ordem de atendimento	Na classificação e a cada ronda	Enfermeiro classificador	Orientação registrada na evolução
Análise do perfil das evasões por cor, turno e tempo de espera acumulado	Semanal	Direção local, com a área de qualidade	Ata da reunião semanal de gestão, com plano de ação quando necessário

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

A comunicação da sala de espera completa essa informação individual com orientação permanente e acessível. A área de espera mantém comunicação visual explicando, em linguagem simples, que o atendimento é ordenado pela gravidade e não pela chegada, e que a prioridade legal da pessoa idosa, da criança, da gestante e da pessoa com deficiência é aplicada dentro de cada cor (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003). A assistência social é acionada quando a espera envolve usuário em situação de vulnerabilidade, acompanhante em sofrimento ou conflito que a equipe de acolhimento não consiga resolver, e a sua intervenção é registrada no episódio, de modo que a ocorrência não se resolva apenas verbalmente e fique disponível para análise posterior.

A vigilância da espera tem efeito direto sobre três indicadores desta parceria. Reduz a evasão e, com ela, a perda de usuários sem atendimento, o que melhora a satisfação e preserva a produção registrada. Mantém o tempo porta-médico dentro da faixa, porque a reclassificação corrige a ordem antes que o tempo-alvo seja ultrapassado. E sustenta a taxa de cobertura da classificação, porque a evasão registrada é corretamente excluída do cálculo enquanto a evasão silenciosa derruba o indicador. A rotina descrita não é, portanto, apenas um cuidado com quem espera: é também a forma mais econômica de proteger o resultado pactuado, já que não depende de ampliação de estrutura e sim de disciplina de ronda e de registro.

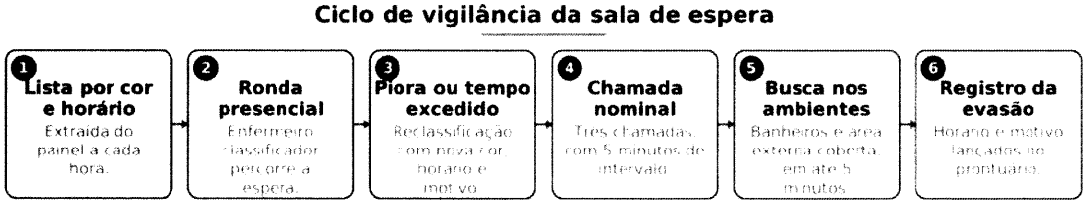
Nas duas unidades a rotina é a mesma, e o que difere é a intensidade com que ela precisa ser aplicada. Na UPA 24 horas Sul, onde a evasão é mais do que o dobro da verificada na Norte e a proporção de menores de doze anos chega a quase um em cada

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

seis usuários, a ronda horária conta com apoio fixo de técnico de enfermagem durante o plantão diurno e a comunicação visual da sala de espera inclui orientação específica para acompanhantes de crianças. Na UPA 24 horas Norte, onde a espera é menor em volume, o esforço se concentra na segunda-feira e no intervalo das oito às dez horas, que concentram o pico das duas unidades.

A medição e a resposta à falha têm responsável, periodicidade e meta declarados. O Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade analisa o relatório semanal de evasões toda segunda-feira, com indicador próprio de percentual de usuários que deixam a unidade sem atendimento médico e meta interna de gestão de até um e meio por cento na UPA 24 horas Norte e de até dois por cento na UPA 24 horas Sul. Resultado acima da meta por duas semanas seguidas aciona plano de ação em até três dias úteis, com reforço do posto de classificação na faixa das oito às dez horas e na segunda-feira, e o indicador integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

Figura 11 - Ciclo de vigilância da sala de espera



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

V.1.1.6 Funcionamento da sala de estabilização: critérios de admissão, composição da equipe e rotina de acionamento da regulação

A sala de estabilização é o ambiente em que a unidade de pronto atendimento faz aquilo que nenhum outro ponto da rede faz no mesmo tempo: reconhece a ameaça à vida, sustenta as funções vitais e prepara o usuário para o destino definitivo. É também o ambiente em que o erro tem consequência imediata, porque não há intervalo entre a falha e o dano, e por isso o seu funcionamento depende menos de improviso e mais de rotina escrita, material conferido e equipe treinada. Nas UPAs 24 horas Norte e Sul essa exigência é permanente, já que a chegada do caso grave não tem hora marcada e ocorre nos dois plantões.

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

O desenho da sala observa a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e define a sala de estabilização como ambiente obrigatório das portas de urgência (BRASIL, 2002), a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014, quanto à presença médica e à responsabilidade técnica (CFM, 2014), e a Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, quanto ao modelo assistencial das unidades de Porte III (BRASIL, 2017f). As condutas seguem as diretrizes das sociedades de especialidade e os protocolos assistenciais de urgência da entidade (ASM, 2026f), e o suporte avançado de vida observa as recomendações vigentes da American Heart Association para adultos, pediatria e neonatologia (AHA, 2025).

A sala de estabilização de cada unidade opera nas vinte e quatro horas, com acesso direto da entrada principal e da entrada de ambulâncias, e permanece sempre pronta para receber, mesmo quando vazia, condição que só se mantém com conferência de turno. Na UPA 24 horas Norte há posição reservada à pediatria dentro da própria sala, o que permite atender simultaneamente adulto e criança em situação crítica sem improvisar ambiente. Na UPA 24 horas Sul a capacidade é dedicada ao conjunto, e o atendimento pediátrico crítico utiliza material e parâmetros pediátricos próprios, mantidos em carro de emergência específico. As duas salas dispõem de monitores multiparamétricos, cardioversor com desfibrilador, ventiladores mecânicos, bombas de infusão, aspiradores de secreção, oxímetros, eletrocardiógrafo, oxigênio canalizado com reserva de cilindros e carro de emergência completo.

A admissão na sala não depende da cor atribuída na classificação, e sim da condição clínica apresentada. O usuário é admitido quando apresenta ameaça atual ou iminente às funções vitais, e a decisão de admissão é do médico plantonista, salvo quando o enfermeiro classificador identifica a gravidade na porta e conduz o usuário diretamente, hipótese em que o médico é acionado por chamada direta e a admissão é confirmada na avaliação. Essa ressalva é essencial em uma porta aberta, porque a gravidade se manifesta com frequência antes de qualquer registro, e o enfermeiro classificador é quem está no caminho da entrada. Os critérios de admissão são afixados na própria sala, para conferência imediata por quem assume o plantão.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 31 - Critérios de admissão na sala de estabilização

Grupo	Situações
Via aérea e respiração	Parada respiratória; obstrução ou ameaça de obstrução de via aérea; insuficiência respiratória aguda com esforço importante, cianose ou uso de musculatura acessória; saturação de oxigênio abaixo de 90% sem resposta à oferta inicial; necessidade de ventilação assistida ou de intubação
Circulação	Parada cardiorrespiratória; choque de qualquer origem; hipotensão com sinais de hipoperfusão; arritmia com instabilidade hemodinâmica; hemorragia exsanguinante ou não controlada por compressão; dor torácica com alteração eletrocardiográfica sugestiva de síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento
Neurológico	Rebaixamento do nível de consciência com Escala de Coma de Glasgow igual ou inferior a 8; crise convulsiva prolongada ou subentrante; déficit neurológico agudo compatível com acidente vascular cerebral dentro da janela terapêutica; agitação psicomotora com risco à vida própria ou de terceiros
Metabólico e infeccioso	Hipoglicemia grave com rebaixamento; cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar; sepse com disfunção orgânica; hipertermia grave ou hipotermia
Trauma e causas externas	Trauma com instabilidade hemodinâmica ou respiratória; trauma cranioencefálico com alteração de consciência; grande queimado; intoxicação exógena grave; afogamento; choque elétrico; acidente por animal peçonhento com manifestação sistêmica
Anafilaxia e alérgicos	Anafilaxia; angioedema com comprometimento de via aérea
Obstétrico e pediátrico	Emergência obstétrica com risco materno ou fetal; criança com sinais de descompensação respiratória, desidratação grave ou rebaixamento de consciência, avaliada pelos parâmetros pediátricos de referência

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir dos protocolos assistenciais institucionais e das diretrizes das sociedades de especialidade.

O atendimento crítico não é feito por quem estiver disponível, e sim por uma equipe com papéis definidos antes do evento. Na ativação, a sala é assumida pelo médico plantonista designado para as áreas críticas, pelo enfermeiro assistencial da área crítica e pelos técnicos de enfermagem designados na escala, com apoio do técnico de farmácia para a separação de medicamentos e do maqueiro para o transporte. Cada profissional sabe, antes de entrar na sala, qual é a sua posição: quem comanda, quem cuida da via aérea, quem realiza as compressões, quem administra os medicamentos, quem registra os tempos e quem comunica a família. A definição prévia das posições é o que evita duas pessoas fazendo a mesma coisa e nenhuma fazendo a que falta.

Quadro 32 - Posições e atribuições da equipe no atendimento crítico

Posição	Quem assume	Atribuições
Comando	Médico plantonista das áreas críticas	Coordena o atendimento, define as condutas, verbaliza as decisões em voz alta, determina o fim das manobras e decide a transferência
Via aérea	Médico, com apoio do enfermeiro	Garante a permeabilidade da via aérea, ventila, procede à intubação quando indicada e confirma o posicionamento

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

Posição	Quem assume	Atribuições
Compressões e circulação	Técnicos de enfermagem, em revezamento a cada dois minutos	Executa as compressões torácicas, instala acesso venoso sob supervisão e opera o desfibrilador conforme determinação do comando
Medicamentos	Enfermeiro assistencial	Prepara e administra os medicamentos prescritos, confere dose e via em voz alta e registra horário de cada administração
Registro e tempos	Enfermeiro ou técnico designado	Registra os horários de cada intervenção, o ritmo identificado, os choques aplicados e os medicamentos administrados, em formulário próprio e no prontuário eletrônico
Apoio logístico	Técnico de farmácia e maqueiro	Repõe material e medicamento durante o atendimento e prepara o transporte interno ou externo
Comunicação com a família	Assistente social, com o médico do comando	Informa a família sobre a situação, acompanha a espera e organiza a comunicação de notícia difícil quando necessária

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

A prontidão do material é tratada com a mesma formalidade da escala. O carro de emergência é mantido lacrado com lacre numerado, e o número do lacre é anotado em planilha própria. A conferência externa é diária, por turno, e verifica a integridade do lacre, a validade do conjunto e o funcionamento do cardioversor com desfibrilador, que é testado em todos os turnos com registro do resultado. A conferência interna completa, item a item, ocorre sempre que o lacre é rompido e, independentemente de uso, uma vez por mês. Após cada utilização o carro é reposto de imediato, conferido pelo enfermeiro e relacrado com novo número, e a unidade não encerra o turno com carro de emergência incompleto. Material vencido ou em falta gera registro de ocorrência com causa identificada, porque falta repetida é problema de parâmetro de estoque.

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

Item	Verificação	Periodicidade	Responsável	Registro
Lacre do carro de emergência	Integridade e correspondência do número com a planilha	A cada turno	Enfermeiro da área crítica	Planilha de lacre, com número e assinatura
Desfibrilador e cardioversor	Teste de carga e de descarga, bateria e integridade das pás	A cada turno	Enfermeiro da área crítica	Registro do teste, com resultado
Conteúdo do carro de emergência	Conferência item a item, com quantidade e validade	Mensal e sempre que o lacre for rompido	Enfermeiro da área crítica, com apoio da farmácia	Lista de verificação assinada e novo lacre numerado
Ventiladores mecânicos	Teste funcional, circuito e alarmes	A cada turno e após cada uso	Enfermeiro da área crítica	Registro do teste
Bombas de infusão, monitores e oxímetros	Funcionamento, bateria e calibração vigente	A cada turno, com calibração conforme o plano anual	Enfermeiro da área crítica, com engenharia clínica	Registro do teste e laudo de calibração

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

Item	Verificação	Periodicidade	Responsável	Registro
Oxigênio canalizado e cilindros de reserva	Pressão da rede, disponibilidade e validade dos cilindros, funcionamento dos alarmes	Diária	Coordenação administrativa	Registro diário de verificação
Reposição após uso	Reposição imediata de todo item utilizado	Imediatamente após cada uso	Enfermeiro da área crítica	Lista de verificação de reposição e novo lacre

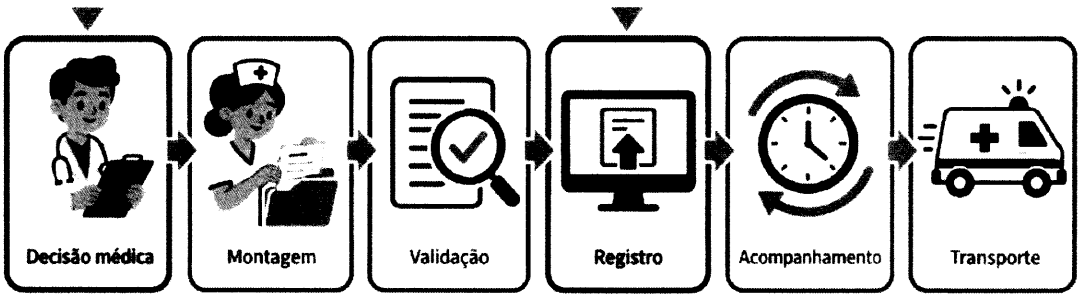
Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Identificada a situação crítica, o acionamento é feito por chamada direta, e não por senha ou fila. O profissional que identifica aciona o médico por comunicação verbal direta, sem intermediação, e a equipe designada se desloca imediatamente para as suas posições. O horário do acionamento e o horário da chegada do médico são registrados, porque é desse par de registros que se verifica, depois, se o compromisso de atendimento imediato foi cumprido, e não de declaração posterior de quem participou. Durante o atendimento, as decisões são verbalizadas em voz alta pelo comando e confirmadas por quem executa, prática que reduz erro de dose e de via e que é treinada nas simulações conduzidas pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

Estabilizado o usuário, ou simultaneamente à estabilização quando a gravidade assim exigir, o médico define o destino. Constatada a necessidade de transferência, a decisão é registrada no prontuário com horário, e o enfermeiro designado para a articulação com a regulação monta a solicitação ao Complexo Regulador Estadual com o resumo clínico, os sinais vitais, os exames realizados, a classificação de risco e as medidas já adotadas, e a registra no sistema. O médico valida o conteúdo clínico antes do envio, mas não preenche a solicitação, para não ser retirado da assistência. A entidade trabalha com meta interna de gestão de trinta minutos entre a decisão e o registro, mais apertada do que o compromisso desta parceria (PALMAS, 2026).

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

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



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Enquanto a vaga não é definida, o caso permanece em acompanhamento ativo, com reiteração registrada a cada duas horas pelo enfermeiro designado para a articulação com a regulação, que anota no prontuário o horário de cada reiteração e a resposta obtida, com comunicação ao Responsável Técnico Médico decorridas seis horas sem definição de vaga e à direção da unidade decorridas doze horas. Quando a remoção exige suporte avançado de vida, o médico aciona a Central de Regulação das Urgências e o SAMU 192, registrando o acionamento, o horário e a resposta obtida. Quando o transporte pode ser feito em suporte básico e há autorização do Complexo Regulador Estadual, a unidade utiliza a sua própria ambulância do Tipo B, com a tripulação dedicada.

O deslocamento do usuário crítico, dentro ou fora da unidade, obedece ao mesmo padrão de cuidado da sala. O usuário que precisa sair para realizar exame é transportado com monitorização, acompanhado por médico ou por enfermeiro conforme a gravidade, com material de via aérea e medicamentos de emergência disponíveis, e o deslocamento é registrado com horário de saída e de retorno. O mesmo cuidado se aplica ao embarque na ambulância, com conferência da identificação do usuário por dois identificadores, dos documentos, do resumo clínico e das condições do veículo antes da partida. A conferência é feita pelo enfermeiro assistencial da área crítica e registrada no episódio, de modo que a saída do usuário da unidade tenha a mesma rastreabilidade da sua entrada.

Cada atendimento crítico gera registro completo com os tempos de cada intervenção e é revisado pelo Responsável Técnico Médico da unidade. Os óbitos são levados à Comissão de Revisão de Óbitos e os eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, nos termos do programa nacional de segurança do paciente e das ações exigidas dos serviços de saúde (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013). A equipe das duas

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

unidades participa de simulação realística periódica de parada cardiorrespiratória do adulto e da criança, conduzida pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde, com registro de participação e avaliação de desempenho da equipe, e não apenas do indivíduo. Simulação não é curso: é ensaio da equipe que de fato vai estar na sala no próximo evento.

A composição da equipe da sala é fixa por plantão, e não montada no momento da ativação. A sala de estabilização da UPA 24 horas Norte opera seis leitos, um deles reservado à pediatria, e a da UPA 24 horas Sul opera quatro leitos, com material e parâmetros pediátricos mantidos em carro de emergência específico. Em cada unidade e em cada plantão, a sala tem equipe fixa composta por médico clínico designado para as áreas críticas, enfermeiro assistencial e técnicos de enfermagem, cujos nomes constam da escala afixada no posto antes do início do turno, segundo os quantitativos do quadro de pessoal da unidade. A conferência dessa alocação integra a passagem de plantão e é registrada pelo enfermeiro coordenador do turno.

A simulação realística tem calendário, formato e cobertura exigida. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde conduz, em cada unidade, uma simulação realística mensal de parada cardiorrespiratória, alternando cenário de adulto e de criança, com duas horas de duração e participação de pelo menos um profissional de cada posto da equipe de estabilização por plantão. A cobertura tem meta interna de gestão de noventa por cento dos profissionais escalados para as áreas críticas no ciclo de doze meses, com registro individual de presença e avaliação de desempenho da equipe, e o profissional que não a alcança é reconvocado pelo Responsável Técnico de Enfermagem na simulação seguinte, até que a cobertura individual se complete.

A medição do funcionamento da sala começa pela conferência mais simples e mais reveladora. O enfermeiro assistencial da área crítica confere o carro de emergência no início de cada plantão, às sete e às dezenove horas, registrando em lista de verificação diária a integridade do lacre, o seu número, o teste do cardioversor com desfibrilador e a validade do conjunto, com assinatura e registro no conselho. A conformidade tem meta interna de gestão de noventa e oito por cento dos turnos, apurada mensalmente pelo Responsável Técnico de Enfermagem, e turno sem registro ou carro incompleto gera notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente em vinte e quatro horas e reposição imediata pelo farmacêutico da unidade. O resultado da conferência, os tempos dos

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

atendimentos críticos e os tempos de acionamento da regulação integram o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

V.1.1.7 Funcionamento da área de observação: critérios de admissão e de permanência e periodicidade de reavaliação médica e de enfermagem

A área de observação é o que distingue uma unidade de pronto atendimento de um ambulatório de urgência. É onde o usuário que não pode receber alta imediata, mas também não precisa de internação hospitalar, permanece sob cuidado por período limitado, recebendo tratamento, sendo reavaliado e tendo o diagnóstico esclarecido. Bem utilizada, resolve dentro da unidade um conjunto expressivo de casos que de outro modo ocupariam leito hospitalar. Mal utilizada, transforma-se em enfermaria improvisada e trava a porta de entrada, porque o leito ocupado por quem já deveria ter saído é o leito que falta para quem está chegando. É esse equilíbrio que a rotina descrita adiante protege nas duas unidades.

O limite de permanência é de vinte e quatro horas, destinadas à estabilização ou à elucidação diagnóstica. Decorrido esse período sem alta, o usuário é encaminhado à unidade hospitalar de referência por meio do Complexo Regulador Estadual, conforme a complexidade clínica ou traumática e os fluxos definidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas. Esse limite não é uma recomendação, e sim o critério que governa a gestão das vagas, e é também um dos componentes aferidos nesta parceria (PALMAS, 2026). A consequência de tratá-lo como meta e não como teto é imediata: a decisão de transferir passa a ser tomada quando ainda há tempo de a regulação responder, e não quando o prazo já se esgotou.

A organização do espaço acompanha essa função e condiciona o uso das vagas. A observação das duas unidades é organizada em alas de observação masculina, feminina e pediátrica, com área própria de isolamento. Os dois leitos de isolamento de cada unidade recebem o usuário com suspeita de doença transmissível, inclusive a criança, sem que ele permaneça na ala comum. A separação por sexo e por faixa etária não é formalidade: é condição de privacidade, de segurança e de adequação do cuidado, e é especialmente relevante na UPA Sul, onde quase um em cada seis usuários tem menos de doze anos. A

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

UPA 24 horas Norte opera trinta e cinco leitos de observação e a UPA 24 horas Sul, trinta e oito.

A decisão de admitir em observação é do médico plantonista e supõe previsão de desfecho dentro do limite de vinte e quatro horas. Admitir sem essa previsão é postergar uma decisão que já deveria ter sido tomada, e é a principal causa de ocupação prolongada em porta aberta. Por essa razão os critérios de não admissão têm o mesmo peso dos de admissão, são igualmente afixados na área e são conferidos pelo enfermeiro assistencial no momento em que a admissão é lançada no prontuário eletrônico. Divergência entre o critério e a admissão pretendida é resolvida pelo médico plantonista e, quando persiste, escalonada ao Responsável Técnico Médico no mesmo turno.

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

Admite-se em observação	Não se admite em observação
Usuário que necessita de medicação parenteral seriada ou de hidratação por período superior ao da sala de medicação	Usuário cuja condição exige internação hospitalar desde a avaliação inicial, que deve seguir diretamente para a regulação
Usuário em processo de elucidação diagnóstica que depende de exame, de reavaliação clínica ou de evolução do quadro	Usuário estável, sem necessidade de medicação, de exame ou de reavaliação, que deve receber alta com orientação e contrarreferência
Usuário estabilizado após atendimento crítico, aguardando definição de destino	Usuário que aguarda apenas a liberação de resultado de exame simples, que permanece em área de espera monitorada
Usuário com dor de difícil controle que exige analgesia seriada e reavaliação	Usuário cuja permanência se destina exclusivamente a aguardar transporte, que permanece em área apropriada sob vigilância, sem ocupar posição de observação
Usuário com risco social identificado pela assistência social, enquanto se articula o encaminhamento	Usuário sem previsão de desfecho em até 24 horas, hipótese em que a conduta é a transferência regulada
Criança com desidratação, broncoespasmo ou febre a esclarecer que exige observação clínica	Usuário com necessidade de cuidado crítico contínuo, que permanece na sala de estabilização

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Admitido o usuário, o enfermeiro registra a admissão com horário, instala a identificação por pulseira com dois identificadores, aplica a avaliação de risco de queda e de lesão por pressão segundo o protocolo institucional de prevenção de quedas da entidade. O Protocolo institucional de Prevenção de Quedas integra o **Anexo XVII**. A prescrição médica é revista a cada vinte e quatro horas ou antes, se houver mudança de conduta. O acompanhante em tempo integral é assegurado às crianças, aos adolescentes, às gestantes, às pessoas com deficiência e às pessoas idosas (BRASIL, 1990; BRASIL,

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

2003; BRASIL, 2015), e a unidade organiza o espaço para que essa permanência seja possível sem prejuízo da circulação da equipe.

A reavaliação é o que impede que a observação vire estacionamento, e por isso tem periodicidade fixa e registro obrigatório. O médico reavalia cada usuário em observação pelo menos a cada seis horas, com evolução registrada; a enfermagem reavalia a cada três horas, com aferição de sinais vitais, controle de diurese e de aceitação alimentar quando aplicável, e avaliação da dor. Qualquer piora dispara reavaliação imediata, independentemente da periodicidade. Ao completar doze horas de observação, o caso entra em revisão obrigatória do Responsável Técnico Médico, que confirma a conduta, a previsão de desfecho e a necessidade ou não de transferência. Essa revisão intermediária é deliberada: ela coloca a decisão de transferir na décima segunda hora, e não na vigésima terceira, quando já não há tempo de a regulação responder.

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

Ação	Periodicidade	Responsável	Registro
Reavaliação médica com evolução	A cada 6 horas, e imediatamente diante de piora	Médico plantonista	Evolução no prontuário, com horário
Reavaliação de enfermagem, com sinais vitais, dor, diurese e aceitação alimentar	A cada 3 horas, e imediatamente diante de piora	Enfermeiro assistencial, com apoio do técnico	Evolução e registro dos controles
Revisão do caso pelo Responsável Técnico Médico	Ao completar 12 horas de observação	Responsável Técnico Médico	Evolução de revisão, com confirmação da previsão de desfecho
Reavaliação do risco de queda e de lesão por pressão	Na admissão e a cada 24 horas, ou diante de mudança do quadro	Enfermeiro assistencial	Escala aplicada e medidas preventivas registradas
Revisão da prescrição médica	A cada 24 horas, ou antes diante de mudança de conduta	Médico plantonista	Prescrição eletrônica atualizada
Higiene, conforto e mudança de decúbito quando indicada	Conforme plano de cuidados, no mínimo a cada 2 horas para usuários acamados	Técnico de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro	Registro no plano de cuidados
Oferta de alimentação ao usuário em observação	Conforme prescrição e rotina do serviço de nutrição	Serviço de nutrição, com o técnico de enfermagem	Registro da oferta e da aceitação
Comunicação com o acompanhante sobre a evolução e a previsão de desfecho	A cada reavaliação médica	Médico plantonista e enfermeiro	Registro da comunicação na evolução

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A permanência prolongada cria riscos que não existem no atendimento rápido, e eles são tratados por barreiras específicas (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013). A identificação é verificada antes de cada administração de medicamento, com dois identificadores. O risco de queda é avaliado na admissão e reavaliado a cada vinte e quatro horas, com grades elevadas, campainha ao alcance, calçado antiderrapante e sinalização do leito quando o risco é alto. O risco de lesão por pressão orienta a mudança de decúbito e a proteção das proeminências. A prevenção de infecção observa a higiene das mãos nos cinco momentos, o manejo asséptico dos dispositivos e as precauções específicas quando indicadas. Todo evento adverso, com ou sem dano, é notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente.

A saída ocorre por alta, por transferência ou por óbito, e em qualquer dos casos o horário é registrado, porque é o marco final de um dos componentes aferidos nesta parceria. Na alta, o médico emite a prescrição e a orientação por escrito em linguagem acessível e a contrarreferência à Atenção Primária quando houver necessidade de continuidade, e o enfermeiro confere a compreensão da orientação com o usuário ou com o acompanhante antes da saída (ASM, 2026). Na transferência, o usuário segue com resumo clínico, exames realizados e registro das medidas adotadas, acompanhado conforme a gravidade. O óbito segue o procedimento já descrito, com notificação à Comissão de Revisão de Óbitos e acolhimento da família pela assistência social.

Além do componente pactuado de permanência em observação, a direção local acompanha diariamente cinco números que descrevem a área. São eles a taxa de ocupação por ala, o tempo médio de permanência, o número de usuários com mais de doze horas, o número de usuários aguardando vaga regulada e o tempo acumulado de espera de cada um. Esses cinco números aparecem no painel diário e abrem o round interdisciplinar da área, de modo que a discussão clínica comece pela situação real das vagas e não por impressão de turno. A leitura conjunta desses números é o que permite distinguir a ocupação por demanda da ocupação por ausência de retaguarda.

A revisão da prescrição e a conferência farmacêutica completam o cuidado de quem permanece. O médico plantonista revisa a prescrição de cada usuário em observação a cada seis horas, no mesmo ato da reavaliação médica, e sempre que houver mudança de conduta, resultado de exame ou intercorrência. O farmacêutico da unidade

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

analisa as prescrições da área de observação duas vezes ao dia, às oito e às vinte horas, quanto a dose, via, diluição e interação, e registra no prontuário cada intervenção realizada, com comunicação imediata ao médico prescritor nos casos de risco. A intervenção farmacêutica registrada é contabilizada e levada à Comissão de Farmácia e Terapêutica, para que o padrão de erro interceptado oriente a educação permanente.

A revisão do usuário que completa doze horas em observação é feita pelo médico plantonista do turno, com registro de conduta e previsão de desfecho em prontuário, e o enfermeiro coordenador de plantão lista no relatório das vinte e quatro horas todos os usuários que atingiram esse marco. O Responsável Técnico Médico revisa essa lista diariamente, até as nove horas, e assume pessoalmente os casos que completem dezoito horas de observação, acionando a reiteração da solicitação à regulação antes que a permanência se aproxime do limite. Esse escalonamento é o que transforma o limite de vinte e quatro horas em decisão antecipada, e não em constatação tardia.

A medição da área tem executor, horário e faixa de alerta definidos. O coordenador administrativo da unidade extrai os indicadores às sete e às dezenove horas e os apresenta ao médico plantonista responsável pela observação no round do turno. O Responsável Técnico Médico responde pela taxa de ocupação, com faixa de alerta em oitenta por cento das posições, e pelo tempo médio de permanência em observação, com faixa de alerta interno em vinte horas contra o limite de vinte e quatro horas pactuado. Ocupação acima de noventa por cento por dois turnos seguidos ou usuário com mais de dezoito horas aguardando vaga regulada são comunicados por escrito à direção da unidade no mesmo turno e informados no relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

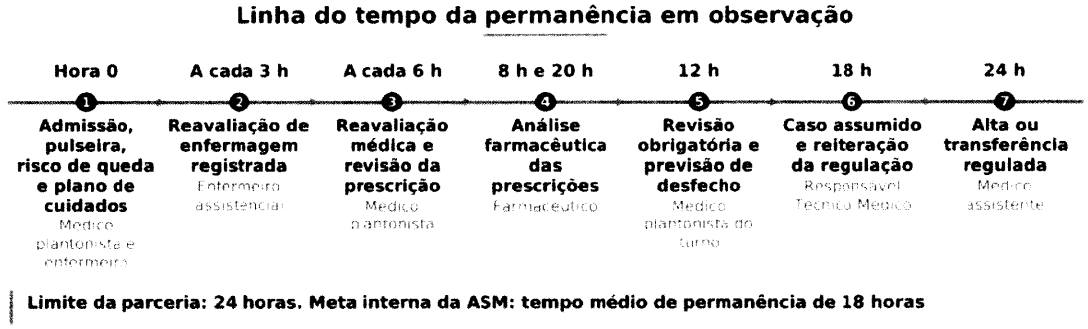
CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Figura 13 - Linha do tempo da permanência em observação



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

V.1.1.8 Round interdisciplinar e gestão das vagas de observação

Observação cheia trava a unidade inteira. Quando as posições estão ocupadas por usuários que já deveriam ter saído, o médico deixa de admitir quem precisa, a sala de estabilização perde para onde encaminhar o usuário já estabilizado e a espera cresce na recepção. A gestão das vagas não é tarefa administrativa paralela à assistência: é o que mantém a porta funcionando nas UPAs 24 horas Norte e Sul, que operam trinta e três e trinta e oito leitos de observação e não dispõem de internação própria.

A ferramenta que a Associação Saúde em Movimento usa para isso é o round interdisciplinar, realizado duas vezes ao dia em cada unidade, em horário fixo, logo após as passagens de plantão das sete e das dezenove horas. O horário fixo importa: round que acontece quando sobra tempo não acontece, porque em porta aberta nunca sobra tempo. Ao amarrar a discussão à passagem de plantão, a equipe que entra recebe o caso já discutido e a que sai deixa registrada a pendência de cada usuário, com responsável e prazo.

A composição é fixa e previamente conhecida por quem está escalado. O round é conduzido pelo médico plantonista responsável pela área de observação e reúne o enfermeiro assistencial da área, o assistente social, o farmacêutico e, conforme a pauta, o enfermeiro designado para a articulação com a regulação. A direção local participa do round da manhã, o que permite decidir no mesmo ato o que depende de providência administrativa. A ausência de um participante não suspende o round: o papel dele é assumido por quem o substitui na escala.

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

O round percorre todos os usuários em observação, sem exceção, e para cada um responde a cinco perguntas na mesma ordem. Qual é a conduta atual e ela continua adequada. Qual é a previsão de desfecho e em quanto tempo. O que falta para que esse desfecho aconteça, seja exame, resultado, medicação, avaliação ou vaga. Quem é o responsável por essa pendência e qual é o prazo. E, por fim, há algum risco de segurança a tratar, como queda, lesão por pressão, dispositivo invasivo ou agitação. As respostas são registradas na evolução de cada usuário e consolidadas em um quadro de gestão à vista, mantido na própria área de observação, fora do alcance do público, com a situação de cada posição.

Quadro 36 - Estrutura do round interdisciplinar

Elemento	Definição
Periodicidade e horário	Duas vezes ao dia em cada unidade, em horário fixo, imediatamente após as passagens de plantão das 7 e das 19 horas
Condução	Médico plantonista responsável pela área de observação
Participantes	Enfermeiro assistencial da área, assistente social, farmacêutico e, conforme a pauta, o enfermeiro designado para a articulação com a regulação; a direção local participa do round da manhã
Abrangência	Todos os usuários em observação, sem exceção, inclusive os admitidos na última hora
Pauta por usuário	Conduta atual e sua adequação; previsão de desfecho e prazo; pendência que impede o desfecho; responsável e prazo da pendência; risco de segurança a tratar
Produto	Evolução registrada por usuário, quadro de gestão à vista atualizado e lista de pendências com responsável e prazo
Verificação	O round seguinte começa pela verificação das pendências do anterior

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Quando a ocupação se aproxima do limite, a liberação segue critério clínico explícito, e não a ordem de chegada nem a negociação entre plantões. Têm prioridade de desfecho, nesta ordem, o usuário já estabilizado com destino definido e vaga confirmada; o usuário com alta clínica pendente apenas de orientação ou de transporte; o usuário cuja pendência é um resultado de exame já liberado e ainda não avaliado; e o usuário com previsão de desfecho dentro das próximas duas horas. O critério é afixado na área e aplicado pelo médico do round, e assim a decisão não depende de discussão caso a caso em meio ao pico.

O usuário que aguarda vaga regulada é destacado no round. Para cada um o quadro de gestão à vista registra o horário da decisão médica, o horário do registro da solicitação, o número de reiterações já feitas e o tempo acumulado de espera. Esse acompanhamento

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

tem duas funções. A primeira é clínica: quem espera muito precisa ser reavaliado com mais frequência, e a conduta revista enquanto a vaga não vem. A segunda é documental: esse conjunto de registros demonstra, no relatório do período, que a permanência prolongada decorreu de indisponibilidade de vaga regulada, e não de demora da unidade em decidir (PALMAS, 2026).

A resposta à lotação começa antes dela, e para isso a direção local trabalha com três faixas de ocupação da área, cada uma com ação própria. A faixa inicial exige acompanhamento reforçado do painel e antecipação das altas já definidas. A intermediária aciona revisão caso a caso das pendências e reiteração das solicitações de regulação. A superior aciona medidas de contingência e comunicação à direção da unidade no mesmo turno. A declaração de cada faixa é feita pelo enfermeiro coordenador do plantão e registrada com horário no painel diário, e a desescalada obedece ao mesmo critério.

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

Nível	Situação	Ações
Normal	Ocupação dentro da faixa de trabalho, com posições livres em todas as alas	Round nas duas vezes diárias; acompanhamento das pendências; manutenção da rotina
Atenção	Ocupação elevada, com poucas posições livres, ou dois ou mais usuários com permanência superior a 12 horas	Round extraordinário no turno; revisão de todos os casos com mais de 12 horas pelo Responsável Técnico Médico; reiteração das solicitações de regulação com registro; comunicação à direção local
Crítico	Ocupação total, ou usuário estabilizado sem posição disponível para sair da sala de estabilização	Ativação do plano de contingência; comunicação no mesmo dia à estrutura corporativa da entidade e à Secretaria Municipal da Saúde; priorização da liberação pelo critério clínico afixado; reforço de equipe no turno

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O componente de permanência em observação desta parceria é aferido pela média dos tempos entre a admissão e a saída. Essa média não se reduz com esforço no último dia do mês, e sim com decisão tomada mais cedo em cada caso, todos os dias. O round é exatamente o instrumento que antecipa a decisão, e a revisão obrigatória na décima segunda hora é o seu gatilho. A medição desse comportamento é, portanto, medição de gestão diária e não de fechamento de competência, e é por isso que ela recai sobre o momento da decisão e não sobre o tempo total de permanência.

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

Por isso a entidade acompanha, como indicador interno de gestão, o percentual de usuários cuja decisão de desfecho foi tomada antes da décima segunda hora de observação, com meta interna de gestão de oitenta por cento, apurada diariamente pelo médico plantonista responsável pela área de observação e consolidada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico. Resultado abaixo de setenta por cento em dois meses seguidos abre plano de ação assinado pelo Responsável Técnico Médico em até cinco dias úteis, com revisão da pauta do round e da escala do plantão responsável, e o resultado integra o relatório mensal encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

O round descrito é disciplinado por protocolo próprio da entidade, aqui reproduzido e adaptado às UPAs 24 horas Norte e Sul. O Protocolo institucional de Rounds Interdisciplinares integra o **Anexo XVI**. O protocolo existe porque discussão de caso sem roteiro produz conversa e não decisão: sem ordem de apresentação, sem itens obrigatórios e sem registro padronizado, o round consome o tempo da equipe e devolve pouco à assistência. O documento fixa objetivo, definições, periodicidade, responsabilidades, conteúdo da discussão, registros exigidos e indicadores, e é assinado pelos responsáveis técnicos de cada unidade.

Quadro 38 - Folha de identificação do Protocolo de Rounds Interdisciplinares

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Rounds Interdisciplinares
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Equipes médica, de enfermagem e demais categorias assistenciais, em relação aos usuários admitidos em observação e em estabilização
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico e Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade
Elaboração e revisão	Responsável Técnico de Enfermagem e farmacêutico, com revisão do Responsável Técnico Médico
Aprovação	Direção técnica da unidade, com homologação do Núcleo de Segurança do Paciente
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de mudança normativa ou de processo
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Direção técnica: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

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

O objetivo do protocolo é padronizar a realização de rondas multiprofissionais estruturadas nas áreas com leitos de observação e de estabilização, qualificando a discussão clínica dos casos, integrando as equipes envolvidas no cuidado e promovendo o planejamento seguro da assistência e da alta. Esses propósitos se traduzem em resultado verificável na própria área: caso discutido com todas as categorias presentes, pendência com responsável nominado, previsão de desfecho atualizada e barreira de alta identificada antes de virar permanência indevida. É por esse resultado que o round é avaliado.

As definições do protocolo delimitam os termos usados na discussão. Round interdisciplinar é a reunião estruturada e periódica da equipe, preferencialmente à beira do leito, destinada à discussão conjunta do quadro clínico, dos riscos assistenciais e do plano terapêutico de cada usuário. A comunicação estruturada organiza a apresentação do caso em situação, histórico, avaliação e recomendação. Plano terapêutico é o conjunto de condutas definidas a partir da discussão, com metas, responsáveis e prazos. Barreira de alta é a condição clínica, social, familiar ou administrativa que impede ou retarda a alta segura. Dispositivo invasivo é o material inserido no organismo cuja permanência deve ser reavaliada quanto à necessidade.

A periodicidade do round foi definida a partir do tempo de permanência que a unidade pratica. Em unidade de pronto atendimento, com limite de permanência de 24 horas em observação, o round diário é insuficiente, porque parte dos usuários entra e sai entre duas edições e nunca chega a ser discutida. A entidade adota, nas UPAs Norte e Sul, dois rounds por dia, um em cada plantão, logo após a passagem, abrangendo todos os usuários em observação e em estabilização, e round adicional a qualquer momento diante de instabilidade, permanência prolongada ou barreira de alta, convocado pelo médico plantonista ou pelo enfermeiro assistencial da área.

Quadro 39 - Responsabilidades no round interdisciplinar

Responsável	Atividades
Médico plantonista	Apresentar e discutir a avaliação clínica, os exames pendentes e a conduta terapêutica, e definir com a equipe a previsão de desfecho
Enfermeiro	Apresentar a avaliação de enfermagem, os riscos assistenciais identificados e os dispositivos invasivos em uso, e coordenar o registro das decisões
Farmacêutico	Revisar a prescrição quanto a interações, duplicidades, adequação ao quadro e risco de queda, e apresentar alertas à equipe
Assistente social	Apresentar a avaliação social, identificar vulnerabilidade e barreiras para a alta e articular a rede de apoio e o retorno do usuário

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

Responsável	Atividades
Demais categorias assistenciais	Apresentar a avaliação específica de sua área e contribuir para o plano terapêutico conjunto, conforme o caso
Coordenação da unidade	Garantir a realização dos dois rounds diários, às sete e às dezenove horas, a participação das categorias necessárias e a estrutura para a discussão

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

A ordem prioriza os casos de maior complexidade, risco assistencial ou instabilidade, seguidos dos usuários com previsão de desfecho próxima e barreira identificada, e por fim os demais, e a enfermagem prepara antes a lista dos leitos ocupados. De cada usuário se discute a avaliação clínica, com o quadro atual, a estabilidade e a resposta ao tratamento; a avaliação de enfermagem, com a evolução, as intercorrências e os cuidados prestados; a avaliação das demais categorias presentes; os riscos assistenciais, entre eles queda, lesão por pressão e infecção; os dispositivos invasivos em uso, com revisão da necessidade de manutenção e retirada precoce quando não houver indicação; a prescrição, quanto a interações e ajustes; e os exames solicitados e ainda sem resultado, com o seu impacto na conduta.

A discussão se completa com os itens que determinam a saída do usuário. São examinadas as necessidades sociais que possam afetar o cuidado ou o desfecho; a previsão de desfecho, com o limite de permanência em vista; as barreiras que possam postergá-lo; o plano terapêutico consolidado, com metas e responsáveis; e os encaminhamentos internos ou para os demais pontos da rede. O processo obedece a seis passos: a enfermagem prepara a lista dos usuários a discutir, priorizando conforme os critérios acima; o profissional responsável apresenta o caso em estrutura padronizada de comunicação; a equipe discute de forma colaborativa, incorporando a perspectiva de cada categoria presente; consolida condutas, metas, responsáveis e prazos, com a previsão de desfecho e as barreiras identificadas; o enfermeiro, ou profissional designado, registra as decisões no prontuário; e o plano é comunicado ao usuário e ao acompanhante, quando pertinente, e à equipe que assume o cuidado.

Os registros do round são o que permite verificar, depois, se a decisão tomada foi cumprida. Ficam registrados as decisões e o plano terapêutico no prontuário de cada usuário, com os responsáveis por cada conduta; a relação dos profissionais participantes de cada round; a atualização da previsão de desfecho e das barreiras identificadas; e os encaminhamentos definidos. Esses registros alimentam o painel diário da área e são

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

conferidos pelo enfermeiro coordenador de plantão na passagem seguinte, de modo que a pendência sem andamento reapareça no round seguinte em lugar de se perder entre dois turnos.

A dimensão de segurança do paciente é parte da pauta, e não um tema acessório discutido quando há tempo (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013). O round assegura a identificação correta do usuário em todas as etapas da discussão e do registro; a comunicação efetiva entre as categorias, de modo que o plano seja compreendido por toda a equipe presente; a revisão sistemática dos dispositivos invasivos, com vistas à retirada precoce; a revisão da prescrição quanto a interações e adequação; e o planejamento antecipado do desfecho, com monitoramento das barreiras à transição segura do cuidado. São esses pontos que fazem do round uma barreira de segurança, e não apenas um instrumento de gestão de vagas.

Quando a discussão não resolve, há caminho definido e registrado. Divergência de conduta não resolvida na discussão, falha de comunicação entre categorias e intercorrência identificada durante a apresentação do caso são registradas no prontuário e comunicadas ao responsável pela unidade, e encaminhadas ao Núcleo de Segurança do Paciente quando configurarem evento adverso ou risco relevante. O encaminhamento não suspende a conduta em curso, que permanece do médico assistente, e a devolutiva retorna à equipe na reunião mensal do Núcleo, com a medida de melhoria e o seu responsável.

Quadro 40 - Indicadores de monitoramento do round interdisciplinar

Indicador	Fórmula	Periodicidade
Cobertura do round	Número de leitos ocupados discutidos dividido pelo número de leitos ocupados elegíveis, multiplicado por cem	Mensal
Registro completo do plano	Número de rounds com registro completo do plano terapêutico dividido pelo número de rounds realizados, multiplicado por cem	Mensal
Revisão de dispositivos invasivos	Número de dispositivos revisados no round dividido pelo número de dispositivos em uso, multiplicado por cem	Mensal
Barreiras de desfecho tratadas	Número de barreiras identificadas com medida registrada dividido pelo número de barreiras identificadas, multiplicado por cem	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

As referências que sustentam o protocolo e orientam cada revisão são a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), a Resolução da Diretoria

CNPJ - 27.324.279/0001-15

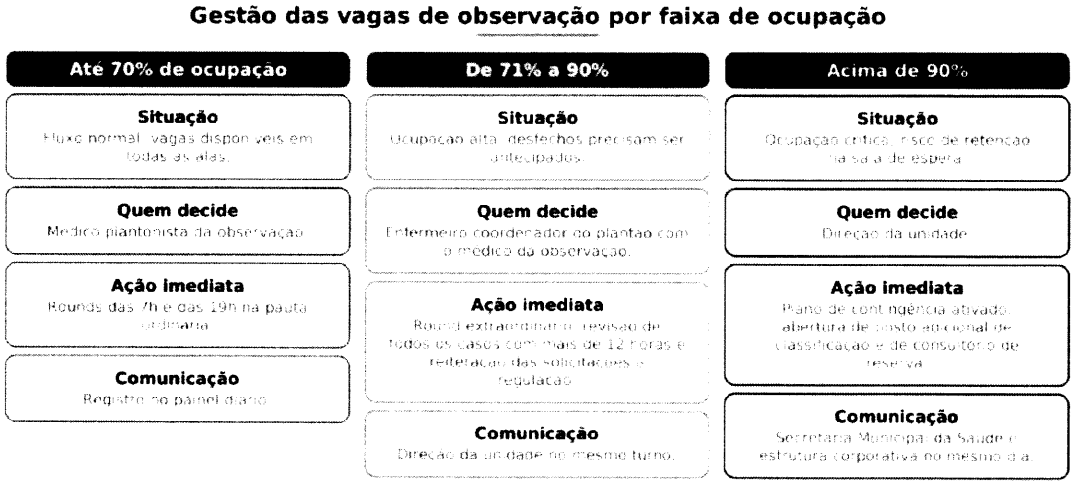
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013), o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, do Ministério da Saúde, de 2014, e a Política Nacional de Humanização, no que dispõe sobre o acolhimento nas práticas de produção de saúde (BRASIL, 2017c). A revisão cabe aos responsáveis técnicos de cada unidade, na periodicidade da sua folha de identificação.

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



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

V.1.1.9 Percurso pediátrico

A criança responde por 12,0 por cento dos atendimentos da UPA 24 horas Norte e por 16,8 por cento dos da UPA 24 horas Sul, e entre 12 de abril e 30 de junho de 2026 as duas unidades somaram 16.676 atendimentos pediátricos, 7.064 na Norte e 9.612 na Sul (PALMAS, 2026). Não é o percurso do adulto em escala menor. A criança compensa por mais tempo e descompensa de uma vez, a hipotensão é sinal final e não inicial, e o principal evento adverso da pediatria em urgência é o erro de dose, nascido do cálculo por quilograma feito sob pressão de tempo. São esses os problemas a resolver nas duas unidades.

Nenhuma dessas tarefas é confiada à experiência individual de quem está no plantão. O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio, escrito, codificado, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido com as adaptações exigidas pela realidade das UPAs 24 horas Norte e Sul. O Protocolo de Manejo das Urgências Pediátricas integra o **Anexo XXXVI**. O documento

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

desce ao nível da faixa etária, do parâmetro de sinal vital e da dose por quilograma, porque é nesse nível que o erro acontece e é nele que a barreira precisa estar. A folha de identificação a seguir traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 41 - Folha de identificação do Protocolo de Urgências Pediátricas

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Urgências Pediátricas
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação e de inalação, área de observação pediátrica, sala de estabilização, farmácia, laboratório, radiologia e o processo de transferência
População	Recém-nascidos, lactentes, crianças e adolescentes até 18 anos incompletos
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico e Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade
Elaboração e revisão	Responsável Técnico Médico, com revisão da coordenação assistencial e do Núcleo de Segurança do Paciente
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, mudança de diretriz ou alteração de estrutura
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o reconhecimento da criança gravemente enferma, a avaliação sistematizada, a estimativa de peso e o cálculo de doses, a estabilização inicial das principais urgências pediátricas e o encaminhamento seguro de crianças e adolescentes atendidos nas unidades, garantindo os direitos previstos na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Esses cinco propósitos se encadeiam, e é essa a razão da ordem em que aparecem: sem reconhecimento precoce não há estabilização oportuna, e sem peso registrado não há dose segura. Cada etapa é condição da seguinte, e não item isolado de uma relação de cuidados a lembrar.

As competências são atribuídas por categoria, nunca por disponibilidade de plantão. O médico, preferencialmente o pediatra de plantão ou o clínico com capacitação em emergência pediátrica, faz a avaliação, o diagnóstico, a prescrição com dose por peso,

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

os procedimentos, o contato com o Complexo Regulador Estadual e a definição do destino. O enfermeiro faz a classificação de risco pediátrica, afere sinais vitais e peso, aplica o triângulo de avaliação pediátrica, administra medicamentos com dupla checagem de dose, conduz o processo de enfermagem e registra (COFEN, 2021; COFEN, 2024). O técnico de enfermagem afere sinais vitais, pesa, realiza inalações, administra medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, e registra tudo. O farmacêutico assegura apresentações pediátricas, mantém a tabela de doses e confere cálculos e diluições, e o assistente social identifica vulnerabilidade e articula a rede de proteção.

Definidas as competências, o protocolo fixa as definições que permitem aplicá-las. Recém-nascido é a criança de até 28 dias; lactente, de 29 dias a 1 ano; criança, de 1 ano ao início da puberdade; adolescente, de 12 a 18 anos incompletos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). O triângulo de avaliação pediátrica é a avaliação visual e auditiva rápida, feita sem tocar a criança, de três componentes, aparência, trabalho respiratório e circulação cutânea, que orienta a classificação inicial em estável, desconforto ou insuficiência respiratória, choque, disfunção do sistema nervoso central ou insuficiência cardiopulmonar. É o instrumento que permite decidir, da porta, se a criança espera ou não espera.

As demais definições delimitam o que exige conduta imediata. Insuficiência respiratória é a incapacidade de manter oxigenação ou ventilação adequadas. Choque é o estado de perfusão tecidual inadequada, compensado ou hipotensivo, lembrando que a hipotensão é sinal tardio na criança. Estado de mal epiléptico é a crise com duração igual ou superior a 5 minutos ou as crises recorrentes sem recuperação da consciência entre elas. Desidratação é a perda de água e eletrólitos, classificada clinicamente em sem desidratação, com desidratação e com desidratação grave, orientando os planos A, B e C. A sequência decorrente não se inverte: triângulo de avaliação pediátrica, avaliação primária ABCDE, peso e cálculo de doses, estabilização dirigida, avaliação secundária e exames, reavaliação e definição do destino.

Essa sequência começa antes de qualquer toque na criança. O triângulo é aplicado já na chegada, e a alteração de qualquer componente exige avaliação imediata. São sinais de alerta a letargia ou a irritabilidade inconsolável, a gemência, as tiragens, o batimento

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

de asa de nariz, a apneia, a cianose, a palidez ou a pele mosqueada, o enchimento capilar lento, a convulsão, as petéquias ou a púrpura, a recusa alimentar, os vômitos incoercíveis, a redução da diurese e a febre em lactente com menos de 3 meses. A permanência do acompanhante é garantida em tempo integral, nos termos do artigo 12 do Estatuto (BRASIL, 1990), e a criança é identificada com pulseira de tamanho adequado, com os dois identificadores da barreira de identificação.

Reconhecida a criança e garantido o acompanhante, a história é obtida com o responsável e abrange queixa, início e evolução, febre, vômitos, diarreia, diurese, alimentação, convulsões, traumas, exposições tóxicas, comorbidades, prematuridade, medicamentos, alergias, vacinação e peso recente. Há nessa coleta um item que não é clínico e não pode ser omitido: a equipe considera a possibilidade de maus-tratos diante de história incompatível com as lesões ou com o desenvolvimento, demora na procura de atendimento, lesões em diferentes estágios de evolução ou em localizações atípicas. A suspeita assim formada não interrompe o atendimento e não é confrontada com o acompanhante, e sim registrada no prontuário eletrônico e encaminhada pelos canais próprios.

A avaliação que acompanha a história compreende sinais vitais completos com interpretação por faixa etária, incluindo frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial com manguito adequado, temperatura, saturação periférica de oxigênio, enchimento capilar e glicemia capilar quando indicada. O peso é aferido sempre que possível e, na criança grave, estimado por fita baseada em comprimento ou por fórmula padronizada, registrando-se se foi aferido ou estimado. Aplicam-se escala de dor adequada à idade e Escala de Coma de Glasgow pediátrica, ou avaliação por alerta, voz, dor e inconsciência. Com esses dados, a classificação utiliza os discriminadores pediátricos e os parâmetros de sinais vitais por faixa etária descritos nesta proposta, observada a norma que disciplina o funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014) e o protocolo institucional de classificação da entidade (ASM, 2026b).

A criança com triângulo alterado, com sinal de alerta ou com alteração importante de sinais vitais para a idade vai de imediato à sala de estabilização, e o enfermeiro classificador registra a cor, o horário e a justificativa clínica da priorização. Classificada a criança, os exames são dirigidos pela hipótese e pela disponibilidade, com glicemia

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

capilar; hemograma, proteína C reativa, eletrólitos, gasometria e lactato na criança grave; exame de urina e urocultura com coleta adequada à idade na febre sem foco; hemocultura antes do antimicrobiano quando não houver atraso; e radiografia de tórax quando indicada. Uma regra vale sobre as demais: exame nenhum retarda a estabilização ou a transferência. A prioridade da cor governa a solicitação dos exames, e o resultado crítico é comunicado de imediato ao médico assistente, com registro do horário e de quem recebeu.

Quadro 42 - Avaliação primária ABCDE na criança

Etapa	Conteúdo
A, via aérea	Posicionamento com coxim sob os ombros no lactente, aspiração de secreções e desobstrução; manejo de corpo estranho conforme a idade e a consciência; via aérea avançada por profissional capacitado, com material pediátrico de todos os tamanhos
B, respiração	Frequência respiratória, trabalho respiratório, ausculta e saturação periférica; oxigênio para manter a saturação entre 94 e 98 por cento nas situações agudas; ventilação com bolsa-válvula-máscara de tamanho adequado em apneia ou respiração ineficaz
C, circulação	Frequência cardíaca, pulsos centrais e periféricos, enchimento capilar, temperatura das extremidades, pressão arterial e diurese; acesso venoso periférico e, se não obtido rapidamente na criança grave, acesso intraósseo por profissional capacitado
D, neurológico	Nível de consciência, pupilas, glicemia capilar com correção da hipoglicemia e manejo das convulsões
E, exposição	Temperatura, exantemas, petéquias e púrpura, lesões sugestivas de trauma ou de maus-tratos, e prevenção ativa da hipotermia

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências pediátricas.

A monitorização corre em paralelo aos exames, registrada a cada verificação: monitorização cardíaca e oximetria contínuas na criança grave; reavaliação do triângulo e dos sinais vitais após cada intervenção; balanço hídrico e diurese, com pesagem de fraldas, na desidratação e no choque; e glicemia capilar seriada em lactentes graves, com jejum prolongado ou com convulsões. O técnico de enfermagem afere e o enfermeiro assistencial confere e assina o registro. As condutas iniciais obedecem a três cuidados: toda dose é calculada por peso, com registro do peso e conferência por dois profissionais, com a tabela padronizada do farmacêutico; procedimentos dolorosos desnecessários são evitados, e a criança permanece no colo do responsável quando possível; e o aquecimento é mantido, em especial no recém-nascido e no lactente.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 43 - Tratamento por síndrome pediátrica

Síndrome	Conduta
Bronquiolite	Suporte com aspiração nasal, oxigênio se a saturação estiver abaixo do alvo e hidratação; broncodilatador e corticosteroide não são recomendados de rotina; transferência em apneia, desconforto importante, hipoxemia persistente, recusa alimentar ou idade inferior a 3 meses com fatores de risco
Crise de asma	Broncodilatador de curta ação por aerossol dosimetrado com espaçador, repetido; corticosteroide sistêmico precoce; brometo de ipratrópio nas crises graves; sulfato de magnésio intravenoso nas crises graves refratárias
Laringite	Dexametasona e, nos casos moderados a graves com estridor em repouso, nebulização com adrenalina, com observação obrigatória após a adrenalina
Pneumonia	Antimicrobiano conforme o guia institucional; transferência diante de sinais de gravidade
Obstrução por corpo estranho	Manobras de desobstrução conforme a idade e a condição de consciência
Choque e sepse	Oxigênio, acesso venoso ou intraósseo imediato e glicemia capilar; cristaloide em bolus de 10 a 20 mL por quilograma com reavaliação clínica após cada bolus, interrompendo diante de sinais de sobrecarga; antimicrobiano o mais precocemente possível, idealmente em até 1 hora no choque séptico; vasoativo se o choque persistir após 40 a 60 mL por quilograma, ou antes diante de sobrecarga
Crise convulsiva	Proteger a criança, decúbito lateral, aspiração, oxigênio e glicemia capilar; crise com 5 minutos ou mais recebe benzodiazepínico, repetível uma vez; persistindo após duas doses, fármaco de segunda linha com monitorização e preparo de via aérea
Febre	Lactente com menos de 3 meses e temperatura igual ou superior a 38 graus recebe avaliação ampliada, com exames e, nos menores de 28 dias ou com toxemia, antimicrobiano e transferência; febre com petéquias, púrpura, rigidez de nuca, toxemia ou alteração da consciência é tratada como possível infecção bacteriana grave, com antimicrobiano imediato e transferência
Desidratação e diarreia	Classificação segundo o Ministério da Saúde e aplicação do plano correspondente: plano A em domicílio, plano B com solução de reidratação oral na unidade sob supervisão, e plano C com hidratação intravenosa ou intraóssea imediata e reavaliações frequentes
Parada cardiorrespiratória	A causa mais comum é respiratória ou por choque, e a ventilação é prioritária; compressões de pelo menos um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, frequência de 100 a 120 por minuto, relação de 15 para 2 com dois socorristas e 30 para 2 com um; desfibrilação com 2 joules por quilograma no primeiro choque e 4 no segundo; adrenalina a cada 3 a 5 minutos; busca ativa das causas reversíveis
Anafilaxia	Adrenalina intramuscular de 0,01 mg por quilograma, com máximo de 0,3 mg na criança pré-púbere e 0,5 mg no adolescente
Hipoglicemia	Glicose intravenosa conforme a tabela de doses e investigação da causa

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências pediátricas.

A terapia medicamentosa segue a mesma disciplina, sem exceção para a urgência. Todas as doses são por peso, com dose máxima de adulto como teto, conferidas com a relação de medicamentos padronizada da unidade, com a bula e com as diretrizes vigentes, e registradas em miligramas e em mililitros. Os procedimentos assistenciais executados na unidade compreendem pesagem ou estimativa de peso; aspiração de vias

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

aéreas e inalação com espaçador ou nebulização; oxigenoterapia com dispositivos pediátricos; punção venosa periférica e acesso intraósseo por profissional capacitado; hidratação oral supervisionada e hidratação venosa; ventilação com bolsa-válvula-máscara pediátrica e manejo da via aérea; e coleta de urina por técnica adequada à idade, todos registrados em prontuário com horário e executante.

Esses procedimentos só são oportunos se os critérios de gravidade estiverem explícitos, porque deles depende o acionamento da sala de estabilização. São eles o triângulo de avaliação pediátrica alterado, em especial com aparência alterada; a insuficiência respiratória, a apneia ou a saturação persistentemente abaixo do alvo; o choque, a hipotensão para a idade ou o enchimento capilar prolongado; o estado de mal epiléptico ou o rebaixamento do nível de consciência; a febre em lactente com menos de 3 meses, as petéquias, a púrpura ou a toxemia; a desidratação grave; e a suspeita de maus-tratos com lesões graves. Qualquer deles autoriza o enfermeiro classificador a conduzir a criança diretamente à área crítica, sem intermediação.

Instituído o suporte, considera-se a criança estabilizada para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, saturação no alvo, perfusão e sinais vitais adequados para a idade com o suporte instituído, glicemia normal, crises controladas, acesso venoso ou intraósseo funcionante e temperatura controlada. Permanecem em observação pediátrica, com reavaliações seriadas e com o responsável presente, as crianças com resposta favorável ao tratamento inicial, como a crise de asma leve a moderada após broncodilatador, a desidratação em plano B e a laringite após adrenalina inalatória, respeitado o limite de permanência de 24 horas, com reavaliação médica a cada seis horas e de enfermagem a cada três, ambas registradas no prontuário eletrônico.

Quando a resposta não vem, o destino é fora da unidade, que não realiza internação e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2017d). São transferidas, pelo Complexo Regulador Estadual, as crianças com critérios de gravidade, com resposta insuficiente ao tratamento, com necessidade de suporte ventilatório ou vasoativo, os recém-nascidos e lactentes jovens com febre, a desidratação grave, os casos que exijam investigação ou tratamento hospitalar e as situações de risco social que impeçam a alta segura. O encaminhamento a terapia intensiva pediátrica ou neonatal cabe à insuficiência respiratória, ao choque, ao mal epiléptico, ao pós-parada e à cetoacidose

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

grave, com transporte em suporte avançado, com equipe e material pediátricos, acompanhado pelo responsável sempre que possível.

No outro desfecho, a alta é considerada, a critério médico, quando a criança apresentar triângulo de avaliação pediátrica normal, sinais vitais adequados para a idade, boa aceitação oral, diurese presente, responsável capaz de compreender as orientações e condições de retorno. Na alta são fornecidas orientação por escrito sobre os sinais de alarme, que são dificuldade para respirar, sonolência, recusa alimentar, vômitos persistentes, redução da diurese, manchas na pele e convulsão, prescrição com dose por peso e encaminhamento à Atenção Primária (ASM, 2026). O enfermeiro confere com o responsável a compreensão da orientação antes da saída, porque orientação não compreendida é retorno em quarenta e oito horas, e o retorno é indicador medido na parceria.

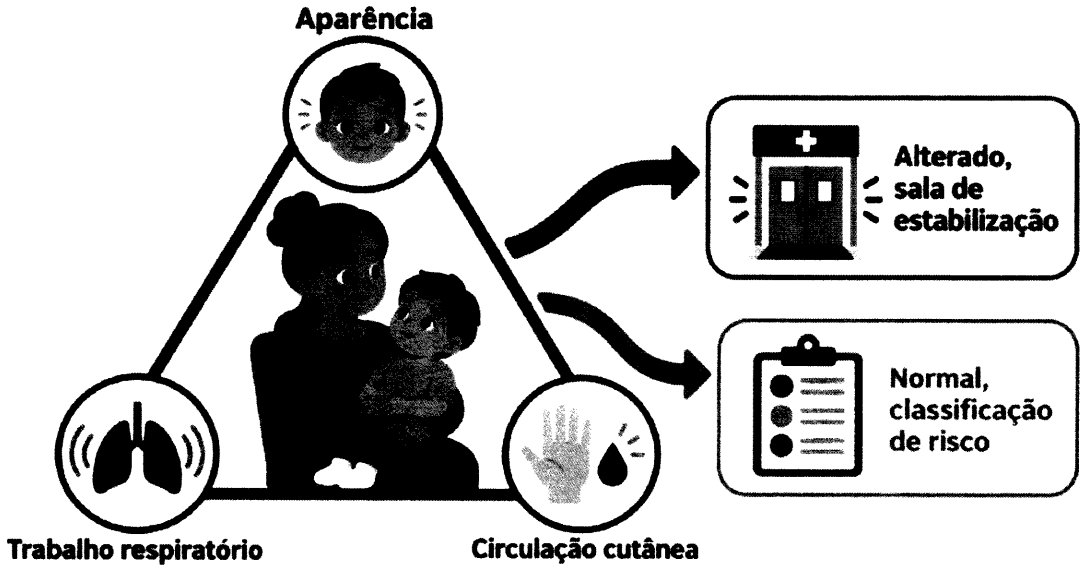
Alta ou transferência, o atendimento só se completa quando está registrado. O registro em prontuário compreende a identificação da criança e do responsável; o peso aferido ou estimado, com o método utilizado; o triângulo de avaliação pediátrica, os sinais vitais e a sua interpretação para a idade; os medicamentos, com dose por quilograma, dose total, via, horário e dupla checagem; as intervenções, a resposta e as reavaliações; as notificações e comunicações ao Conselho Tutelar quando aplicáveis; o contato com o Complexo Regulador Estadual ou as orientações de alta; e as anotações de enfermagem conforme o processo de enfermagem (COFEN, 2024), lançadas no momento do ato e não ao fim do plantão.

A comunicação que corre ao lado desse registro tem regras próprias, e todas são verificáveis no prontuário. Alteração do triângulo de avaliação pediátrica ou dos sinais vitais é comunicada imediatamente ao médico. A comunicação com o responsável é feita em linguagem acessível, envolvendo-o nas decisões. A passagem de caso usa ferramenta estruturada, com o peso e as doses administradas, porque é aí que o erro de dose se propaga de um plantão a outro. E a suspeita ou confirmação de maus-tratos gera comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar, nos termos do artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), e notificação compulsória de violência, sem prejuízo do atendimento e da proteção da criança.

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

As barreiras de segurança da pediatria se concentram onde o risco se concentra. O erro de dose é o principal deles, e por isso a dose é por peso, com tabela padronizada, dupla conferência e registro em miligramas e em mililitros (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013). O carro de emergência pediátrico tem materiais de todos os tamanhos e fita de estimativa de peso, com conferência periódica registrada pelo enfermeiro assistencial da área crítica. São prevenidas as quedas, com grades em berços e macas, e a hipotermia, conforme o protocolo institucional de prevenção de quedas (ASM, 2025b). A presença do responsável integra a segurança, e todo incidente é notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Figura 15 - Triângulo de avaliação pediátrica e encaminhamento resultante



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

As referências declaradas no próprio documento orientam cada revisão: as diretrizes de suporte básico e avançado de vida em pediatria da American Heart Association (AHA, 2025); o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990); a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III (BRASIL, 2017d); a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b); a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013); a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024); a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014); os critérios internacionais de consenso para sepse pediátrica de Schlapbach e outros, de 2024; a Surviving Sepsis Campaign pediátrica

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

(SSC, 2020); as diretrizes de reanimação do recém-nascido da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2022); e o manejo do paciente com diarreia (BRASIL, 2021).

A estrutura que recebe esse percurso difere entre as unidades e condiciona o seu uso. Na UPA 24 horas Norte a pediatria dispõe de nove leitos de observação pediátrica e de uma posição pediátrica na sala de estabilização. Na UPA 24 horas Sul a ala pediátrica tem oito posições, duas delas em isolamento, o que permite manter a criança com suspeita de doença transmissível dentro do ambiente pediátrico. A maior proporção pediátrica da UPA Sul, de 16,8 por cento contra 12,0 por cento, não altera o protocolo, mas aumenta a frequência de aplicação da dupla conferência de dose e o consumo de apresentações pediátricas, o que é considerado no estoque mínimo daquela unidade.

A cobertura pediátrica e a sua retaguarda são o ponto do percurso que a entidade mede. O pediatra de plantão avalia a criança classificada nas cores vermelha, laranja e amarela e é acionado pelo enfermeiro classificador em até cinco minutos do registro da classificação. Quando o pediatra está em procedimento ou em atendimento de criança grave, o médico clínico de plantão capacitado em emergência pediátrica assume o atendimento imediato, mantém o percurso em andamento com analgesia, estimativa de peso e exames já solicitados, e o pediatra reavalia o caso tão logo se desocupe, com as duas avaliações registradas no prontuário eletrônico, de modo que a criança não fique sem avaliação enquanto o especialista está ocupado.

O que escapa desse arranjo é contado. O enfermeiro coordenador do plantão registra no instrumento de ronda cada acionamento que exceder cinco minutos, e o coordenador de enfermagem leva o total mensal à reunião de indicadores, com a causa de cada atraso, para ajuste da escala e da articulação entre o pediatra e o clínico de plantão. O Responsável Técnico de Enfermagem valida o apurado, o resultado integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, e atraso reincidente na mesma faixa horária abre plano de ação com causa, medida corretiva, responsável nominado e prazo, verificado na reunião seguinte e reportado à Comissão de Monitoramento e Avaliação.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

V.1.1.10 Percurso ortopédico e traumatológico

Os atendimentos com diagnóstico ortopédico ou traumatológico somam 1.532 por mês na UPA 24 horas Norte, equivalentes a 12,9% do total, e 1.935 na UPA 24 horas Sul, equivalentes a 14,0%. Esses percentuais foram apurados em período de melhoria progressiva do preenchimento do código diagnóstico, e por isso constituem patamar mínimo: a demanda real é igual ou maior. Em registros de produção médica, a ortopedia responde por 340 lançamentos mensais na Norte e 290 na Sul, com cobertura de plantão de ortopedia em cada turno nas duas unidades, nos quantitativos do quadro de pessoal (PALMAS, 2026). A diferença entre o total de atendimentos com diagnóstico traumatológico e o número de registros especializados mostra onde está o trabalho.

Essa combinação define o problema a resolver. A demanda traumatológica é alta e a cobertura especializada é limitada ao plantão de cada turno, o que significa que o percurso precisa ser organizado para que o ortopedista seja acionado no momento certo e não se torne gargalo da unidade inteira. A maior parte do trabalho, aliás, não depende dele, e depende de analgesia precoce, de imobilização provisória bem-feita, de radiografia oportuna e de orientação de alta clara. É sobre essa divisão de tarefas que o percurso se constrói nas duas unidades, e é ela que permite que o usuário com entorse não espere pelo mesmo profissional de quem depende a fratura exposta.

O desenho observa a Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, quanto à oferta de procedimentos ortopédicos e de confecção de aparelhos gessados nas unidades de Porte III (BRASIL, 2017f), a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, quanto ao atendimento ao trauma (BRASIL, 2002), as normas de proteção radiológica aplicáveis ao serviço de radiologia e as referências de atendimento inicial ao traumatizado adotadas nos protocolos assistenciais da entidade (ACS, 2018; ASM, 2026f). Dessa base decorre a ordem das etapas, que parte da dor e da proteção do membro, passa pela imagem e só então chega à avaliação especializada, de modo que a espera pelo ortopedista não suspenda o cuidado já indicado.

A dor é discriminador de classificação e é também o que mais incomoda quem chega com trauma, e por isso a unidade adota a regra da analgesia precoce. O usuário com dor moderada ou intensa recebe analgesia conforme protocolo antes de ser

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

encaminhado à radiologia, e não depois do laudo. Essa inversão de ordem tem efeito direto sobre a experiência do atendimento e sobre o tempo de permanência, porque o usuário com dor controlada colabora com o posicionamento radiológico e repete menos exames. A intensidade da dor é registrada por escala na classificação de risco e reavaliada depois da analgesia, de modo que o efeito da conduta fique documentado e possa ser conferido na ronda do coordenador de plantão.

Antes da radiografia, o membro é imobilizado provisoriamente pelo técnico de imobilização ortopédica ou pelo enfermeiro, conforme a complexidade da lesão e a prescrição médica, com avaliação e registro do estado neurovascular distal, compreendidos pulso, perfusão, sensibilidade e mobilidade. Essa avaliação é repetida após a imobilização definitiva e antes da alta, e qualquer alteração interrompe o percurso e aciona o médico de imediato, porque é o achado que identifica a lesão vascular e a síndrome compartimental, as duas complicações que não admitem espera. O registro das três avaliações no prontuário eletrônico é o que permite demonstrar, depois, em que momento a alteração apareceu, qual conduta a seguiu e quem a registrou.

Protegido o membro, o exame de imagem é solicitado pelo médico com a incidência definida e a prioridade herdada da cor da classificação. O técnico de radiologia confere a identificação do usuário e a incidência solicitada antes do disparo, e a proteção radiológica observa o uso de avental plumbífero no usuário e no acompanhante quando a presença for necessária, a colimação do campo e a restrição do número de incidências ao indicado. Na criança e na gestante a indicação é reavaliada antes da realização, por decisão médica registrada no prontuário eletrônico. O laudo é disponibilizado no mesmo prontuário e a sua liberação dispara aviso ao médico assistente, de maneira que nenhum laudo liberado permaneça sem leitura e sem conduta correspondente.

Com imagem e dor sob controle, nem todo trauma precisa do ortopedista, e definir isso com clareza é o que mantém a cobertura especializada disponível para quem precisa. O médico clínico resolve a contusão simples, a entorse sem instabilidade, a ferida que exige sutura e o trauma leve. O ortopedista é acionado para a fratura, a luxação, a suspeita de lesão ligamentar significativa, a ferida com exposição óssea ou articular, o trauma com comprometimento neurovascular e os casos em que a conduta inicial não resolveu. Quando o ortopedista está em procedimento, o médico clínico mantém o percurso em

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

andamento, com analgesia, imobilização e exame já realizados, de modo que a avaliação especializada seja o último passo e não o primeiro.

Definida a conduta, a imobilização definitiva é executada na sala própria de cada unidade, pelo técnico de imobilização ortopédica, sob prescrição médica. A sala é mantida com material de gesso e de tala conferido a cada turno, com registro da reposição. O procedimento segue a técnica indicada para o tipo de lesão, com proteção das proeminências ósseas, acolchoamento adequado e modelagem, e é seguido de nova avaliação neurovascular distal registrada. O usuário recebe orientação sobre elevação do membro, sinais de alerta, cuidados com o gesso, restrição de carga e data de retorno, e essa orientação é entregue por escrito, com conferência da compreensão pelo profissional que a entrega, porque é dela que depende a prevenção da complicação em casa.

Quadro 44 - Percurso ortopédico e traumatológico, etapa a etapa

Etapa	O que acontece	Responsável
Classificação de risco	Avaliação da dor, do mecanismo do trauma, da deformidade e do estado neurovascular distal; atribuição da cor	Enfermeiro classificador
Analgesia precoce	Analgesia conforme protocolo ao usuário com dor moderada ou intensa, antes do encaminhamento à radiologia	Médico plantonista, com administração pela enfermagem
Imobilização provisória	Imobilização do membro com avaliação e registro de pulso, perfusão, sensibilidade e mobilidade distais	Técnico de imobilização ortopédica ou enfermeiro
Radiologia	Exame com incidência definida, prioridade herdada da cor, proteção radiológica e laudo disponibilizado com aviso ao médico	Equipe de radiologia e médico assistente
Definição da conduta	Casos leves resolvidos pelo médico clínico; ortopedista acionado para fratura, luxação, lesão ligamentar significativa, exposição óssea ou comprometimento neurovascular	Médico clínico e médico ortopedista
Imobilização definitiva	Confecção do aparelho gessado ou imobilização conforme prescrição, com proteção de proeminências e nova avaliação neurovascular	Técnico de imobilização ortopédica, sob prescrição médica
Procedimentos associados	Sutura, limpeza e curativo de ferida, profilaxia antitetânica e antibioticoprofilaxia quando indicadas	Médico plantonista e enfermagem
Decisão de transferência	Acionamento da regulação nos casos que ultrapassam a capacidade instalada	Médico plantonista, com o enfermeiro designado
Alta e orientação	Orientação escrita sobre elevação do membro, sinais de alerta, cuidados com o gesso, restrição de carga e data de retorno; contrarreferência quando indicada	Médico e enfermeiro

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A unidade não realiza tratamento cirúrgico ortopédico, e por isso há um conjunto de situações em que a conduta é estabilizar e encaminhar. São elas a fratura exposta, a fratura com desvio que exija redução cirúrgica, a luxação irredutível, a lesão com comprometimento vascular ou neurológico, a suspeita de síndrome compartimental, a fratura de ossos longos em criança com indicação cirúrgica, a fratura de quadril e o politrauma. Nesses casos o usuário recebe analgesia, imobilização, profilaxia quando indicada e cobertura da ferida, e a solicitação ao Complexo Regulador Estadual é montada com o laudo radiológico e a descrição da lesão, para que a vaga seja definida sem nova rodada de informação.

Parte expressiva do percurso ortopédico envolve retorno, e o tratamento dado a ele tem efeito direto sobre a apuração do mês. Troca de gesso, revisão de ferida, retirada de pontos e leitura de exame são retornos programados no momento da alta e registrados como tal no desfecho, com data e motivo. O retorno previamente programado e registrado é excluído do cálculo da taxa de retorno não programado em até quarenta e oito horas, enquanto o retorno programado e não registrado como tal entra indevidamente no indicador e o deteriora sem que tenha havido falha assistencial (PALMAS, 2026). Por isso o campo de programação do retorno é de preenchimento obrigatório no sistema sempre que a conduta de alta previr nova vinda à unidade.

A diferença entre as unidades é de volume e de composição da demanda. Na UPA 24 horas Sul o percentual de atendimentos com diagnóstico ortopédico ou traumatológico é maior, e a escala de técnicos de imobilização contempla cobertura reforçada no período de maior procura, nos quantitativos do quadro de pessoal da unidade. Na UPA 24 horas Norte o volume absoluto é menor, mas a unidade recebe demanda espontânea de Luzimangues, o que inclui trauma de trânsito vindo da ligação rodoviária, e por isso mantém o mesmo padrão de prontidão da sala de imobilização nas vinte e quatro horas, sem redução no plantão noturno. O padrão de registro, de orientação de alta e de programação do retorno é idêntico nas duas unidades.

Os tempos do percurso têm executor e prazo definidos em cada etapa. O enfermeiro classificador registra a intensidade da dor por escala na classificação de risco, e o médico plantonista prescreve a analgesia em até quinze minutos do registro de dor moderada ou intensa, administrada pelo técnico de enfermagem em até dez minutos da

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

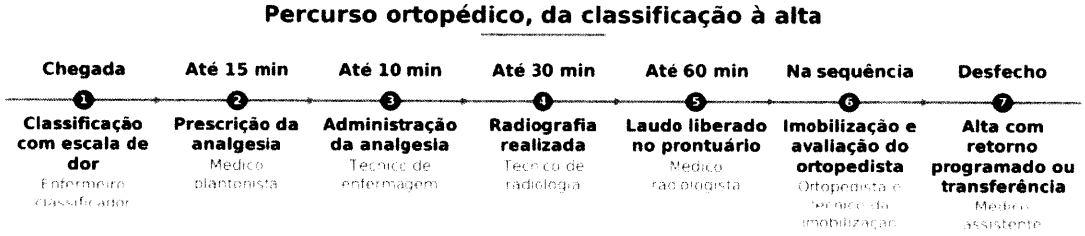
(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

prescrição, com horário lançado no prontuário eletrônico. O técnico de radiologia realiza o exame em até trinta minutos da solicitação nas cores amarela, verde e azul, e de imediato nas cores vermelha e laranja, e o laudo é liberado no prontuário eletrônico em até sessenta minutos da realização, com aviso ao médico assistente. Cada um desses prazos é conferido na ronda do coordenador de plantão.

O percurso é acompanhado por dois indicadores com responsável e consequência definidos. O primeiro é o percentual de usuários com dor moderada ou intensa que recebem analgesia em até trinta minutos da classificação, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa por cento. O segundo é o tempo entre a solicitação e a liberação do laudo radiológico, acompanhado mensalmente contra o nível de serviço fixado no contrato do serviço de laudo. A apuração é mensal, pelo coordenador de enfermagem, com validação do Responsável Técnico Médico, e o resultado abaixo da meta abre plano de ação em cinco dias úteis e integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

Figura 16 - Percurso ortopédico, da classificação à alta



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

V.1.1.11 Percurso da gestante

A gestante que procura uma porta de urgência traz dois riscos ao mesmo tempo, o dela e o do feto, e a maior parte das mortes maternas evitáveis decorre de atraso em reconhecer gravidade, em iniciar a medida certa e em transferir. A unidade não é maternidade e não faz pré-natal, mas é com frequência o primeiro serviço a ver a hemorragia, a convulsão eclâmptica e o parto que já não espera. O percurso existe para que esse primeiro contato produza estabilização e transferência, e não demora, e por isso

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

ele é escrito com tempos, executores e critérios de encaminhamento definidos antes de o caso chegar, e não construídos durante ele.

O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio, escrito, codificado, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido com as adaptações exigidas pela realidade das UPAs 24 horas Norte e Sul. O Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas integra o **Anexo XXXV**. O documento trata do sangramento genital, da dor pélvica, da gestação ectópica, do abortamento, das síndromes hipertensivas da gestação, da hemorragia pós-parto, do parto iminente e da violência sexual, situações que a unidade recebe sem aviso e precisa resolver com o que tem instalado. A folha de identificação a seguir traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão, e o documento é o mesmo nas duas unidades.

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

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, classificação de risco, consultórios, área de observação, sala de estabilização, laboratório, radiologia e ultrassonografia e o processo de transferência para a maternidade de referência
População	Mulheres em idade reprodutiva, gestantes em qualquer idade gestacional e puérperas até 42 dias após o parto ou o abortamento
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico e Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade
Elaboração e revisão	Responsável Técnico Médico, com revisão da coordenação assistencial e do Núcleo de Segurança do Paciente
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, mudança de diretriz ou alteração de estrutura
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o acolhimento, a avaliação, a estabilização e o encaminhamento de mulheres com urgências ginecológicas e obstétricas, com foco na prevenção da morte materna e na transferência segura para a maternidade de

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

referência. Esse foco orienta duas escolhas práticas do documento: a estabilização e o contato com a maternidade correm em paralelo, e não em sequência, e nenhum exame disponível na unidade justifica retardar a saída de paciente instável. O atendimento à mulher em situação de violência sexual observa a obrigatoriedade e a integralidade asseguradas em lei, com acolhimento imediato, sigilo e notificação (BRASIL, 2013). Nenhuma dessas condutas depende de boletim de ocorrência ou de autorização de terceiro.

As competências são distribuídas por categoria e conhecidas antes do atendimento. O médico faz a avaliação clínica e obstétrica, o diagnóstico, a prescrição, a assistência ao parto iminente, o manejo das emergências hipertensivas e hemorrágicas, o contato com a maternidade e com o Complexo Regulador Estadual e a definição do destino. O enfermeiro faz o acolhimento com classificação de risco obstétrico, afere sinais vitais e calcula o índice de choque, ausculta os batimentos cardíacos fetais com o detector fetal portátil, onde a unidade o possui, administra os medicamentos prescritos, presta assistência ao parto conforme sua habilitação e as normas do Conselho Federal de Enfermagem, cuida do recém-nascido, conduz o processo de enfermagem e registra (COFEN, 2021; COFEN, 2024).

As demais categorias completam a resposta da unidade. O técnico de enfermagem afere sinais vitais, prepara material, presta cuidados e administra medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro. O farmacêutico mantém disponíveis o conjunto de hemorragia pós-parto e o de sulfato de magnésio, com ocitocina, ácido tranexâmico e anti-hipertensivos padronizados, e confere diluições e doses. O assistente social assegura acolhimento, sigilo e articulação com a rede de proteção, em especial nos casos de violência. Essa alocação prévia é o que permite que a resposta à hemorragia comece sem que alguém precise decidir, no momento do caso, quem vai buscar o quê, e é conferida na passagem de plantão pelo enfermeiro coordenador.

As definições do protocolo delimitam cada quadro. Gestação ectópica é a implantação do embrião fora da cavidade uterina, que pode evoluir com ruptura e hemorragia com risco de morte. Abortamento é a interrupção antes de 20 a 22 semanas ou com concepto de peso inferior a 500 gramas, classificado em ameaça, inevitável, incompleto, completo, retido e infectado. Pré-eclâmpsia é a hipertensão arterial igual ou

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

superior a 140 por 90 milímetros de mercúrio identificada após a vigésima semana, associada a proteinúria ou a disfunção de órgão-alvo ou uteroplacentária. São sinais de gravidade a pressão igual ou superior a 160 por 110, a cefaleia persistente, as alterações visuais, a dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, as náuseas e vômitos, a oligúria, o edema agudo de pulmão, a plaquetopenia e a elevação de transaminases ou de creatinina.

As definições restantes tratam das emergências de maior letalidade e do parâmetro que as antecipa. Eclâmpsia é a crise convulsiva tônico-clônica em gestante ou puérpera com pré-eclâmpsia, na ausência de outra causa. Síndrome HELLP é a associação de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. Hemorragia pós-parto é a perda igual ou superior a 500 mililitros após parto vaginal ou 1.000 mililitros após cesariana nas primeiras 24 horas, ou qualquer perda que cause instabilidade. Índice de choque é a razão entre a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica, sendo o valor igual ou superior a 0,9 sinal de perda sanguínea significativa e o igual ou superior a 1,4 sinal de gravidade. Parto iminente é o trabalho de parto em período expulsivo, sem tempo hábil para transferência segura.

Dessas definições decorre uma sequência operacional fixa, aplicada na mesma ordem em qualquer das duas unidades: acolhimento e classificação de risco, avaliação ABCDE com sinais vitais e índice de choque, definição da idade gestacional e pesquisa de gonadotrofina coriônica, identificação da síndrome entre hemorrágica, hipertensiva, dor pélvica, parto e violência, estabilização e tratamento inicial, contato com a maternidade e transferência segura. Toda mulher em idade reprodutiva com dor abdominal ou pélvica, sangramento genital, síncope ou choque é investigada quanto à gestação, e gestantes e puérperas são identificadas desde a recepção e encaminhadas imediatamente à classificação de risco, sem aguardar na fila comum. O acompanhante de livre escolha da mulher é garantido durante todo o atendimento.

Os sinais de alerta obstétrico exigem avaliação médica imediata e ficam afixados na sala de classificação. São eles o sangramento genital volumoso ou o índice de choque igual ou superior a 0,9; a dor abdominal intensa, principalmente com instabilidade, que sugere gestação ectópica rota, descolamento prematuro de placenta ou rotura uterina; a pressão igual ou superior a 160 por 110, ou igual ou superior a 140 por 90 com sintomas; a convulsão, a cefaleia intensa, as alterações visuais e a epigastralgia; a febre com dor

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

pélvica ou após abortamento ou parto; a perda de líquido, as contrações regulares ou o período expulsivo; a redução ou ausência de movimentos fetais; e a dispneia, a dor torácica ou a alteração do nível de consciência.

A avaliação inicial compreende sinais vitais completos com cálculo do índice de choque, saturação periférica, temperatura, glicemia capilar e nível de consciência. A pressão arterial é aferida com a paciente sentada ou em decúbito lateral esquerdo, com manguito adequado, e repetida para confirmação. Procedem-se ao exame abdominal, à medida da altura uterina e à avaliação da dinâmica uterina, e à ausculta dos batimentos cardíacos fetais a partir da idade gestacional em que seja possível. O exame especular e o toque vaginal são feitos por profissional habilitado quando indicados, e na gestação de segunda metade com sangramento o toque vaginal não é realizado até a exclusão de placenta prévia por ultrassonografia. Avaliam-se ainda edema, reflexos tendinosos e sinais de sangramento.

A classificação de risco obstétrico utiliza os discriminadores obstétricos do protocolo institucional, em consonância com as orientações do Ministério da Saúde e observada a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014; ASM, 2025). Qualquer dos sinais de alerta leva a atendimento imediato na sala de estabilização, independentemente da cor que a aplicação isolada dos discriminadores gerais produziria. A avaliação ABCDE tem particularidades próprias da gestante que o protocolo enuncia uma a uma: na via aérea, atenção ao maior risco de via aérea difícil e de broncoaspiração; na respiração, oxigênio conforme a saturação e atenção ao edema agudo de pulmão na pré-eclâmpsia; na circulação, dois acessos venosos calibrosos, índice de choque e monitorização.

A circulação exige ainda uma medida postural que muda o resultado. Em gestante com mais de 20 semanas ou com útero no nível da cicatriz umbilical ou acima, adota-se decúbito lateral esquerdo ou deslocamento manual do útero para a esquerda, para evitar a compressão aortocava. No exame neurológico avaliam-se nível de consciência, convulsões e glicemia capilar, e na exposição a quantificação do sangramento, a temperatura e os sinais de violência. Os exames complementares são a gonadotrofina coriônica, urinária ou sérica, em toda mulher em idade reprodutiva com queixa compatível; hemograma com plaquetas, tipagem sanguínea e fator Rh, com prova cruzada

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

nas hemorragias; e coagulograma e fibrinogênio nas hemorragias graves, todos solicitados com a prioridade da cor atribuída.

Os exames restantes acompanham a síndrome suspeitada. Na suspeita de pré-eclâmpsia são solicitados proteinúria, creatinina, transaminases, desidrogenase láctica, bilirrubinas e plaquetas; conforme o quadro, exame de urina e urocultura; e ultrassonografia pélvica, transvaginal ou obstétrica conforme a disponibilidade da unidade, sem retardar a transferência de paciente instável. A monitorização é feita pelo técnico de enfermagem, que afere os sinais vitais, e pelo enfermeiro assistencial, que calcula o índice de choque a cada quinze minutos na paciente com sangramento ativo, com índice de choque igual ou superior a zero vírgula nove ou com pressão arterial sistólica igual ou superior a cento e sessenta ou diastólica igual ou superior a cento e dez milímetros de mercúrio, e a cada hora na paciente estável em observação, com registro de cada aferição no prontuário eletrônico.

A monitorização compreende ainda quatro controles específicos. São eles a quantificação do sangramento, com pesagem de compressas e absorventes quando possível; a diurese horária nas hemorragias e na pré-eclâmpsia grave; em uso de sulfato de magnésio, a verificação de reflexos patelares, frequência respiratória e diurese antes de cada dose e a cada hora; e os batimentos cardíacos fetais quando aplicável. As condutas iniciais reúnem acolhimento humanizado, sem julgamento, com privacidade, sigilo e acompanhante; estabilização conforme a avaliação primária, com decúbito lateral esquerdo nas gestantes de segunda metade; e contato precoce com a maternidade de referência e com o Complexo Regulador Estadual. Gestante a partir de 20 semanas com queixa obstétrica é, em regra, avaliada na maternidade de referência, após estabilização.

Quadro 46 - Tratamento por síndrome obstétrica e ginecológica

Situação	Conduta
Sangramento na primeira metade e gestação ectópica	Instabilidade com gonadotrofina positiva faz considerar gestação ectópica rota, com ressuscitação, tipagem e transferência imediata para serviço com centro cirúrgico; paciente estável segue com dosagem, ultrassonografia quando disponível e encaminhamento ao serviço de referência
Abortamento	Acolhimento, analgesia e avaliação de sinais de infecção; o abortamento infectado exige antimicrobiano e transferência; o incompleto com sangramento importante exige transferência para esvaziamento uterino; o sigilo profissional é respeitado em todos os casos; a profilaxia com imunoglobulina anti-D é assegurada às mulheres Rh negativo no serviço de destino ou na rede

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

Situação	Conduta
Sangramento na segunda metade	Suspeita de placenta prévia, descolamento prematuro de placenta ou rotura uterina; não se realiza toque vaginal; estabilizar, manter decúbito lateral esquerdo, obter dois acessos calibrosos, tipar e transferir imediatamente com suporte avançado
Síndromes hipertensivas	Sulfato de magnésio na eclâmpsia, na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou iminência de eclâmpsia e na síndrome HELLP, por ser o anticonvulsivante de escolha, superior aos benzodiazepínicos e à fenitoína; anti-hipertensivo de ação rápida com pressão igual ou superior a 160 por 110, com redução controlada tendo como referência sistólica de 140 a 150 e diastólica de 90 a 100; na convulsão eclâmptica, proteção contra traumas, decúbito lateral esquerdo, via aérea, oxigênio e sulfato de magnésio, sem benzodiazepínico como primeira escolha; transferência à maternidade de alto risco com o sulfato em curso
Hemorragia pós-parto	Reconhecimento precoce pela quantificação do sangramento e pelo índice de choque; massagem uterina, compressão bimanual e esvaziamento vesical; ocitocina intravenosa como uterotônico de primeira linha; ácido tranexâmico de 1 grama intravenoso em 10 minutos, o mais precocemente possível e em até 3 horas após o parto, com segunda dose se o sangramento persistir após 30 minutos ou recomeçar em até 24 horas; uterotônicos de segunda linha conforme prescrição, lembrando a contraindicação da metilergometrina na hipertensão; reposição volêmica com cristaloide aquecido; e transferência imediata para hospital com centro cirúrgico e agência transfusional
Parto iminente	Acionamento do médico e da equipe, apoio do SAMU 192 e da maternidade de referência; preparo do material de parto e de reanimação neonatal, com ambiente aquecido; assistência com técnica asséptica, sem pressão sobre o fundo uterino; após o nascimento, contato pele a pele, secagem e aquecimento, clampeamento do cordão entre 1 e 3 minutos no recém-nascido com boa vitalidade e reanimação neonatal quando necessária; ocitocina de 10 unidades por via intramuscular logo após o nascimento; vigilância do sangramento e do tônus uterino e transferência da puérpera e do recém-nascido
Urgências ginecológicas	Sangramento uterino anormal agudo com instabilidade exige ressuscitação, tipagem e transferência; a suspeita de torção anexial exige transferência de urgência para avaliação cirúrgica; a doença inflamatória pélvica recebe antimicrobiano conforme o protocolo do Ministério da Saúde, com transferência nos casos graves; o cisto roto com hemoperitônio e instabilidade exige ressuscitação e transferência
Violência sexual	Atendimento emergencial, integral e multidisciplinar obrigatório, com acolhimento, sigilo e privacidade; as profilaxias de anticoncepção de emergência, de exposição ao HIV, às infecções sexualmente transmissíveis e à hepatite B seguem os prazos e os protocolos vigentes do Ministério da Saúde, na própria unidade ou no serviço de referência; notificação compulsória imediata e comunicação aos órgãos de proteção quando a vítima for criança, adolescente ou idosa; o boletim de ocorrência não é condição para o atendimento

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências ginecológicas e obstétricas.

Os procedimentos assistenciais executados na unidade são a aferição de sinais vitais e o cálculo do índice de choque; a punção de dois acessos venosos calibrosos; a administração de sulfato de magnésio com vigilância de toxicidade; a massagem uterina e a compressão bimanual; a sondagem vesical de demora para controle de diurese quando

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

indicada; a assistência ao parto iminente e os cuidados imediatos ao recém-nascido; e o exame especular e o toque vaginal por profissional habilitado, quando indicados. Cada procedimento é registrado com horário e executor, e os conjuntos de material correspondentes são conferidos pelo farmacêutico e pelo enfermeiro assistencial na passagem de plantão, com registro da conferência e da reposição do que foi usado.

Os critérios de gravidade são o índice de choque igual ou superior a 0,9, a instabilidade hemodinâmica, o sangramento volumoso, a gestação ectópica rota, o sangramento na segunda metade da gestação, a pressão igual ou superior a 160 por 110, os sinais de gravidade da pré-eclâmpsia, a eclâmpsia, a síndrome HELLP, a sepse materna, a alteração do nível de consciência, o edema agudo de pulmão e o sofrimento fetal. Considera-se estabilizada para transporte a paciente com via aérea segura, controle das convulsões com sulfato de magnésio em curso, pressão em redução controlada, acessos venosos funcionantes e ressuscitação volêmica em curso nas hemorragias, com uterotônico e ácido tranexâmico administrados quando indicados, e posicionamento em decúbito lateral esquerdo. A estabilização não retarda a transferência de paciente com hemorragia ativa que necessite de tratamento cirúrgico.

Definido o grau de gravidade, o destino se separa em dois. Permanecem em observação, para reavaliação e exames, as pacientes estáveis com queixa ginecológica de baixa gravidade ou com ameaça de abortamento sem sangramento importante, até a definição do destino, respeitado o limite de permanência de 24 horas e com reavaliação médica registrada. São transferidas, pelo Complexo Regulador Estadual e com contato prévio com a maternidade, as gestantes com sinais de alerta obstétrico, com síndromes hipertensivas, com sangramento na segunda metade, em trabalho de parto, com gestação ectópica ou com abortamento complicado, as puérperas com hemorragia pós-parto ou pré-eclâmpsia e as mulheres com urgência ginecológica cirúrgica, sempre com o contato registrado em prontuário.

O destino da transferência varia conforme o recurso de que a paciente precisa. Vão para maternidade de alto risco com terapia intensiva a pré-eclâmpsia grave, a eclâmpsia, a síndrome HELLP, a hemorragia pós-parto grave e a sepse materna; e para hospital com centro cirúrgico e agência transfusional a gestação ectópica rota, as hemorragias com instabilidade e a torção anexial. O transporte de paciente instável, em

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

uso de sulfato de magnésio ou com hemorragia ativa é feito em suporte avançado, em decúbito lateral esquerdo quando gestante, acionado pela Central de Regulação das Urgências e pelo SAMU 192, com registro do horário do acionamento e da resposta obtida, de modo que o intervalo fique demonstrado.

A alta é considerada, a critério médico, em paciente estável, com quadro de baixa gravidade esclarecido e resolvido, sem sinais de alerta, com orientação por escrito sobre sinais de alarme e retorno imediato, e com vinculação ao pré-natal ou encaminhamento à Atenção Primária ou ao serviço de referência (ASM, 2026). O atendimento da gestante é registrado também na caderneta da gestante, o que mantém a continuidade do pré-natal informada do que ocorreu na urgência. O enfermeiro confere a compreensão da orientação com a paciente antes da saída, com atenção aos sinais de alarme que motivam retorno imediato, e registra essa conferência no episódio. A alta de paciente sem vínculo prévio com a maternidade de referência é articulada pelo assistente social.

O registro em prontuário do atendimento obstétrico compreende a idade gestacional, os dados do pré-natal, a tipagem e o fator Rh; os sinais vitais, o índice de choque, a pressão arterial seriada e os batimentos cardíacos fetais; a estimativa do sangramento; os medicamentos, com uterotônicos, ácido tranexâmico, sulfato de magnésio e anti-hipertensivos, suas doses, vias e horários, com vigilância de toxicidade; os dados do parto e do recém-nascido quando ocorrer na unidade; as notificações realizadas; e o contato com a maternidade e com o Complexo Regulador Estadual, com horário. É esse último registro que permite demonstrar, depois, o intervalo entre a decisão médica de transferir e a solicitação da vaga, que é indicador medido na parceria.

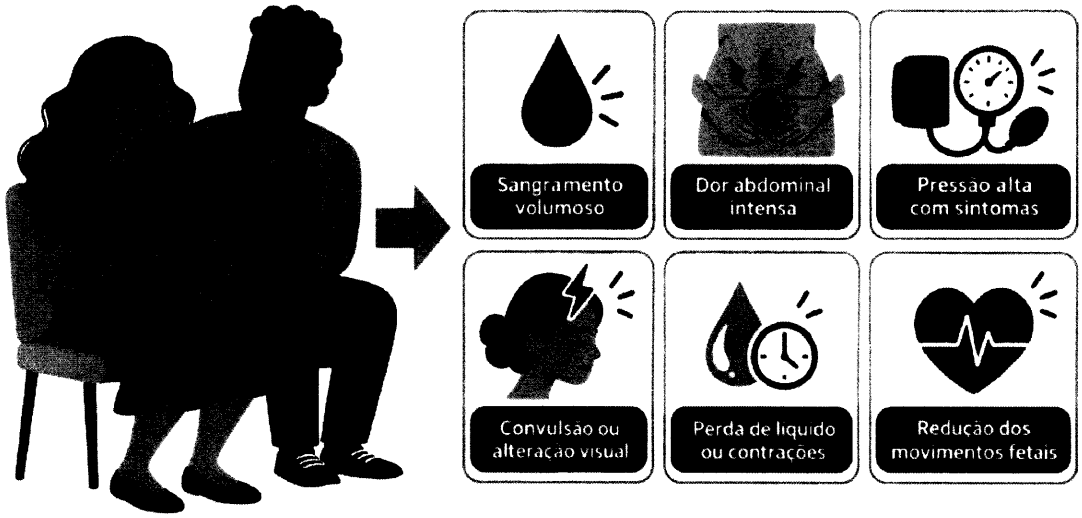
CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

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



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

As referências que sustentam o protocolo e orientam cada revisão são a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 2013); a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, com a redação da Portaria GM/MS nº 5.350, de 2024 (BRASIL, 2017d); a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014); a recomendação sobre ácido tranexâmico na hemorragia pós-parto (OMS, 2017); o índice de choque obstétrico (OPAS, 2018); as diretrizes de reanimação neonatal (SBP, 2022); e os protocolos vigentes do Ministério da Saúde para pré-natal, síndromes hipertensivas da gestação, hemorragia pós-parto e atenção às pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2017d).

As duas unidades aplicam o mesmo percurso e dispõem de ultrassonografia implantada em 2026, o que permite apoio diagnóstico imediato nos quadros estáveis. A UPA 24 horas Sul recebe gestantes dos municípios referenciados pela Resolução CIB/TO nº 001/2017, o que aumenta ali a frequência de mulheres sem vínculo prévio com a maternidade de referência de Palmas e torna o contato precoce com o Complexo Regulador Estadual ainda mais determinante do tempo de transferência (TOCANTINS, 2017). O cumprimento dos tempos e a ocorrência de cada caso grave são revisados pelo Responsável Técnico Médico de cada unidade e informados no relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

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

V.1.1.12 Percurso da pessoa em sofrimento psíquico

A pessoa em crise chega às duas unidades por conta própria, trazida pela família ou conduzida pelo SAMU 192, que registrou 1.732 ocorrências de natureza psiquiátrica em Palmas no ano de 2024. O município tem na violência autoprovocada o agravo de notificação compulsória de maior incidência, com 460,41 casos por cem mil habitantes, o maior valor da série histórica, e as internações por transtornos mentais mostram tendência de alta desde 2020 (PALMAS, 2025). Não é demanda eventual, e é a que mais expõe a unidade quando não há rotina escrita: sem percurso, a pessoa fica no corredor, a equipe improvisa e a contenção vira primeira medida em vez de última.

O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio, escrito, codificado, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido com as adaptações exigidas pela realidade das UPAs 24 horas Norte e Sul. O Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental integra o **Anexo XXXVII**. O documento organiza o atendimento em medidas graduadas, da abordagem verbal à contenção mecânica, e fixa para cada uma delas indicação, executor, tempo máximo e registro exigido, de modo que a escolha da medida não dependa do grau de tolerância de quem está no plantão. A folha de identificação a seguir traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

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

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Crise em Saúde Mental
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Todos os setores, em especial recepção, classificação de risco, consultórios, área de observação e sala de estabilização, e o processo de encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial
População	Adultos; crianças e adolescentes em crise seguem as mesmas diretrizes, observados o protocolo de urgências pediátricas, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a presença do responsável
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico e Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade
Elaboração e revisão	Responsável Técnico Médico, com revisão da coordenação assistencial e do Núcleo de Segurança do Paciente
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, mudança de diretriz ou alteração de estrutura

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

Campo	Conteúdo
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o acolhimento, a avaliação, a exclusão de causas orgânicas, o manejo da agitação psicomotora com prioridade para medidas não coercitivas, a avaliação do risco de suicídio e de violência e o encaminhamento na Rede de Atenção Psicossocial, com respeito aos direitos da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2001) e à segurança do usuário e da equipe. A ordem em que esses objetivos aparecem é a ordem em que são aplicados, e a prioridade das medidas não coercitivas é a regra que mais distingue o percurso: a contenção não é etapa do atendimento, e é exceção documentada, prescrita, cronometrada e revista a cada hora pelo médico plantonista.

As competências por categoria são declaradas no documento e conferidas na escala. O médico faz a avaliação clínica e psíquica, a exclusão de causas orgânicas, a avaliação de risco, a prescrição de medicamentos e de contenção mecânica quando indicada, a decisão sobre encaminhamento e o registro. O enfermeiro faz o acolhimento e a classificação de risco, conduz a abordagem verbal, avalia e vigia, supervisiona diretamente a contenção mecânica e a sua monitorização (COFEN, 2024b), administra medicamentos, conduz o processo de enfermagem e registra. O técnico de enfermagem mantém a vigilância contínua, afere sinais vitais, administra medicamentos conforme prescrição, participa da contenção sob supervisão do enfermeiro e registra cada verificação realizada.

Duas categorias completam a resposta e uma delas tem limite expresso. O assistente social faz o acolhimento e a avaliação psicossocial, apoia a família e articula a Rede de Atenção Psicossocial e a rede de proteção. A vigilância patrimonial apoia a segurança do ambiente, sob coordenação da equipe de saúde e sem conduta punitiva, e não executa contenção, que é ato assistencial. Essa vedação é escrita e treinada, porque a confusão entre segurança patrimonial e contenção assistencial é a origem mais frequente

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

de lesão e de denúncia nesse tipo de atendimento, e a sua prevenção depende de atribuição clara antes do episódio, e não de advertência depois de ele ter ocorrido.

As definições do protocolo delimitam o que se está tratando. Crise em saúde mental é a situação de intenso sofrimento psíquico, com alteração do comportamento, do pensamento, do humor ou da percepção, que compromete a capacidade da pessoa de lidar com a situação e pode envolver risco para si ou para terceiros. Agitação psicomotora é o estado de atividade motora e verbal excessiva, com irritabilidade e tensão, que pode evoluir para agressividade. Comportamento suicida é o espectro que inclui ideação, planejamento, tentativa e suicídio, e a lesão autoprovocada inclui também a autolesão sem intenção suicida. Abordagem verbal, ou desescalada, é o conjunto de técnicas de comunicação para reduzir a agitação e obter colaboração, preservando a autonomia e evitando medidas coercitivas.

As definições restantes tratam das medidas e dos seus limites. Tranquilização rápida é o uso de medicamentos para acalmar o usuário agitado, com o objetivo de reduzir o risco, sem induzir sedação profunda. Contenção mecânica é o uso de dispositivos para restringir movimentos, empregada somente como último recurso, quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente, pelo menor tempo possível. Internação involuntária é a internação psiquiátrica sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro, que exige laudo médico circunstanciado e comunicação ao Ministério Público pelo estabelecimento em que ocorrer (BRASIL, 2001). A sequência operacional é fixa: acolhimento e segurança do ambiente, avaliação clínica com exclusão de causas orgânicas, abordagem verbal, tranquilização rápida se necessária, contenção mecânica somente como último recurso, avaliação do risco de suicídio e de violência, reavaliação e encaminhamento na Rede de Atenção Psicossocial ou transferência.

O acolhimento é feito em ambiente calmo e seguro, com privacidade, com redução de estímulos, sem julgamento e com linguagem respeitosa. Objetos potencialmente perigosos são removidos do ambiente e dos pertences, com discrição e registro. A equipe identifica os sinais precoces de agitação, que são a inquietação, o tom de voz elevado, as ameaças, os punhos cerrados e o andar de um lado para outro, e é nesse momento que a abordagem verbal tem maior eficácia. Havendo risco imediato à integridade de usuários ou da equipe, aciona-se o apoio de segurança, mantida a coordenação pela equipe de

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

saúde. O usuário com risco de suicídio ou de fuga não fica sozinho em nenhum momento, e a observação contínua é nominalmente atribuída em cada turno.

Antes de qualquer rótulo diagnóstico vem a exclusão de causa orgânica. A história é obtida com o usuário e com os acompanhantes, e abrange início e evolução da crise, fatores desencadeantes, transtornos mentais prévios, tratamentos e medicamentos em uso, adesão, uso de álcool e outras substâncias, abstinência, comorbidades, tentativas de suicídio prévias, comportamento violento e acompanhamento em Centro de Atenção Psicossocial ou na Atenção Primária. Exigem investigação clínica antes de atribuir o quadro a transtorno mental o início agudo ou flutuante, o primeiro episódio em idade avançada, a alteração do nível de consciência ou da atenção, a desorientação, as alucinações visuais, os sinais vitais alterados, a febre, os sinais neurológicos focais, o traumatismo craniano, a intoxicação ou abstinência e as doenças clínicas conhecidas. Rotular como psiquiátrico um quadro clínico é a forma mais comum de dano grave nesse grupo.

A avaliação inicial compreende sinais vitais completos, saturação periférica, temperatura e glicemia capilar, tão logo seja seguro; exame físico e neurológico sumário com pesquisa de sinais de intoxicação, abstinência, trauma e infecção; avaliação do estado mental quanto a aparência, comportamento, consciência, orientação, atenção, pensamento, sensopercepção, humor e juízo crítico; avaliação da agitação com escala padronizada; e avaliação do risco de suicídio e de violência. A classificação é feita pelo enfermeiro, conforme o protocolo institucional e observada a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014; ASM, 2025), e a crise em saúde mental não é classificada com prioridade inferior por ser de natureza psíquica, o que é verificado na auditoria mensal de prontuários.

A agitação intensa, o risco iminente de agressão, a tentativa de suicídio, a ideação suicida com plano ou a alteração clínica associada exigem atendimento imediato em ambiente seguro, com observação contínua. Os exames complementares são dirigidos pela avaliação clínica e pela disponibilidade, com glicemia, eletrólitos, função renal e hepática, hemograma, exames toxicológicos, exame de urina, eletrocardiograma, especialmente antes ou após antipsicóticos em usuários de risco e nas intoxicações, teste de gravidez em mulheres em idade fértil e neuroimagem no serviço de referência quando

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

houver sinais neurológicos ou trauma. A solicitação de exame não suspende a vigilância nem a abordagem verbal já iniciada, e o resultado alterado é comunicado de imediato ao médico assistente.

A monitorização é contínua, com o usuário sempre à vista da equipe, nos casos de risco de suicídio, de fuga ou de agressão. Após a tranquilização rápida, acompanham-se sinais vitais, saturação, nível de consciência e padrão respiratório em intervalos regulares. Durante a contenção mecânica, o técnico de enfermagem verifica a cada quinze minutos sinais vitais, perfusão, pulso, integridade dos membros contidos, posicionamento e nível de consciência, com registro de cada verificação no prontuário eletrônico. O enfermeiro assistencial supervisiona diretamente a contenção e avalia hidratação, eliminações e necessidade de manutenção a cada hora, e o médico plantonista reavalia a indicação a cada sessenta minutos, registrando o horário de início, de cada reavaliação e de término. A contenção é mantida pelo menor tempo possível e nunca por mais de duas horas sem nova prescrição escrita, e todo episódio é notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente no mesmo plantão.

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

Linha	Medidas	Registro
Primeira linha, abordagem verbal	Apresentar-se, chamar a pessoa pelo nome, manter tom de voz calmo e distância segura, com rota de saída livre para o usuário e para a equipe; escutar ativamente, reconhecer o sofrimento e evitar confronto; estabelecer limites claros de forma respeitosa e oferecer escolhas possíveis, como medicação oral, local para se acalmar, alimentação ou contato com familiar; designar um único profissional para conduzir o diálogo, com os demais em apoio	Evolução com a descrição da abordagem e da resposta obtida
Segunda linha, tranquilização rápida	Indicada quando a abordagem verbal não for suficiente e houver risco; oferta preferencial da via oral se houver colaboração; na recusa com risco iminente, via intramuscular, com escolha do fármaco conforme a causa provável, com o objetivo de acalmar e não de sedar profundamente; evitar associação de benzodiazepínico com outros depressores pelo risco de depressão respiratória; monitorização após a administração, com material de via aérea e de reanimação disponível	Prescrição, horário da administração, efeitos e evolução da resposta

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Linha	Medidas	Registro
Terceira linha, contenção mecânica	Somente como último recurso, quando for o único meio de prevenir dano imediato ou iminente, nunca com propósito de disciplina, punição, coerção ou conveniência da equipe; indicada e registrada pelo médico, executada por equipe treinada em número adequado, sob supervisão direta do enfermeiro, com técnica que preserve a integridade física e a dignidade; pelo menor tempo possível, com reavaliação frequente e retirada assim que cessar o risco; vedado conter em decúbito ventral e vedada compressão torácica ou cervical; usuário e acompanhante informados do motivo e das condições de retirada; usuário contido mantido em local visível à equipe, com monitorização contínua	Indicação, prescrição, horário de início e de término, profissionais envolvidos, reavaliações e intercorrências

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do percurso da pessoa em sofrimento psíquico descrito nesta proposta.

O comportamento suicida tem abordagem direta e sem rodeios. A equipe pergunta diretamente sobre ideação, plano, meios e intenção, porque perguntar sobre suicídio não aumenta o risco. Avaliam-se fatores de risco e de proteção, com registro estruturado. Garantem-se ambiente seguro e observação contínua, com retirada dos meios, e tratam-se as lesões e as intoxicações. Toda lesão autoprovocada e toda tentativa de suicídio são de notificação compulsória imediata, feita no próprio atendimento e sem aguardar desfecho (BRASIL, 2019). O usuário com risco alto não recebe alta sem avaliação especializada e sem garantia de acompanhamento, sendo encaminhado ao serviço de referência da Rede de Atenção Psicossocial ou transferido para internação em leito de saúde mental.

Na alta de usuário com risco baixo, elabora-se plano de segurança com o próprio e com a família, restringe-se o acesso aos meios, agenda-se acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial ou na Atenção Primária e informam-se os serviços de apoio, entre eles o Centro de Valorização da Vida, pelo telefone 188. Nas demais crises o manejo é específico. Na crise de ansiedade ou de pânico, acolhimento, técnicas de respiração e orientação, com exclusão de causas orgânicas como síndrome coronariana aguda, arritmia, tromboembolismo pulmonar, hipoglicemia e hipertireoidismo, evitando a prescrição rotineira de benzodiazepínico para uso contínuo. A orientação de alta registra o serviço de acompanhamento e o telefone de apoio entregues à pessoa e ao acompanhante.

As outras duas situações frequentes têm encaminhamento próprio. No surto psicótico ou no episódio maníaco, adotam-se abordagem verbal, antipsicótico quando

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

indicado, avaliação de risco e articulação com o Centro de Atenção Psicossocial ou com o serviço de referência. Na intoxicação ou abstinência por álcool e outras drogas, adotam-se manejo clínico e encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas. Em qualquer delas a articulação é feita pelo assistente social, com contato efetivo registrado no prontuário, para que o encaminhamento não se reduza à entrega de um papel ao usuário. O registro traz o serviço contatado, o horário e o nome de quem recebeu a informação, e a ausência de resposta do serviço de destino é comunicada ao Responsável Técnico Médico no mesmo turno.

Os critérios de gravidade são a agitação intensa com risco iminente de agressão; a ideação suicida com plano, a tentativa de suicídio ou a lesão autoprovocada grave; a alteração do nível de consciência, os sinais vitais alterados ou a suspeita de causa orgânica; a intoxicação grave ou a abstinência complicada, com convulsões ou delirium; a síndrome neuroléptica maligna, a catatonia ou a hipertermia; e as complicações relacionadas à contenção ou à sedação. Qualquer deles conduz o usuário imediatamente à sala de estabilização, com registro da cor atribuída e do horário, e aciona o médico plantonista das áreas críticas por chamada direta, sem intermediação e sem passar pela fila de consultório.

Resolvida ou controlada a crise, o percurso se define pelo grau de estabilidade alcançado. Considera-se o usuário estabilizado quando estiver calmo ou com agitação controlada, sem necessidade de contenção, com sinais vitais estáveis, causas orgânicas excluídas ou tratadas e condições seguras para avaliação, encaminhamento ou transporte. Permanecem em observação, em ambiente seguro e com vigilância contínua, os usuários após tranquilização rápida, em intoxicação leve, em avaliação de risco de suicídio ou aguardando vaga na rede, respeitado o limite de 24 horas, com reavaliação médica a cada seis horas e de enfermagem a cada três, sem prejuízo da observação contínua exigida pelo risco e nominalmente atribuída em cada turno da escala.

São encaminhados, pelo Complexo Regulador Estadual ou pelo fluxo pactuado com a Rede de Atenção Psicossocial, os usuários com risco alto de suicídio ou de violência, com crise que não se resolve na unidade, com incapacidade de autocuidado, com necessidade de internação em leito de saúde mental em hospital geral ou serviço de referência, ou com causa orgânica que exija internação clínica. A internação involuntária

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41 100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

somente ocorre no estabelecimento de destino, que é o responsável pelo laudo e pela comunicação ao Ministério Público (BRASIL, 2001). O Centro de Atenção Psicossocial recebe a crise estabilizada que necessite de acompanhamento intensivo no território, com contato prévio registrado. Enquanto a vaga ou o atendimento de destino não se define, o usuário permanece em ambiente seguro, com observação contínua e reavaliação médica registrada, e o tempo de espera é acompanhado no painel diário da unidade.

O transporte é feito com segurança, por equipe de saúde, em ambulância adequada à condição clínica, e o transporte de pessoa em crise por viatura policial sem equipe de saúde não é fluxo assistencial adequado. A alta é considerada, a critério médico, quando a crise estiver resolvida, as causas orgânicas tiverem sido excluídas ou tratadas, o risco de suicídio e de violência for avaliado como baixo, houver acompanhante ou rede de apoio, plano de segurança e encaminhamento com contato efetivo com o Centro de Atenção Psicossocial ou com a Atenção Primária, acompanhada de orientação por escrito sobre sinais de alarme e serviços de apoio, cuja compreensão é conferida com o acompanhante (ASM, 2026).

O registro em prontuário desse atendimento compreende a descrição objetiva do comportamento, do estado mental e dos riscos avaliados; a investigação de causas orgânicas e seus resultados; as medidas não coercitivas adotadas e a resposta obtida; os medicamentos, doses, vias, horários e efeitos; na contenção mecânica, a indicação, a prescrição, o horário de início e de término, os profissionais envolvidos, a monitorização e as intercorrências; as notificações realizadas; a comunicação com a família, com a Rede de Atenção Psicossocial e com o Complexo Regulador Estadual; e as anotações de enfermagem conforme o processo de enfermagem (COFEN, 2024). A descrição é objetiva e factual, sem juízo de valor sobre a pessoa atendida.

A comunicação entre profissionais é parte da segurança do atendimento. O protocolo exige comunicação clara sobre o nível de risco e sobre as medidas de segurança adotadas; passagem de caso com ferramenta estruturada, incluindo riscos e medidas em curso; contato direto com o Centro de Atenção Psicossocial de referência ou com o serviço de destino para garantir a continuidade do cuidado; comunicação com a família com respeito ao sigilo e ao consentimento do usuário, exceto quando o risco à vida justificar a quebra do sigilo; e discussão da equipe após episódios de contenção ou de

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

agressão, conduzida pelo enfermeiro coordenador do turno e registrada em ata breve no mesmo plantão.

A segurança do usuário e da equipe é assegurada por medidas permanentes (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013). São elas o ambiente sem objetos cortantes, cordas, medicamentos e outros meios de autolesão ao alcance; a observação contínua dos usuários com risco de suicídio; a prevenção das complicações da contenção, entre elas asfixia posicional, lesões, trombose e desidratação, e das complicações da sedação; o respeito aos direitos da pessoa com transtorno mental, à privacidade e à dignidade; a capacitação periódica da equipe em abordagem verbal e em técnica de contenção; e a notificação de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente. O atendimento de usuário agitado nunca é feito por profissional sozinho, e todo episódio de agressão a profissional é registrado como ocorrência e levado ao Núcleo de Segurança do Paciente e à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

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



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

As referências que sustentam o protocolo e orientam cada revisão são a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001); a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (BRASIL, 2019); a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d); a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b); a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013); a Resolução CFM nº 2.057, de 2013; a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014); a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024); a

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

Resolução COFEN nº 746, de 2024 (COFEN, 2024b); e as diretrizes brasileiras de manejo da agitação psicomotora (ABP, 2022).

O percurso é idêntico nas duas unidades. Ambas recebem usuários conduzidos pelo SAMU 192 e mantêm ambiente reservado disponível e equipe treinada nas vinte e quatro horas, inclusive no plantão noturno, quando o apoio da rede é menor e a decisão recai inteiramente sobre a equipe de plantão. Todo episódio de contenção mecânica, de agressão a profissional e de tentativa de suicídio atendida é consolidado mensalmente pelo Responsável Técnico de Enfermagem, analisado na reunião do Núcleo de Segurança do Paciente com plano de ação e responsável nominado, e informado no relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, com a medida corretiva adotada em cada caso.

V.1.1.13 Precaução e isolamento do usuário com suspeita de doença transmissível

Uma porta de urgência reúne, no mesmo espaço e ao mesmo tempo, pessoas doentes, pessoas imunocomprometidas, crianças, idosos e profissionais. É o ambiente ideal para a transmissão, e é por isso que a identificação precoce do usuário com suspeita de doença transmissível não é um cuidado acessório: é o que impede que uma pessoa com tuberculose, sarampo ou síndrome gripal transmita para dezenas em uma sala de espera. Nas UPAs 24 horas Norte e Sul, com centenas de pessoas por dia dividindo recepção, espera e consultórios, essa identificação precisa acontecer na entrada e não no consultório, e precisa ser feita por quem recebe o usuário, antes de qualquer definição de diagnóstico.

O desenho observa a Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, e a Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998, quanto ao programa de controle de infecção, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, quanto à segurança do paciente (ANVISA, 2013), a Norma Regulamentadora nº 32 quanto à proteção dos trabalhadores expostos a agentes biológicos (BRASIL, 2005), e as orientações vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre precauções e isolamento em serviços de saúde. As precauções e os ambientes de isolamento seguem essas orientações (ANVISA, 2021b), e o processamento dos artigos observa os requisitos de boas práticas aplicáveis (ANVISA, 2012).

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A triagem para suspeita de doença transmissível começa na recepção e se completa na classificação de risco. O usuário com tosse, febre, exantema, diarreia aguda ou história de contato com caso confirmado recebe máscara cirúrgica na entrada, é orientado sobre higiene das mãos e etiqueta respiratória e é encaminhado a área de espera separada, com distanciamento. A sinalização visual na recepção orienta o próprio usuário a informar essas condições, e a equipe de recepção é treinada para reconhecê-las sem fazer diagnóstico, de modo que a conduta de barreira seja aplicada antes de qualquer definição clínica. A entrega da máscara e o encaminhamento à espera separada são registrados no episódio, com horário.

As precauções padrão aplicam-se a todos os usuários, independentemente de diagnóstico, e compreendem higiene das mãos, uso de luvas para contato com sangue e fluidos, avental quando houver risco de respingo, proteção facial em procedimentos geradores de respingo, manejo seguro de perfurocortantes e descarte adequado, com os equipamentos de proteção individual exigidos para cada atividade (BRASIL, 1978; BRASIL, 2005). A elas somam-se as precauções específicas, conforme a via de transmissão suspeita, que determinam o ambiente, os equipamentos e a restrição de circulação aplicáveis a cada caso. A indicação da precaução é feita pelo enfermeiro classificador na porta e confirmada ou alterada pelo médico assistente na avaliação, com registro do tipo adotado no prontuário eletrônico, para que a equipe do turno seguinte não precise deduzir a conduta pela sinalização do ambiente.

Quadro 49 - Tipos de precaução, situações típicas e equipamentos

Precaução	Quando se aplica	Equipamentos e medidas	Ambiente
Padrão	A todos os usuários, independentemente do diagnóstico	Higiene das mãos nos cinco momentos; luvas para contato com sangue e fluidos; avental em risco de respingo; proteção facial em procedimento gerador de respingo; descarte seguro de perfurocortantes	Qualquer ambiente da unidade
Contato	Suspeita de infecção por microrganismo multirresistente, escabiose, diarreia aguda infecciosa, lesões de pele extensas	Precaução padrão, mais luvas e avental na entrada do ambiente, retirados antes da saída; higiene das mãos antes e depois; equipamentos de uso exclusivo quando possível	Isolamento, ou área com separação definida e sinalizada

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Precaução	Quando se aplica	Equipamentos e medidas	Ambiente
Gotículas	Suspeita de síndrome gripal, meningite bacteriana, coqueluche, caxumba, rubéola	Precaução padrão, mais máscara cirúrgica pelo profissional a menos de um metro e máscara no usuário durante o deslocamento	Isolamento, ou separação com distância mínima de um metro e sinalização
Aerossóis	Suspeita de tuberculose pulmonar, sarampo, varicela	Precaução padrão, mais máscara de proteção respiratória pelo profissional e máscara cirúrgica no usuário; restrição de circulação	Isolamento com porta fechada e ventilação adequada; procedimentos geradores de aerossol realizados preferencialmente nesse ambiente

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir das orientações vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Identificada a suspeita, o usuário recebe máscara, é classificado em sala com a porta aberta e ventilação adequada, aguarda em área separada e é atendido em consultório designado, que é higienizado após o atendimento. Admitido em observação, permanece na área de isolamento. A UPA 24 horas Sul conta com posições de isolamento dentro da ala pediátrica, o que permite manter a criança no ambiente pediátrico sem deslocá-la, e dispõe de três leitos de isolamento gerais, contra dois na UPA 24 horas Norte. O deslocamento do usuário em precaução para exame é reduzido ao indispensável, feito com máscara, comunicado previamente ao setor de destino e seguido de higienização do equipamento e do trajeto.

A área de isolamento é sinalizada com o tipo de precaução adotada, de forma visível para a equipe e sem expor o diagnóstico do usuário, que é informação sigilosa (BRASIL, 2018). O acompanhante é orientado sobre as medidas, recebe os equipamentos necessários e é instruído quanto à higiene das mãos e à restrição de circulação. O número de profissionais que entram no ambiente é limitado ao necessário, e cada entrada e saída observa a sequência correta de colocação e de retirada dos equipamentos de proteção, que é treinada no programa de educação permanente e afixada na antessala, onde pode ser conferida antes de cada entrada pelo próprio profissional e pela chefia da área.

O ambiente de isolamento recebe limpeza concorrente diária e limpeza terminal após a alta, a transferência ou o óbito, com produto e técnica definidos, executada pelo auxiliar de serviços de higienização em até sessenta minutos da saída do usuário, e

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

registrada em lista de verificação por ambiente e por turno, conferida pelo encarregado de higienização a cada passagem de turno. Os resíduos gerados são do Grupo A, acondicionados em saco branco leitoso identificado (ANVISA, 2018), e as roupas são recolhidas em saco impermeável fechado no próprio ambiente, sem triagem no local, seguindo para o processamento com a mesma identificação (ANVISA, 2009). Os artigos são processados conforme a classificação por grau de risco, e os equipamentos de uso compartilhado são desinfetados entre usuários.

Toda suspeita de doença de notificação compulsória é notificada no próprio atendimento, e a referência técnica de vigilância em saúde da unidade confere diariamente as notificações do dia anterior e providencia a transmissão aos sistemas. Casos que exijam medida de bloqueio, como contato de meningite ou de sarampo, são comunicados de imediato à vigilância epidemiológica municipal, para que a conduta sobre os contatos não dependa do prazo ordinário de digitação. A unidade mantém o volume expressivo de notificações que já a caracteriza, com 2.915 registros na UPA Norte e 3.668 na UPA Sul no primeiro semestre de 2026, e trata esse volume como indicador de sensibilidade da vigilância, e não como carga administrativa (PALMAS, 2026).

A governança do processo é da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, que acompanha a adesão às precauções, a taxa de adesão à higiene das mãos, as ocorrências de exposição a material biológico e os eventos relacionados a isolamento, e propõe medidas de melhoria com responsável e prazo. A exposição ocupacional a material biológico tem fluxo próprio, com atendimento imediato do profissional, avaliação do risco, profilaxia quando indicada, notificação e acompanhamento, conduzido em articulação com o serviço de saúde ocupacional. Os indicadores da comissão e as ocorrências do período integram o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, com a medida adotada.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Figura 19 - Percurso do usuário com suspeita de doença transmissível



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

V.1.1.14 Identificação do usuário e barreiras de segurança

Segurança do paciente não se obtém pedindo atenção à equipe. Obtém-se desenhando o processo de modo que o erro, quando acontecer, encontre uma barreira antes de chegar ao usuário. Em uma unidade que atende cerca de oitocentos e cinquenta pessoas por dia nas duas portas, com equipe em revezamento ininterrupto e alta rotatividade de informação entre turnos, essas barreiras precisam estar embutidas na rotina, e não depender da memória de quem está no posto. A pergunta que organiza este item é concreta: em que ponto do percurso o erro é interceptado, por quem, com que instrumento e com que registro. É assim que cada uma das barreiras descritas adiante está construída.

O desenho observa a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b), e a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, que estabelece as ações para a segurança do paciente e determina a constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (ANVISA, 2013). Dele resultam seis barreiras, aplicadas e monitoradas em ambas as unidades, com ponto de aplicação, executor e forma de verificação definidos para cada uma, de maneira que a sua existência possa ser auditada e não apenas afirmada. Nenhuma delas depende de recurso que as duas unidades não tenham hoje instalado.

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

A primeira barreira é a identificação correta do usuário. Todo usuário é identificado por dois identificadores, o nome completo e a data de nascimento, nunca pelo número do leito, pela posição na fila ou pela queixa. O usuário admitido em observação ou em estabilização recebe pulseira com esses dois dados, conferida na colocação pelo enfermeiro. A identificação é verificada em voz alta, com confirmação pelo próprio usuário ou pelo acompanhante, antes de cada administração de medicamento, de cada coleta de amostra, de cada procedimento e de cada transporte. Quando o usuário não pode responder, a conferência é feita pela pulseira e pelo registro. Amostras laboratoriais são identificadas na presença do usuário, no momento da coleta, e nunca previamente.

A segunda barreira é a comunicação efetiva, e ela atua nos dois pontos em que a informação se perde. A passagem de plantão segue roteiro estruturado, com identificação do usuário, situação atual, histórico relevante, pendências e recomendação, e ocorre com a lista nominal em mãos. A ordem verbal, admitida apenas em situação de urgência que impeça o registro imediato, é repetida de volta por quem a recebe, confirmada por quem a emitiu e registrada em seguida. O resultado crítico de exame é comunicado verbalmente ao médico assistente, com registro do horário e do nome de quem recebeu, e a comunicação é repetida de volta da mesma forma, com a conduta decorrente lançada no episódio.

A terceira barreira é a segurança na prescrição e na administração de medicamentos. A prescrição é eletrônica, legível e identificada, sem abreviaturas de risco, com dose, via, frequência e, na pediatria, dose por quilograma e dose total calculada. A administração observa a conferência do usuário certo, do medicamento certo, da dose certa, da via certa, do horário certo, do registro certo, da orientação certa, da forma certa e da resposta certa. Os medicamentos potencialmente perigosos são armazenados em local identificado e separado, com rotulagem diferenciada, e exigem dupla conferência independente antes da administração, assim como toda medicação endovenosa pediátrica. Eletrólitos concentrados não ficam disponíveis em unidades assistenciais sem controle específico.

A quarta barreira é a segurança nos procedimentos. Antes de qualquer procedimento invasivo, incluídos sutura, drenagem, imobilização, acesso venoso central quando realizado e punções, a equipe confirma em voz alta a identificação do usuário, o

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

procedimento a ser realizado, o lado e o sítio quando aplicável, e o consentimento quando exigível. A confirmação é breve e é registrada no prontuário eletrônico, de modo que a sua realização não dependa de declaração posterior. A marcação do sítio é feita quando houver lateralidade, e o material é conferido antes do início pelo profissional que executa, com apoio do técnico de enfermagem escalado para a sala, que confirma a conferência antes do início.

A quinta barreira é a higiene das mãos, e é a de maior impacto em relação ao seu custo. A unidade adota os cinco momentos de higiene das mãos, antes do contato com o usuário, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após o contato com o usuário e após o contato com áreas próximas ao usuário. A disponibilidade de preparação alcoólica em pontos de uso é verificada diariamente, e a adesão é monitorada por observação direta periódica, conduzida pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, com devolutiva por setor e por turno e plano de ação para o setor abaixo da meta.

A sexta barreira é a prevenção de quedas e de lesão por pressão. O risco de queda é avaliado na admissão em observação, reavaliado em cada passagem de plantão, após cada administração de medicamento que altere o nível de consciência, o equilíbrio ou a pressão arterial, diante de mudança do quadro e antes da liberação, e tratado com grades elevadas, campainha ao alcance, calçado antiderrapante, iluminação adequada, orientação ao usuário e ao acompanhante e sinalização discreta do leito quando o risco é alto, conforme o protocolo institucional de prevenção de quedas da entidade (ASM, 2025b). O risco de lesão por pressão é avaliado com a mesma periodicidade e tratado com mudança de decúbito, proteção de proeminências, hidratação da pele e atenção à nutrição e à umidade, com as reavaliações registradas em prontuário.

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

Barreira	Como se aplica	Onde se aplica	Como se verifica
Identificação correta do usuário	Dois identificadores, nome completo e data de nascimento; pulseira em observação e estabilização; conferência em voz alta antes de cada ato	Recepção, classificação, medicação, coleta, procedimentos e transporte	Auditoria por amostra de prontuários e observação direta

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Barreira	Como se aplica	Onde se aplica	Como se verifica
Comunicação efetiva	Passagem de plantão com roteiro estruturado e lista nominal; ordem verbal repetida de volta e registrada; resultado crítico comunicado com registro do receptor	Todos os turnos e todos os setores assistenciais	Conferência dos registros de passagem e dos registros de resultado crítico
Segurança na medicação	Prescrição eletrônica sem abreviaturas de risco; nove certos na administração; dupla conferência em medicamentos potencialmente perigosos e em endovenosos pediátricos; armazenamento separado e rotulagem diferenciada	Prescrição, farmácia, sala de medicação e observação	Auditoria de prescrição, conferência do armazenamento e notificação de quase erros
Segurança nos procedimentos	Confirmação em voz alta de usuário, procedimento, lado e sítio antes do ato; marcação do sítio quando houver lateralidade; conferência do material	Sutura, drenagem, imobilização, punções e demais procedimentos invasivos	Registro da confirmação e auditoria por amostra
Higiene das mãos	Cinco momentos; preparação alcoólica disponível em pontos de uso, verificada diariamente	Todos os ambientes assistenciais	Observação direta periódica, com devolutiva por setor e por turno
Prevenção de quedas e de lesão por pressão	Avaliação na admissão em observação e a cada 24 horas; grades, campainha, calçado antiderrapante e sinalização; mudança de decúbito e proteção de proeminências	Área de observação e áreas de permanência prolongada	Escala aplicada e registrada, e notificação dos eventos ocorridos

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Figura 20 - As seis barreiras de segurança do paciente



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

A notificação de incidentes sustenta todo o conjunto, porque barreira que falha sem ser notificada não é corrigida. Todo incidente, com ou sem dano, inclusive o quase

erro que não chegou ao usuário, é notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente por formulário acessível a qualquer profissional, com possibilidade de notificação não identificada. A análise busca a falha do processo, e não o responsável individual, porque sistema que pune a notificação deixa de receber notificação e passa a operar às cegas. Os eventos com dano são analisados em profundidade, com identificação das causas e plano de ação com responsável e prazo, e o resultado é devolvido às equipes na reunião seguinte do Núcleo.

A entidade acompanha, como indicadores internos de gestão da segurança, a taxa de adesão à higiene das mãos, o número de notificações recebidas por mês, que é lido como indicador de cultura e não como indicador de erro, o percentual de eventos com dano em relação ao total notificado, o número de quedas em observação, o número de erros de medicação interceptados antes da administração e o percentual de conformidade na identificação do usuário verificada por auditoria. Esses números são levados mensalmente ao Núcleo de Segurança do Paciente e consolidados no relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, acompanhados da medida corretiva adotada em cada caso.

As seis barreiras valem igualmente nas duas unidades, com a mesma exigência, os mesmos executores e os mesmos registros, e o que varia entre elas é apenas a frequência com que cada uma é acionada. A diferença de composição da demanda, com maior proporção pediátrica na UPA 24 horas Sul, aumenta ali a frequência de aplicação da dupla conferência de medicação, e a maior evasão da mesma unidade torna a conferência da identificação na chamada nominal ainda mais relevante. O desenho da barreira, porém, é o mesmo, e a diferença aparece no dimensionamento das auditorias e no consumo de insumos, nunca no critério de conferência e nunca na obrigação de registro.

A sexta barreira é operacionalizada por protocolo próprio, mantido pela entidade e aqui reproduzido, já adaptado às UPAs 24 horas Norte e Sul. O Protocolo institucional de Prevenção de Quedas integra o **Anexo XVII**. A queda é o evento adverso mais frequente em serviços com permanência de usuários e o de prevenção mais barata, porque depende de avaliação de risco, de ambiente conservado e de orientação, e não de tecnologia. Em porta aberta ela tem ainda uma particularidade que o protocolo enfrenta

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

de forma expressa: boa parte do risco está fora da área assistencial, na espera, no deslocamento e no apoio diagnóstico.

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

Campo	Conteúdo
Título	Prevenção de Quedas
Tipo de documento	Protocolo institucional da Associação Saúde em Movimento
Emissão e revisão	Emitido em 29 de março de 2025, revisão 00, versão inicial
Elaboração	Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e enfermeira do Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Análise crítica	Enfermeiras responsáveis técnicas das unidades sob gestão da entidade
Aprovação	Gerente Assistencial
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Todas as áreas de atendimento, espera, apoio diagnóstico e circulação, e todos os usuários, do acolhimento à alta, à transferência ou ao óbito
Responsáveis técnicos na aplicação	Responsável Técnico de Enfermagem e Responsável Técnico Médico de cada unidade
Instrumentos próprios do protocolo	Escala de Risco de Queda de Morse, Escala de Humpty Dumpty, termo de ciência do risco de queda, fluxogramas de atendimento imediato na queda com dano e sem dano e formulário de notificação de incidentes e eventos adversos
Periodicidade de revisão	Anual, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, mudança normativa ou alteração de estrutura
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XVII, Protocolo institucional de Prevenção de Quedas**
Assinaturas	Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Responsável Técnico Médico: _____ Coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é reduzir a ocorrência de quedas de usuários nos pontos de assistência das UPAs 24 horas Norte e Sul e os danos delas decorrentes, por meio da avaliação do risco, do cuidado multiprofissional em ambiente seguro e da educação do usuário, do acompanhante e dos profissionais. Os três meios enunciados atuam em momentos distintos do percurso: a avaliação identifica quem está em risco, o ambiente reduz o risco de todos, inclusive de quem não foi avaliado, e a educação transfere parte da prevenção ao próprio usuário e a quem o acompanha, inclusive depois da alta, quando a orientação entregue por escrito é o que resta da prevenção.

A definição adotada no protocolo é ampla, por decisão técnica. Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o usuário é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca, do leito ou de assentos, entre eles cadeira de rodas, poltrona de medicação, cadeira higiênica, berço e vaso sanitário. Incluir o amparo na definição amplia a notificação e é intencional, porque o quase erro é justamente o que permite corrigir o ambiente antes do dano.

O protocolo alcança todos os profissionais, sejam próprios, terceirizados ou servidores municipais disponibilizados, e todos os usuários das duas unidades, durante todo o período de permanência, da recepção e da sala de espera às salas de classificação, consultórios, sala de medicação, sala de imobilização, apoio diagnóstico, observação, estabilização e áreas de circulação. Em uma porta de urgência, parte relevante do risco está fora da área assistencial, na espera e no deslocamento, e por isso o protocolo não se limita aos leitos de observação. É dessa decisão que decorre o tratamento dado adiante à queda ocorrida antes do início do atendimento, que é notificada e analisada como qualquer outra ocorrência assistencial.

Quadro 52 - Atribuições por categoria na prevenção de quedas

Categoria	Atribuições
Núcleo de Segurança do Paciente	Coordenar a implantação e a implementação do protocolo; monitorar os indicadores; investigar as notificações de queda; acompanhar os planos de ação e devolver os resultados às equipes
Enfermeiro	Avaliar o risco de queda de todo usuário admitido em observação ou em estabilização, pela Escala de Morse no adulto e no idoso e pela Escala de Humpty Dumpty na criança, e registrar o resultado em prontuário; reavaliar a cada 24 horas e a cada mudança do quadro; sinalizar o usuário de alto risco no leito e no prontuário; colher a ciência do usuário ou do acompanhante quando o risco for alto; prescrever os cuidados preventivos conforme a faixa de risco; individualizar as medidas; alocar o usuário de alto risco próximo ao posto de enfermagem e ao banheiro; orientar usuário e acompanhante; garantir a transmissão da informação na passagem de plantão e no transporte; notificar as ocorrências
Técnico de enfermagem	Executar os cuidados prescritos; manter grades elevadas, maca e leito na posição mais baixa e rodas travadas, inclusive após cada procedimento; identificar comportamentos de risco e comunicar ao enfermeiro; orientar usuário e acompanhante; valorizar a queixa de tontura, fraqueza ou instabilidade; notificar as ocorrências
Médico	Considerar o risco de queda na prescrição, em especial com sedativos, hipnóticos, anti-hipertensivos, diuréticos, hipoglicemiantes e opioides; orientar sobre efeitos que aumentam o risco; avaliar o usuário após a queda e solicitar os exames necessários; registrar a avaliação e a conduta; notificar as ocorrências
Médico ortopedista	Avaliar o usuário com suspeita de lesão musculoesquelética decorrente de queda, na própria unidade, e conduzir a imobilização ou a solicitação de transferência quando indicada

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Categoria	Atribuições
Farmacêutico	Identificar na prescrição os medicamentos que aumentam o risco de queda e emitir alerta ou parecer à equipe; orientar usuário e acompanhante sobre efeitos colaterais e interações; participar da análise dos eventos relacionados a medicamento
Assistente social	Apoiar o usuário e a família em situação de confusão, ansiedade ou recusa de cuidado, favorecendo a adesão às medidas; articular a presença de acompanhante quando necessária à segurança
Nutricionista	Reduzir jejum prolongado desnecessário e manter a oferta alimentar adequada, por ser a hipoglicemia causa frequente de queda; comunicar comportamentos de risco observados
Maqueiro e condutor	Transportar com grades elevadas, cinto quando disponível e rodas travadas na transferência; comunicar à enfermagem o usuário que apresente instabilidade
Higienização	Sinalizar piso molhado durante e após a limpeza e diante de qualquer derramamento; comunicar vazamentos e pisos danificados; manter corredores livres de materiais
Manutenção	Manter em plano de manutenção preventiva leitos, macas, poltronas, cadeiras de rodas e cadeiras higiênicas; corrigir em tempo oportuno rodas, travas, grades e barras de apoio; instalar e conservar barras nos banheiros, fitas antiderrapantes e iluminação adequada

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

A avaliação do risco no adulto e na pessoa idosa é feita pelo enfermeiro na admissão em observação ou em estabilização, pela Escala de Morse, com registro em prontuário, e repetida em cada passagem de plantão e sempre que houver mudança do quadro, nos momentos relacionados no protocolo de manejo do risco de queda adiante reproduzido clínico, início de sedativo, hipotensão ou relato de tontura. Na área de espera, a avaliação formal não se aplica a todos, e a proteção se dá pelas medidas universais e pela observação ativa da equipe, que encaminha à classificação o usuário com instabilidade evidente, sem aguardar a ordem da fila. A ronda de segurança do plantão verifica essas áreas e registra em instrumento próprio o que encontrar fora de conformidade.

Quadro 53 - Escala de Risco de Queda de Morse

Item	Resposta	Pontos
Histórico de queda	Não	0
	Sim	25
Diagnóstico secundário	Apenas um diagnóstico	0
	Mais de um diagnóstico	15
Auxílio na deambulação	Nenhum, acamado ou auxiliado por profissional de saúde	0
	Muletas, bengala ou andador	15
	Apoia-se no mobiliário ou na parede	30
Terapia endovenosa ou cateter venoso	Não	0
	Sim	20

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Item	Resposta	Pontos
Marcha	Normal, sem deambulação, acamado ou em cadeira de rodas	0
	Fraca, passos curtos e vacilantes, com apoio leve	10
	Comprometida ou cambaleante, não caminha sem ajuda	20
Estado mental	Orientado e consciente quanto à própria capacidade	0
	Superestima a capacidade ou esquece as limitações	15
Faixas de risco	Baixo de 0 a 24 pontos; médio de 25 a 44 pontos; alto igual ou acima de 45 pontos	-

Fonte: Urbanetto, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 3, 2013.

Na pediatria, a avaliação é feita pela Escala de Humpty Dumpty, aplicada pelo enfermeiro na admissão em observação e repetida em cada passagem de plantão e a cada mudança do quadro. A maior proporção de atendimentos pediátricos da UPA 24 horas Sul torna a aplicação dessa escala ali mais frequente, sem alterar o critério nem a periodicidade. A escolha de instrumento próprio para a criança decorre da mesma razão que impõe parâmetros pediátricos de sinais vitais: os fatores de risco de queda infantil são o desenvolvimento, a resposta a sedativos e a presença do responsável, e não a marcha e o uso de dispositivos de apoio, como ocorre no adulto e na pessoa idosa.

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

Parâmetro	Critério	Pontos
Idade	Menos de 3 anos	4
	De 3 a 6 anos	3
	De 7 a 12 anos	2
	Mais de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alteração da oxigenação, desidratação, anemia, síncope ou tontura	3
	Transtorno psíquico	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda, ou lactente em cama	4
	Criança com auxiliar de marcha, lactente em berço, ambiente com muito equipamento ou com iluminação fraca	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação em uso	Dois ou mais entre sedativo, hipnótico, barbitúrico, antidepressivo, laxante, diurético e opioide	3
	Um dos medicamentos acima	2
	Outros medicamentos ou nenhum	1
Déficit cognitivo	Não consciente das próprias limitações	3
	Esquece as próprias limitações	2

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Parâmetro	Critério	Pontos
	Orientado conforme a própria capacidade	1
Sedação ou anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas ou nenhuma	1
Faixas de risco	Baixo de 7 a 11 pontos; alto de 12 a 23 pontos	-

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report, 2009.

As medidas universais aplicam-se a toda a unidade, independentemente de avaliação individual, e são verificadas na ronda de segurança. São elas piso antiderrapante e mantido seco, com sinalização de piso molhado durante e após a limpeza; barras de apoio nos banheiros; corredores, salas e áreas de espera livres de equipamentos e obstáculos; iluminação adequada, inclusive no período noturno; fios elétricos e de equipamentos recolhidos e presos; aberturas de janelas restritas; orientação sobre vestuário e calçado adequados; leitos, macas e poltronas com rodas travadas e grades elevadas; e mobiliário da espera dimensionado para idosos e pessoas com mobilidade reduzida, com as prioridades asseguradas em lei (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003; BRASIL, 2015).

Quadro 55 - Medidas preventivas por faixa de risco

Faixa	Medidas
Morse, risco baixo, 0 a 24 pontos	Orientar o usuário sobre o ambiente e a localização do banheiro; educar usuário e acompanhante sobre o risco e as medidas; incentivar o pedido de ajuda; manter os objetos de uso pessoal ao alcance; manter o leito na posição mais baixa, travado e com grades elevadas; verificar o travamento da cadeira de rodas; assegurar o uso de óculos e de aparelho auditivo quando houver; na hipotensão postural, orientar a levantar progressivamente, com a cabeceira a 30 graus e os pés apoiados no chão por cinco minutos antes de sair do leito; considerar o jejum prolongado na avaliação; adequar o mobiliário à faixa etária na pediatria
Morse, risco médio, 25 a 44 pontos	Todas as medidas da faixa anterior; supervisionar ou auxiliar a mudança de posição, a higiene pessoal e a ida ao banheiro; reorientar o usuário confuso; estabelecer rotina de eliminação quando couber; verificar déficit de mobilidade, de força, de equilíbrio e de resistência; reforçar o cuidado com sonda, dreno e equipo, que limitam a mobilidade; supervisão periódica; comunicar o risco a quem recebe o usuário no transporte e na transferência

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

Faixa	Medidas
Morse, risco alto, 45 pontos ou mais	Todas as medidas das faixas anteriores; sinalizar o risco no leito e no prontuário; alocar o usuário próximo ao posto de enfermagem e ao banheiro; permanecer com o usuário durante o uso do banheiro; assegurar e orientar a presença de acompanhante, mesmo fora das hipóteses legais; orientar que só se levante acompanhado; rever com o médico e com o farmacêutico os medicamentos em uso; adotar contenção mecânica apenas por prescrição médica e segundo as regras de indicação, prazo e reavaliação deste capítulo
Humpty Dumpty, risco baixo, 7 a 11 pontos	Acomodar a criança de até 36 meses em berço com grades na altura máxima e a criança acima de 36 meses em leito com grades elevadas; manter ao menos uma grade elevada durante qualquer procedimento; orientar a família sobre o risco próprio da faixa etária e do diagnóstico; atentar às medicações que alteram mobilidade e equilíbrio; transportar o lactente de até 6 meses no colo do responsável, a criança de 6 a 36 meses em maca deitada e a criança acima de 36 meses em maca ou cadeira de rodas, sempre acompanhada
Humpty Dumpty, risco alto, 12 a 23 pontos	Todas as medidas da faixa anterior; alocar a criança próxima ao posto de enfermagem; reavaliar periodicamente diante de diagnóstico associado a maior risco; não permitir que se levante sozinha quando houver história de queda com dano; avaliar e registrar diariamente a condição de deambulação e informá-la à família; acompanhar a criança na deambulação, pelo responsável ou pela enfermagem; orientar o levantar progressivo conforme a idade; revisar a medicação na admissão e orientar a cada mudança de prescrição

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Antes de erguer o usuário do solo, a equipe verifica sinais de fratura de membro e de lesão de coluna, e a movimentação é feita com a técnica adequada quando há suspeita. Avaliam-se de imediato as condições clínicas reversíveis que podem ter provocado a queda, com glicemia capilar, pressão arterial, oximetria e avaliação neurológica. O usuário com sinal de lesão grave, e o usuário mais vulnerável a lesão grave, é avaliado sem demora pelo médico plantonista, que solicita os exames de imagem necessários; havendo suspeita de lesão musculoesquelética, a avaliação é complementada pelo ortopedista da própria unidade. O médico reavalia a prescrição, e a enfermagem reavalia o risco e ajusta as medidas preventivas. Quando a queda não foi presenciada pela equipe, valoriza-se o relato do usuário, do acompanhante e de terceiros.

A queda de pessoa que ainda não iniciou o atendimento é tratada como ocorrência assistencial, e não como incidente de circulação. O primeiro atendimento é prestado pela equipe mais próxima, o usuário é conduzido à classificação de risco e avaliado pelo médico plantonista, que solicita os exames necessários e aciona o ortopedista da unidade quando há suspeita de lesão. O ocorrido e as medidas adotadas são registrados em prontuário, aberto no ato se ainda não existir, e a ocorrência é notificada da mesma forma

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

que as demais, de modo que a queda na recepção, na espera ou no apoio diagnóstico apareça no indicador e seja analisada na reunião mensal do Núcleo.

O registro em prontuário de toda queda compreende a data e a hora da ocorrência; o tipo, entre tropeço, escorregão, desmaio, perda de equilíbrio e queda da própria altura; o local e a circunstância, entre leito, maca, poltrona, cadeira, banheiro, equipamento, transporte e procedimento; as condições do usuário no momento; a existência e a descrição do dano, com o local anatômico; a avaliação da equipe; a conduta adotada, com os exames e procedimentos realizados; e a resposta do usuário à conduta. É esse conjunto de dados que permite distinguir, na análise mensal, a queda por fator do ambiente da queda por condição clínica, que exigem medidas corretivas de natureza inteiramente diferente.

Toda queda, com ou sem dano, e todo quase erro relacionado a queda são notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente por formulário eletrônico e também por formulário impresso disponível em todos os setores, com acesso por código de leitura óptica afixado nos murais das duas unidades. Qualquer profissional pode notificar, de qualquer vínculo, e a notificação pode ser feita sem identificação de quem notifica. A análise busca a falha do processo, e o resultado é devolvido às equipes na reunião mensal do Núcleo, com a medida corretiva, o responsável e o prazo, e o acompanhamento do plano permanece na pauta até o encerramento, verificado pelo Responsável Técnico de Enfermagem.

Quadro 56 - Indicadores de monitoramento da prevenção de quedas

Indicador	Fórmula	Periodicidade
Incidência de quedas	Número de quedas notificadas dividido pelo número de usuários-dia em observação, multiplicado por mil	Mensal
Quedas com dano	Número de quedas com dano dividido pelo número total de quedas notificadas, multiplicado por cem	Mensal
Cobertura da avaliação de risco	Número de usuários admitidos em observação com avaliação de risco registrada dividido pelo número de admissões em observação, multiplicado por cem	Mensal
Conformidade da reavaliação	Número de reavaliações de risco realizadas dividido pelo número de reavaliações devidas, multiplicado por cem	Mensal
Conformidade das medidas no alto risco	Número de usuários de alto risco com as medidas prescritas e executadas dividido pelo número de usuários de alto risco, multiplicado por cem	Mensal, por auditoria de amostra

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

As referências que sustentam o protocolo e orientam cada revisão são a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b); a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013); o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; o documento de referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014b); a tradução e adaptação transcultural da Morse Fall Scale para a língua portuguesa (URBANETTO et al., 2013); e a estrutura conceitual da classificação internacional de segurança do paciente, que fixa a terminologia de incidente e de dano adotada pela entidade (OMS, 2009).

A verificação das barreiras é feita por auditoria com amostra, periodicidade e executor definidos. O enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente audita semanalmente cinquenta pulseiras por unidade, em turnos alternados, e registra a conformidade dos identificadores em instrumento próprio, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa e cinco por cento. O enfermeiro de controle de infecção realiza mensalmente, no mínimo, cem observações diretas de oportunidades de higiene das mãos por unidade, distribuídas entre os dois plantões e entre a classificação, os consultórios, a sala de medicação, a observação e a estabilização, com meta interna de gestão progressiva, fixada em sessenta por cento das oportunidades observadas no primeiro ano e elevada anualmente pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, e devolve o resultado por setor e por turno em até cinco dias úteis, com plano de ação para o setor que ficar abaixo.

A apuração dos indicadores de segurança fecha o ciclo. O enfermeiro responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente apura mensalmente, até o dia dez, a adesão à higiene das mãos, a conformidade da identificação do usuário, com meta interna igual ou superior a noventa e cinco por cento das pulseiras auditadas, as quedas em observação, acompanhadas pelo índice de quedas e pelo percentual de quedas com dano, com a queda de dano grave tratada como evento sentinela, e os erros de medicação interceptados antes da administração. O resultado de cada indicador, com o número de notificações recebidas e o percentual de eventos com dano, é analisado na reunião mensal do Núcleo, gera plano de ação com responsável e prazo de trinta dias quando a meta não é alcançada, e integra

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

o relatório mensal encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia vinte do mês seguinte.

V.1.1.15 Plano de contingência para picos de demanda e superlotação

Uma porta de urgência não escolhe quantas pessoas chegam. Na série apurada, a UPA 24 horas Norte atende em média 392 pessoas por dia, mas em um dia a cada vinte esse número passa de 497 e já chegou a 590; a UPA 24 horas Sul tem média de 455, percentil 95 de 566 e máximo de 645 (PALMAS, 2026). A diferença entre a média e o pico, cerca de duzentos atendimentos em um único dia, é exatamente o que separa uma unidade organizada de uma unidade em colapso. O plano de contingência existe para que esse dia tenha resposta escrita, com gatilho, executor e medida definidos, e não improviso de plantão.

A demanda tem padrão conhecido e previsível, o que torna a contingência planejável. A segunda-feira é o dia de maior procura nas duas unidades. Setenta por cento dos atendimentos ocorrem no plantão diurno, com pico entre 8 e 10 horas e vale entre 3 e 5 horas. No ano, o conjunto tem picos em abril, com índice de 114,3 por cento da média, e em outubro, com 112,5 por cento, e vales em fevereiro e julho. O maior índice da UPA Norte é maio, com 115,9 por cento, e o da UPA Sul é abril, com 114,7 por cento. A entidade usa esse padrão para programar escala, férias e estoque pela coluna da própria unidade, e não por uma média das duas.

A unidade opera em um de quatro níveis, declarados a partir de gatilhos objetivos medidos no painel do prontuário eletrônico, e não pela impressão de quem está no posto. O nível é declarado pelo enfermeiro coordenador do plantão, com ciência imediata do médico plantonista de referência, e cada nível aciona um conjunto de medidas previamente definidas, afixadas na coordenação de cada unidade e apresentadas no treinamento introdutório. A desescalada segue o mesmo critério, e tanto a entrada quanto a saída de cada nível ficam registradas com horário, para que o episódio possa ser analisado depois, com a duração e a causa conhecidas, e não apenas relatado de memória na passagem de plantão.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 57 - Níveis de alerta, gatilhos e medidas

Nível	Gatilho	Medidas	Quem declara
Verde, operação normal	Todos os tempos-alvo cumpridos; ocupação da observação até 70 por cento; nenhuma espera acima do limite da cor	Rotina ordinária; monitoramento do painel a cada hora	Enfermeiro coordenador do plantão
Amarelo, atenção	Ocupação da observação entre 70 e 85 por cento, ou fila na classificação acima de cinco pessoas, ou qualquer usuário amarelo aguardando há mais de 45 minutos	Remanejamento interno de profissionais entre áreas; abertura de consultório adicional no turno; priorização da alta dos usuários já liberados; aceleração da coleta e do laudo; comunicação ao coordenador assistencial	Enfermeiro coordenador do plantão
Laranja, sobrecarga	Ocupação da observação entre 85 e 100 por cento, ou usuário amarelo aguardando há mais de 60 minutos, ou três ou mais usuários aguardando vaga regulada	Todas as medidas anteriores; convocação de profissional de sobreaviso; reforço da reavaliação de quem aguarda; revisão caso a caso da permanência em observação; reiteração das solicitações pendentes ao Complexo Regulador Estadual com registro; comunicação formal à Superintendência de Atenção Especializada	Coordenação assistencial da unidade, acionada pelo enfermeiro coordenador
Vermelho, saturação	Ocupação da observação acima de 100 por cento com usuários em maca de corredor, ou cinco ou mais usuários aguardando vaga regulada, ou evento com múltiplas vítimas	Todas as medidas anteriores; acionamento de equipe adicional; abertura de área de retaguarda interna previamente definida; concentração da equipe nas áreas críticas; comunicação imediata à Superintendência de Atenção Especializada e à Central de Regulação das Urgências; registro circunstanciado do episódio com o nexo causal	Direção técnica da unidade, com comunicação ao Gestor da Parceria

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

A causa mais frequente de saturação de uma unidade de pronto atendimento não é o volume de chegada, e sim o usuário já atendido, já estabilizado e já regulado que permanece na unidade porque não há vaga hospitalar. Esse usuário ocupa leito, consome equipe e desloca o tempo de todos os demais, sem que a unidade tenha governo sobre a solução. A entidade trata essa situação com disciplina de registro: a cada usuário nessa condição são registrados o horário da decisão médica, o horário do registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual, cada reiteração feita e a resposta recebida, com identificação de quem registrou. Esse conjunto é o que demonstra o nexo entre o resultado do mês e um fato alheio à atuação da entidade, e integra o relatório mensal, acompanhado do número de usuários-hora em espera de vaga regulada.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Além dos níveis de alerta, que tratam do volume, o plano prevê resposta para os eventos que reduzem a capacidade de atender. Falta de insumo, parada de equipamento crítico, interrupção de energia, de água ou de gases medicinais, indisponibilidade de sistema, ausência não programada de profissional e falha de serviço contratado têm, cada um, acionamento, responsável e medida imediata definidos. Todos têm em comum a regra de que a assistência não para: o que se reorganiza é a forma de prestá-la, com remanejamento de ambiente, de equipe ou de rotina, e com comunicação ao Gestor da Parceria quando o evento afetar a oferta de serviço, no mesmo dia em que ocorrer.

Quadro 58 - Contingências por tipo de evento

Evento	Resposta imediata	Responsável
Ausência de profissional no plantão	Acionamento do sobreaviso da categoria; redistribuição de postos dentro do turno até a chegada do substituto; registro da ocorrência e da hora de cobertura; nenhuma área crítica fica descoberta	Enfermeiro coordenador do plantão, com a coordenação assistencial
Falta de insumo ou medicamento	Uso do estoque de segurança da unidade; remanejamento entre as duas unidades quando couber; compra emergencial pelo procedimento próprio; substituição terapêutica avaliada pelo farmacêutico e pelo médico; registro da ocorrência	Farmacêutico, com o setor de suprimentos
Falha de energia elétrica	Na UPA 24 horas Sul, entrada do grupo gerador, com teste periódico documentado; na UPA 24 horas Norte, operação sustentada pelas unidades de alimentação ininterrupta enquanto durar a autonomia; priorização das áreas críticas e dos equipamentos de suporte à vida; acionamento da manutenção; comunicação à concessionária e à SEMUS	Manutenção predial, com a coordenação administrativa
Falha no fornecimento de gases medicinais	Acionamento da reserva de cilindros; verificação de alarmes e de válvulas; acionamento do fornecedor; transferência de usuários dependentes de oxigênio para área com suprimento assegurado	Manutenção, com o enfermeiro coordenador
Falha no abastecimento de água	Uso da reserva predial; acionamento da concessionária; suspensão temporária de atividades não essenciais que consomem água; manutenção da higienização das mãos com preparação alcoólica	Coordenação administrativa
Indisponibilidade do sistema de informação	Adoção dos formulários de contingência, com registro manual de todos os marcos; digitação retroativa com conferência ao restabelecimento; comunicação imediata ao suporte e à SEMUS, com registro de início e fim da indisponibilidade	Coordenação administrativa, com o suporte de tecnologia da informação
Evento com múltiplas vítimas	Declaração de nível vermelho; acionamento da equipe adicional; triagem simplificada por gravidade na entrada; concentração de recursos nas áreas críticas; comunicação imediata à Central de Regulação das Urgências; registro circunstanciado	Direção técnica da unidade

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Evento	Resposta imediata	Responsável
Surto ou emergência em saúde pública	Ativação das precauções específicas e da área de isolamento; separação de fluxo desde a recepção; comunicação imediata à vigilância epidemiológica municipal; reforço de insumos e de equipamentos de proteção	Referência técnica de vigilância em saúde, com a Comissão de Controle de Infecção

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Parte da contingência é não precisar dela, e isso se faz na programação. A escala é construída sobre a distribuição real da demanda, com concentração no plantão diurno e reforço no início da manhã e na segunda-feira; as férias são programadas para os meses de vale da própria unidade, fevereiro e julho, e evitadas nos meses de pico, maio na UPA Norte e abril na UPA Sul; o estoque de insumos e de medicamentos de maior giro é elevado antes dos meses de maior índice; e a manutenção preventiva de equipamentos críticos é programada para os períodos de menor demanda. O plano é testado em simulação ao menos duas vezes ao ano, uma delas em plantão noturno, e o resultado da simulação gera plano de ação com responsável e prazo.

As duas unidades têm contingências próprias, ancoradas no que cada uma tem de particular. Na UPA 24 horas Norte, a contingência considera a demanda espontânea vinda de Luzimangues, no município de Porto Nacional, que chega sem aviso e fora de qualquer pactuação de fluxo, e a cozinha de produção própria, que exige plano de substituição de refeições em caso de falha de equipamento ou de abastecimento. Na UPA 24 horas Sul, considera o maior volume absoluto de atendimentos, a maior proporção pediátrica, que exige reserva de posições e de insumos específicos no pico, e a chegada de usuários dos municípios referenciados pela Resolução CIB/TO nº 001/2017, cujo transporte de retorno precisa ser articulado para que a alta não se converta em permanência (TOCANTINS, 2017).

Os gatilhos de cada nível são numéricos. O coordenador do plantão declara o nível de atenção quando a fila de classificação de risco alcança cinco pessoas aguardando ou a ocupação da observação chega a oitenta por cento; o nível de alerta quando a fila alcança dez pessoas, a ocupação atinge noventa por cento ou dois usuários aguardam vaga regulada por mais de seis horas; e o nível crítico quando a observação está lotada, a sala de estabilização está ocupada por completo ou o tempo porta-médico da cor amarela excede sessenta minutos em três aferições consecutivas. A declaração e a desescalada são

CNPJ - 27.324.279/0001-15

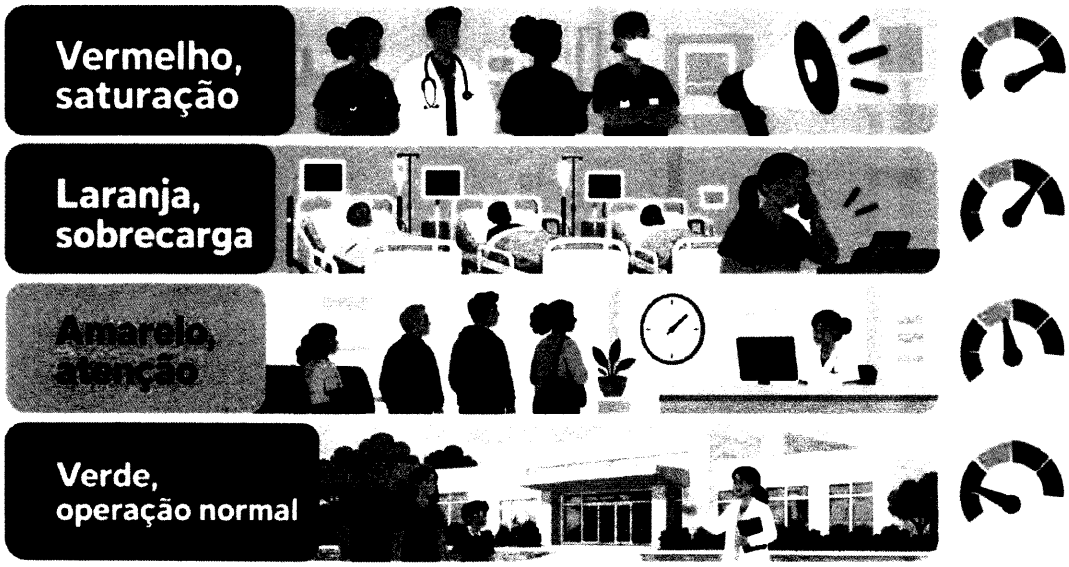
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

registradas no painel diário com horário e nome do declarante, e comunicadas ao médico plantonista de referência, e todo episódio de nível crítico é analisado pela coordenação assistencial em até quarenta e oito horas, com plano de ação informado no relatório mensal encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde.

Figura 21 - Níveis de alerta da unidade e resposta correspondente



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

V.1.1.16 Registro, indicadores e governança do fluxo

Nada do que foi descrito até aqui é verificável se não estiver registrado, e nesta parceria o registro não é apenas prova do cuidado: é a própria matéria-prima da avaliação de desempenho. Os indicadores são apurados sobre marcos temporais lançados no sistema, e o registro que não tenha os marcos necessários é excluído do cálculo e entra na taxa de completude. Quando a completude de um indicador fica abaixo de 95 por cento, o indicador é considerado não aferido e recebe nota zero (PALMAS, 2026). Em outras palavras, uma unidade pode atender muito bem e ainda assim perder a avaliação por não registrar, e por isso a entidade trata o registro como atividade assistencial, com responsável, rotina e conferência.

Cada etapa do percurso corresponde a um lançamento com horário, e a regra de autoria é única: o profissional que executa a etapa é quem registra, no momento em que ela ocorre, e não ao final do plantão. A abertura do episódio é do recepcionista, a classificação e as reavaliações são do enfermeiro classificador, o primeiro atendimento e

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

as evoluções são do médico, a administração de medicamento é de quem administra, a admissão e a saída da observação são do enfermeiro da área, e a decisão de transferência e o registro da solicitação são do médico e do enfermeiro designado, respectivamente. Registro feito por terceiro, depois do fato, produz horário falso e indicador inútil.

Quadro 59 - Marcos temporais registrados no fluxo

Marco	Quem registra	Para que serve
Chegada e abertura do atendimento	Recepção	Início do episódio e base da contagem de atendimentos
Horário da classificação de risco e cor atribuída	Enfermeiro classificador	Marco inicial do tempo porta-médico e base da cobertura da classificação
Horário do primeiro atendimento médico	Médico plantonista	Marco final do tempo porta-médico
Solicitação e resultado de cada exame	Médico solicitante e equipe do apoio diagnóstico	Tempo de resposta do apoio diagnóstico e permanência com exames
Reavaliação médica e de enfermagem	Profissional que reavalia	Segurança de quem aguarda e de quem permanece em observação
Admissão e saída da observação	Enfermeiro	Tempo de permanência em observação e taxa de ocupação
Decisão médica de transferência	Médico plantonista	Marco inicial do tempo até o registro na regulação
Registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual	Profissional designado do plantão	Marco final do mesmo indicador e prova do acionamento
Desfecho: alta, transferência, evasão ou óbito	Profissional responsável pelo desfecho	Fechamento do episódio e base do retorno em 48 horas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

A conferência da completude é diária e tem executor, prazo e destinatário definidos. Todo dia útil, pela manhã, o responsável pelo faturamento e pelos dados da unidade extrai o relatório de completude do dia anterior até as dez horas, devolve no mesmo turno a lista de episódios com marco faltante aos coordenadores de enfermagem e de apoio diagnóstico, que concluem a correção em até vinte e quatro horas, e acompanha o fechamento. A meta interna de gestão é de noventa e oito por cento de completude em cada indicador, acima do patamar que anula a aferição. O que não puder ser corrigido é analisado quanto à causa, se de sistema, de processo ou de conduta individual, e tratado com a medida correspondente, que pode ser ajuste de tela, redesenho da rotina ou educação permanente.

A completude de cada indicador é apresentada ao lado do próprio resultado em todos os relatórios internos, porque um resultado excelente com completude baixa não é

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

um bom resultado. A partir desse par de números a entidade trabalha com faixas de alerta interno mais exigentes que as metas pactuadas, uma vez que quem persegue o limite chega ao limite. Elas estão fixadas em noventa e sete por cento de cumprimento do tempo porta-médico nas cores vermelha e laranja, noventa e três por cento na amarela e oitenta e oito por cento na verde e na azul; e em uma hora e quarenta minutos de permanência sem exames, cinco horas com exames e vinte horas em observação.

As demais faixas completam o conjunto e seguem a mesma lógica de antecipação. São elas trinta minutos entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação; dezesseis por cento de retorno não programado em até quarenta e oito horas; oitenta e cinco por cento de satisfação; noventa e oito por cento de cobertura da classificação de risco; e onze mil atendimentos mensais na UPA 24 horas Norte e doze mil e quinhentos na UPA 24 horas Sul. O alerta é verificado diariamente pelo coordenador da área, semanalmente pela coordenação assistencial e mensalmente na reunião de indicadores, e o disparo de qualquer faixa gera registro e plano de ação com responsável e prazo.

O alerta de produção merece atenção particular na UPA 24 horas Norte. A unidade tem média mensal de 11.908 atendimentos, confortavelmente acima do piso, mas a sua competência mais fraca da série registrou 10.375, apenas 2,5 por cento acima do mínimo. Uma queda sazonal somada a uma intercorrência de capacidade pode levar o mês abaixo do piso. Por isso a projeção de fechamento é acompanhada diariamente, e não no fim do mês, quando já não há o que corrigir. A resposta ao alerta nunca é induzir demanda: é assegurar que toda pessoa que procura a unidade seja classificada, atendida e registrada, e que nenhum atendimento realizado deixe de ser lançado.

A governança do fluxo tem três instâncias com periodicidade fixa e produto definido. A ronda de fluxo ocorre duas vezes por plantão, conduzida pelo enfermeiro coordenador, e verifica a fila da classificação, os usuários que aguardam atendimento por cor, a ocupação da observação e os usuários que aguardam vaga regulada, com registro em instrumento próprio. A reunião semanal de fluxo, com a coordenação assistencial, as chefias de área e o responsável pelos dados, analisa a semana, os alertas disparados e as medidas adotadas. A reunião mensal de indicadores consolida o mês, aprova os planos de ação e prepara o conteúdo do relatório que é encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do mês seguinte.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

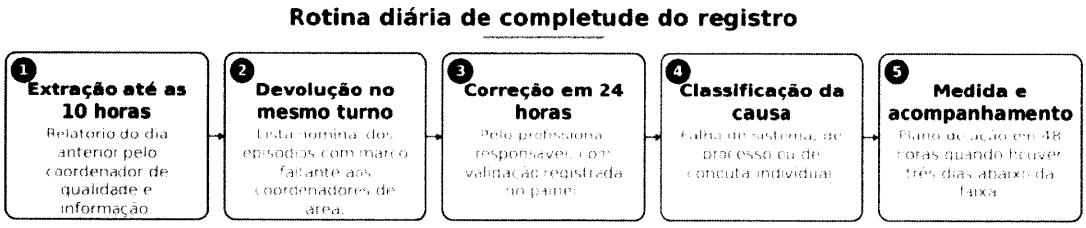
(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quando um indicador fica fora da faixa, a resposta é padronizada e não depende de quem a conduz. Identifica-se a causa com dados, e não com suposição; define-se a medida, o responsável e o prazo; registra-se o plano de ação; verifica-se o efeito na apuração seguinte; e, não havendo efeito, revisa-se a hipótese de causa. Planos de ação abertos são acompanhados na reunião mensal até o encerramento, e o histórico fica disponível para a Comissão de Monitoramento e Avaliação. A governança do cuidado de quem permanece na unidade é feita pelo round interdisciplinar estruturado, duas vezes ao dia em cada unidade, conforme o protocolo próprio da entidade, e as suas decisões alimentam o painel diário e as reuniões semanal e mensal de fluxo (ASM, 2026d).

Os indicadores internos de gestão descritos nesta proposta e as faixas de alerta interno são instrumento próprio de gestão da Associação Saúde em Movimento, fixados acima do patamar pactuado para antecipar ação corretiva. Não integram o conjunto de metas e indicadores pactuados, não alteram patamar, fórmula, marco de contagem ou critério de exclusão, não produzem efeito financeiro e não são oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas (PALMAS, 2026). As metas internas que ainda não têm série histórica das duas unidades são recalibradas após a formação da linha de base dos três primeiros meses de execução, com registro da recalibração na reunião mensal de indicadores e ciência da coordenação assistencial.

Figura 22 - Rotina diária de completude do registro



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

V.1.1.17 Representação gráfica do fluxo, em fluxograma, coerente com a descrição textual

O percurso descrito ao longo deste item se resolve, para quem precisa executá-lo, em uma única imagem de cinco blocos lidos da esquerda para a direita. Cada caixa do fluxograma corresponde a uma etapa descrita em texto, e cada etapa descrita em texto tem a sua caixa, sem acréscimo e sem omissão. No primeiro bloco a pessoa é recebida na

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

recepção, onde se abre o atendimento com a sua identificação, e acolhida com escuta inicial pela equipe. Quando a urgência é evidente na própria entrada, parada cardiorrespiratória, rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória grave, choque ou trauma grave, a pessoa não aguarda classificação e entra direto na sala de estabilização, com classificação registrada em seguida, caminho representado pela linha tracejada do desenho.

O segundo bloco é a classificação, e nele o enfermeiro classificador avalia a queixa, os sinais vitais e os discriminadores, atribui a cor e registra a cor e o horário no prontuário eletrônico (COFEN, 2021; ASM, 2025). Quem aguarda é reavaliado pelo enfermeiro classificador dentro do tempo-alvo da sua cor, a cada dez minutos na laranja, a cada sessenta na amarela, a cada cento e vinte na verde e a cada duzentos e quarenta na azul, e de imediato diante de queixa de piora, e a reclassificação para cor mais grave é registrada como novo marco. O terceiro bloco é a prioridade: a cor define o tempo-alvo para o primeiro atendimento médico, imediato na vermelha, até 10 minutos na laranja, até 60 minutos na amarela, até 120 minutos na verde e até 240 minutos na azul (PALMAS, 2026).

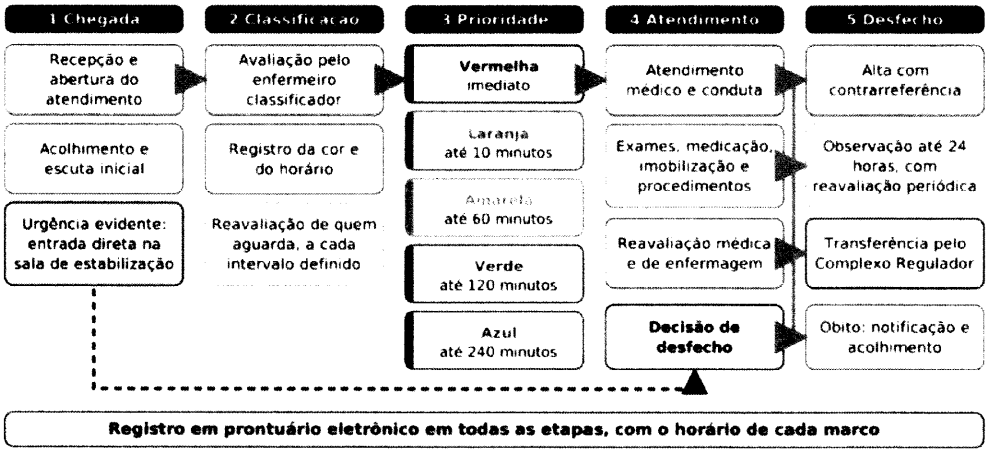
O quarto bloco é o atendimento propriamente dito, e é o mais povoado do desenho. O médico avalia, define a conduta e solicita o que for necessário, e seguem-se exames, medicação, imobilização e demais procedimentos, com a reavaliação médica e de enfermagem que confirma ou altera a conduta e leva à decisão de desfecho. Cada um desses ramos aparece no desenho como caixa própria, ligada ao consultório e à seta de retorno da reavaliação, de modo que a figura mostre que o usuário não sai do percurso quando é encaminhado a um procedimento e que a decisão de desfecho só é tomada depois da reavaliação registrada em prontuário, com horário próprio.

O quinto e último bloco reúne as quatro saídas possíveis do percurso, cada uma com o seu registro próprio. Alta com contrarreferência à Atenção Primária, quando o quadro se resolve na unidade. Permanência em observação por até 24 horas, com reavaliação periódica, quando o quadro exige acompanhamento. Transferência pelo Complexo Regulador Estadual, quando a continuidade do cuidado exige outro ponto da rede. E o óbito, com notificação e acolhimento da família. Em todas as etapas, o registro no prontuário eletrônico com o horário de cada marco é o que torna o fluxo verificável, e

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

é por isso que o desenho traz o marco de horário associado a cada transição entre blocos, na mesma nomenclatura usada no sistema.

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



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

O fluxograma é idêntico nas duas unidades, porque o percurso é o mesmo, e o que difere é a escala em que cada bloco opera, com três salas de classificação e quatro consultórios indiferenciados na UPA 24 horas Norte e quatro salas de classificação e cinco consultórios na UPA 24 horas Sul, além da composição dos leitos de observação e de estabilização. Os tempos de abertura também constam do desenho: o recepcionista de plantão abre o episódio com a identificação do usuário em até cinco minutos da chegada, e o técnico de enfermagem do acolhimento realiza a escuta inicial e encaminha o usuário à sala de classificação, com os horários de abertura e de encaminhamento registrados no prontuário eletrônico. Cada caixa seguinte traz o cargo responsável e o tempo-alvo já fixados, e a conferência entre figura e texto cabe aos responsáveis técnicos de cada unidade em cada revisão.

V.1.1.18 Organização do fluxo na UPA 24 horas Norte

O percurso descrito até aqui é comum às duas unidades, e o que muda na UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, é a escala em que cada etapa opera e a composição da demanda que chega à porta. A unidade ocupa 2.000,88 metros quadrados de área construída, com 1.918,05 metros quadrados de área útil. O acolhimento conta com três salas de classificação de risco e a assistência com quatro consultórios indiferenciados. A

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

área de observação dispõe de trinta e cinco leitos, distribuídos em nove na ala masculina, nove na feminina, nove na pediátrica, seis na sala de estabilização e dois de isolamento, um deles pediátrico, além de dois leitos de isolamento e vinte e sete poltronas de medicação. A unidade conta com uma ambulância de suporte básico, tipo B (PALMAS, 2026).

Essa estrutura impõe decisões concretas de escala. Com três salas de classificação, a unidade absorve bem a média diária de 392 atendimentos, mas o percentil 95 de 497 e o máximo de 590 significam que, em um dia a cada vinte, a terceira sala precisa estar ocupada desde o início da manhã. Por isso a escala concentra o reforço da classificação de risco no intervalo de maior procura, entre 7 e 13 horas, nos quantitativos do quadro de pessoal da unidade, e o gatilho de fila acima de cinco pessoas na classificação dispara a abertura da terceira sala antes que a espera se forme, com registro do horário de abertura no painel diário.

A sala de estabilização de seis leitos é a maior das duas unidades e tem leito pediátrico próprio, o que permite atender criança grave sem deslocar o adulto já instalado nem improvisar ambiente. Em contrapartida, seis leitos críticos exigem equipe permanentemente alocada à área, e não realocada quando o caso chega, porque a remoção de profissional do consultório para a área crítica transfere o problema para a fila. A escala mantém enfermeiro e técnicos fixos na área crítica nos dois plantões, e a conferência do carro de emergência e do cardioversor com desfibrilador é feita na passagem de cada turno, com registro em lista de verificação assinada pelo enfermeiro que a realiza.

A unidade recebe moradores do distrito de Luzimangues, no município de Porto Nacional, que chegam por procura direta e sem pactuação de fluxo, e disso decorrem três providências operacionais próprias desta unidade. O acolhimento identifica e registra o município de residência no cadastro, para que o volume seja mensurável e reportado no relatório mensal. A contrarreferência precisa indicar a unidade de Atenção Primária do município de origem, e não a de Palmas, sob pena de o encaminhamento não se completar (ASM, 2026). E o planejamento de insumos considera esse acréscimo, que não aparece na população do município sede e por isso não é captado por nenhum parâmetro populacional do município sede.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

O perfil da demanda produz efeitos próprios sobre o percurso. Menores de 12 anos respondem por 12,0 por cento dos atendimentos, e o diagnóstico ortopédico ou traumatológico por 12,9 por cento. A proporção pediátrica menor que a da UPA Sul não reduz a exigência do percurso pediátrico, mas permite concentrar a pediatria em um consultório de referência por turno, com os demais indiferenciados preservados para a clínica médica de urgência. A evasão antes do atendimento médico é de 1,0 por cento, a menor das duas unidades, e é acompanhada toda semana pelo Responsável Técnico de Enfermagem da unidade como sinal precoce de espera excessiva, antes mesmo que o tempo porta-médico se altere.

A margem sobre o piso de produção é o ponto que exige mais disciplina de registro nesta unidade. Com média mensal de 11.908 atendimentos, ela opera acima do mínimo, mas a sua competência mais fraca da série registrou 10.375, apenas 2,5 por cento acima do piso, e o seu mês de maior índice sazonal é maio, com 115,9 por cento da média. A consequência operacional é que nenhum atendimento realizado pode deixar de ser registrado: a conferência diária entre o número de episódios abertos na recepção, o número de classificações registradas e o número de atendimentos médicos lançados é rotina da unidade, feita pelo responsável pelos dados, e a divergência é corrigida no mesmo dia.

A cozinha de produção própria, reformada em 2025, completa o quadro desta unidade. Para o fluxo assistencial ela significa capacidade de atender dieta prescrita para o usuário em observação prolongada sem depender de entrega externa, o que reduz o risco de permanência sem alimentação adequada em caso de atraso de fornecedor. A contrapartida é a exigência de plano de contingência próprio para falha de equipamento ou de abastecimento, tratado no plano de contingência desta proposta, com responsável nominado e solução de substituição de refeições. A supervisão é do responsável administrativo da unidade, com apoio da nutricionista responsável técnica, e as ocorrências integram o relatório mensal encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

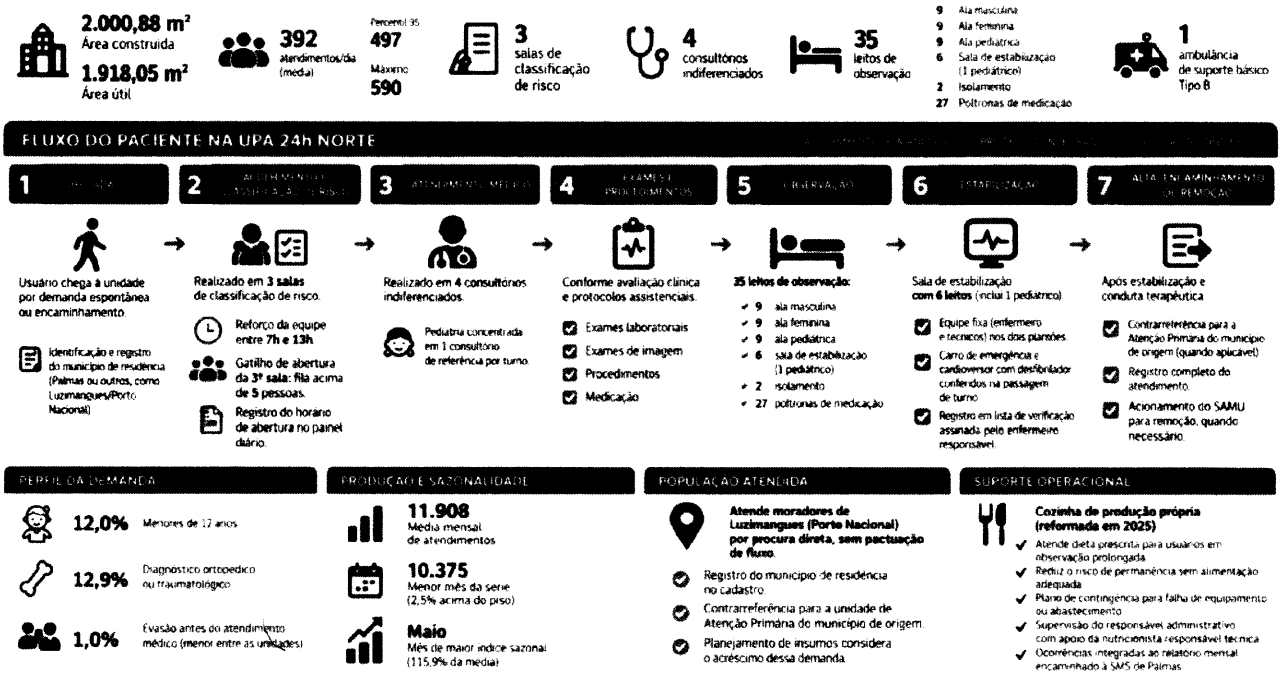
CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

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



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

V.1.1.19 Organização do fluxo na UPA 24 horas Sul

Na UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar, o percurso é o mesmo e as diferenças são de volume, de composição da demanda e de origem do usuário. A unidade ocupa 2.131,47 metros quadrados de área construída, com 1.811,39 metros quadrados de área útil. O acolhimento conta com quatro salas de classificação de risco e a assistência com cinco consultórios indiferenciados. A área de observação dispõe de trinta e oito leitos, distribuídos entre a ala masculina, a ala feminina, a ala pediátrica, a sala vermelha e dois leitos de isolamento, e os quatro leitos da sala de estabilização. A unidade conta ainda com três leitos de isolamento, trinta poltronas de medicação e uma ambulância de suporte básico, tipo B (PALMAS, 2026).

A unidade tem a maior demanda das duas UPAs, com média diária de 455 atendimentos, percentil 95 de 566 e máximo de 645, e dispõe de uma sala de classificação e de um consultório a mais para absorvê-la. As quatro salas de classificação são organizadas para funcionar ao mesmo tempo no pico da manhã, e o quinto consultório é mantido como consultório de reserva, aberto pelo enfermeiro coordenador do plantão

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

quando a fila de usuários classificados e aguardando primeiro atendimento médico alcança dez pessoas ou quando o tempo porta-médico da cor amarela excede quarenta e cinco minutos, gatilho interno fixado abaixo do tempo-alvo dessa cor justamente para antecipar a medida.

A abertura desse consultório de reserva tem rito definido, para que a medida não desorganize o restante do plantão. O coordenador comunica a abertura ao médico plantonista de referência, que remaneja para o consultório um dos médicos clínicos do plantão alocados ao primeiro atendimento, e a abertura e o fechamento são registrados no painel diário com horário. O efeito pretendido é impedir que o pico se converta em espera, e o registro do horário permite verificar depois se a medida foi acionada no momento em que o gatilho ocorreu, ou se a fila já estava formada quando a decisão foi tomada, o que é verificado na reunião semanal de fluxo.

Com dois leitos a menos que a UPA Norte e demanda maior, a área crítica da unidade tem margem menor, e isso torna determinantes duas rotinas de liberação e de vigilância. A primeira é a liberação do leito de estabilização logo após a estabilização, com transferência interna para observação ou acionamento imediato da regulação, de modo que o leito não permaneça ocupado por usuário que já pode ser acompanhado em outro ambiente. A segunda é o acompanhamento, no painel diário, do tempo de ocupação de cada leito crítico. Ocupação igual ou superior a três dos quatro leitos é gatilho de comunicação à coordenação assistencial, registrada com horário e com a providência adotada.

Das oito posições da ala pediátrica, duas são posições de isolamento, o que permite manter a criança com suspeita de doença transmissível dentro do ambiente pediátrico, com o acompanhante, sem deslocá-la para área de adultos. É a melhor solução estrutural das duas unidades para o percurso da criança em precaução de contato ou respiratória, e a unidade a utiliza como regra, reservando os três leitos de isolamento gerais da unidade para os usuários adultos. Essa escolha é registrada na admissão em observação e conferida duas vezes ao dia no round interdisciplinar, para que a posição pediátrica de isolamento não seja ocupada por usuário adulto quando houver criança em precaução aguardando leito (ASM, 2026d).

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

A unidade recebe usuários dos municípios referenciados pela Resolução CIB/TO nº 001/2017, entre eles Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia (TOCANTINS, 2017). No fluxo isso tem três consequências operacionais. O registro do município de residência é feito no cadastro e acompanhado mensalmente. A contrarreferência é emitida para a unidade de Atenção Primária do município de origem, com cópia entregue ao usuário, porque o vínculo eletrônico nem sempre alcança a rede de outro município. E a alta de usuário sem condição de retorno imediato é articulada pelo assistente social, para que a ausência de transporte não se converta em permanência indevida na área de observação nem em alta sem continuidade.

O perfil da demanda produz efeitos próprios sobre o percurso desta unidade. Menores de 12 anos respondem por 16,8 por cento dos atendimentos, quase cinco pontos percentuais acima da UPA Norte, e o diagnóstico ortopédico ou traumatológico por 14,0 por cento. A maior proporção pediátrica aumenta a frequência de aplicação da dupla conferência de dose por peso, eleva o consumo de apresentações pediátricas, que entra no estoque mínimo da unidade, e justifica manter dois consultórios com material pediátrico completo no plantão diurno, conferidos pelo enfermeiro assistencial na passagem de turno, com registro em lista de verificação. O percentual de atendimentos ortopédicos, superior ao da UPA Norte, orienta a cobertura reforçada da sala de imobilização no período de maior procura.

A evasão é de 2,1 por cento dos usuários que deixam a unidade antes do atendimento médico, o dobro da UPA Norte, e a entidade trata esse número como indicador de espera percebida, e não como comportamento do usuário. As medidas no fluxo são a chamada nominal periódica na espera com confirmação de presença, a informação ativa sobre a ordem por gravidade e o tempo estimado, a reavaliação de quem aguarda nos intervalos definidos pela cor e o registro do evento quando a evasão ocorre, porque somente o episódio registrado como evasão é excluído do cálculo do tempo porta-médico, e o que não é registrado deteriora o indicador (PALMAS, 2026).

A resposta à evasão tem executor, periodicidade e meta declarados. O recepcionista realiza a chamada nominal na área de espera a cada trinta minutos, com confirmação de presença registrada no episódio, e o enfermeiro classificador reavalia os usuários em espera nos intervalos definidos pela cor, informando a ordem por gravidade

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

e o tempo estimado. A ausência confirmada em duas chamadas consecutivas é registrada como evasão, com horário, pelo recepcionista. O coordenador de enfermagem apura mensalmente a taxa de evasão antes do atendimento médico, com meta interna de gestão igual ou inferior a um e meio por cento, e leva o resultado e o plano de ação à reunião mensal de indicadores e ao relatório encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

A unidade registrou 3.668 notificações compulsórias no primeiro semestre de 2026, contra 2.915 da UPA Norte. O volume é lido como sensibilidade da vigilância, e a rotina de conferência diária das notificações do dia anterior pela referência técnica de vigilância em saúde é dimensionada para esse patamar, com acompanhamento do número de fichas pendentes de transmissão. Diferentemente da UPA Norte, a unidade não produz as refeições, apenas porciona e distribui, o que exige que o horário de recebimento esteja ajustado aos horários de dieta prescrita na observação e que a contingência de atraso do fornecedor tenha solução pronta, tratada no plano de contingência, com responsável nominado e solução de substituição.

Resta um ponto de conferência material que a entidade assume desde o primeiro dia de execução nesta unidade. O quantitativo de leitos de observação é o informado no quadro de caracterização da unidade, e a conferência física dos leitos, por ala, integra a vistoria de inventário realizada pelo responsável administrativo nos primeiros trinta dias de execução, com termo assinado encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas. Qualquer divergência entre o quantitativo informado e o verificado é registrada no termo e comunicada ao Gestor da Parceria, para que o dimensionamento da área de observação e os gatilhos de ocupação passem a incidir sobre a estrutura efetivamente existente, e não sobre a informada.

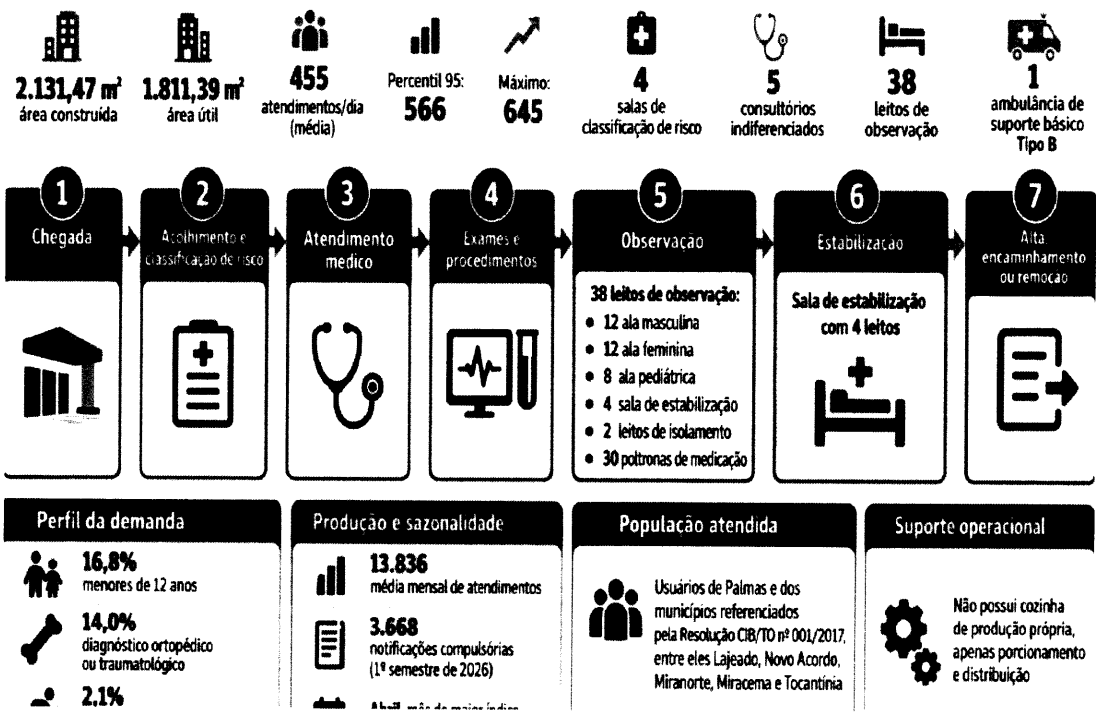
CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

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



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

V.1.2 Fluxo unidirecional de materiais esterilizados e de roupas

Processamento de material e processamento de roupa obedecem a uma única regra, da qual decorre todo o resto: o que está sujo nunca encontra o que está limpo. Não é princípio abstrato, é desenho de percurso. Se o material contaminado e o material estéril passam pela mesma porta, pela mesma bancada ou pelo mesmo carro, a esterilização perde sentido por melhor que seja o equipamento, e a falha aparece no usuário e não no processo. Por essa razão a Resolução da Diretoria Colegiada nº 15, de 15 de março de 2012, impõe sentido único de circulação ao processamento de produtos para saúde (ANVISA, 2012), e a Norma Regulamentadora nº 32 acrescenta a proteção de quem manipula material contaminado (BRASIL, 2005).

Esse eixo se materializa na planta das duas unidades. Cada uma conta com Central de Material e Esterilização própria, dividida em área suja, onde fica o expurgo, e área limpa, onde ocorrem o preparo, a esterilização, o armazenamento e a distribuição, separadas por barreira física, conforme o regulamento técnico de projetos físicos de

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

estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2002). O parque de cada central, conforme o inventário de bens, é composto por autoclaves a vapor saturado sob pressão, destilador de água e seladoras com resistência térmica (PALMAS, 2026). O nível de processamento de cada produto decorre do seu grau de risco, na classificação que separa os produtos para saúde em críticos, semicríticos e não críticos, e o resíduo do expurgo entra no fluxo de resíduos de serviços de saúde (ANVISA, 2018).

A roupa percorre caminho semelhante, com uma etapa fora da unidade. A lavagem é feita por lavanderia hospitalar licenciada contratada pela entidade, e a unidade mantém rouparia própria para recebimento, guarda e distribuição, segundo as diretrizes de processamento de roupas de serviços de saúde (ANVISA, 2009). O processamento de material é conduzido por técnico de Central de Material e Esterilização, em cobertura ininterrupta nas duas unidades, sob supervisão do enfermeiro responsável pela central, que responde pela validação dos processos e pela liberação dos lotes. A rouparia é operada por auxiliar de lavanderia e rouparia, com supervisão da coordenação administrativa. Em todas as etapas vale a mesma exigência: responsável nomeado e registro que permita reconstruir, meses depois, o que aconteceu com cada lote e com cada peça.

Acima dos dois processos está a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, instância que decorre da Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, e da Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1997; BRASIL, 1998). A comissão audita os registros das duas centrais e da rouparia uma vez por mês, por amostra mínima de dez ciclos de esterilização e de cinco conferências de recebimento de roupa limpa, com roteiro próprio e registro em ata, e encaminha as não conformidades ao Responsável Técnico de Enfermagem e ao coordenador administrativo da unidade, com prazo de cinco dias úteis para plano de ação e verificação do fechamento na reunião seguinte. O resultado consolidado integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, e o quadro seguinte mostra onde a fiscalização incide sobre equipe própria e onde incide sobre contrato.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

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

Processo	Regime de execução	Quem responde
Processamento de produtos para saúde na Central de Material e Esterilização	Execução direta, com equipe própria e equipamentos das unidades	Enfermeiro responsável pela central, com técnicos de Central de Material e Esterilização
Recebimento, guarda e distribuição do enxoval na rouparia	Execução direta, com equipe própria	Auxiliar de lavanderia e rouparia, com supervisão da coordenação administrativa
Lavagem e processamento do enxoval	Execução contratada, por lavanderia hospitalar licenciada, com coleta e entrega na unidade	Fiscal do contrato designado pela entidade, com verificação documental e de desempenho
Monitoramento dos processos de esterilização	Execução direta, com indicadores físicos, químicos e biológicos	Enfermeiro responsável pela central, com acompanhamento da Comissão de Controle de Infecção

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

V.1.2.1 Descrição do fluxo de materiais desde o recebimento no expurgo até a distribuição do material esterilizado, demonstrando a ausência de cruzamento entre material sujo e material processado

O processamento de produtos para saúde é um dos poucos processos de uma unidade de pronto atendimento em que o erro não aparece no momento em que acontece. Uma caixa mal lavada, uma embalagem mal selada ou um pacote guardado em local úmido só se manifestam depois, no usuário que recebe o material, e por isso a segurança desse processo não pode depender da atenção individual de quem está no plantão. Ela depende do desenho do fluxo. A legislação sanitária que rege o processamento impõe, exatamente por essa razão, que o material percorra a central em sentido único, do ponto mais sujo ao mais limpo, sem retorno e sem atalho (ANVISA, 2012). É esse sentido único que organiza cada etapa descrita a seguir nas Centrais de Material e Esterilização das UPAs 24 horas Norte e Sul.

O percurso começa no expurgo, que é a única porta de entrada da central. O material usado chega em caixa ou recipiente fechado, rígido e identificado, transportado em carro de material contaminado de uso exclusivo, nunca em bandeja aberta e nunca pelo mesmo trajeto percorrido pelo material já processado. Quem recebe é o técnico de Central de Material e Esterilização, em bancada própria da área suja, paramentado com os equipamentos de proteção individual que a norma de segurança do trabalho em

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

serviços de saúde exige para o contato com material biológico (BRASIL, 2005). O técnico confere a relação da caixa contra a lista de conferência que a acompanha, registra a entrada no livro de movimentação da central, com horário e área de origem, e comunica à coordenação de enfermagem qualquer divergência entre o que saiu da assistência e o que chegou à central.

Recebido o material, a etapa seguinte é a que determina o sucesso de todas as demais, porque nenhum processo de esterilização atravessa matéria orgânica. A limpeza é feita por fricção, com escovas de calibre compatível e detergente enzimático, em cubas identificadas e com diluição e tempo de contato conforme a instrução do fabricante do produto. Todo instrumental articulado é desmontado e aberto antes da imersão, e os lúmens são escovados e irrigados individualmente, porque é neles que o resíduo se aloja. A entidade adota como regra operacional o início da limpeza em até trinta minutos do recebimento no expurgo, prazo que impede o ressecamento da matéria orgânica e que é registrado no mesmo livro de movimentação, de modo que o intervalo entre o uso do material e o início do seu processamento seja sempre verificável.

Limpo o produto, o que vem em seguida é verificação, e só depois embalagem. A secagem é feita com pano limpo e seco que não solte fibras e, nos lúmens, com ar comprimido medicinal, porque a umidade residual compromete a esterilização e corrói o instrumental ao longo do tempo. Terminada a secagem, o técnico inspeciona cada peça com apoio de lupa, verificando resíduo, corrosão, trinca, ponta romba, articulação emperrada e funcionamento do produto. A peça que não passa na inspeção não segue adiante: retorna à limpeza quando o problema é resíduo, ou é segregada para descarte quando o problema é integridade, sempre com registro do motivo e comunicação à coordenação de enfermagem, que decide a reposição. Essa inspeção é a última oportunidade de retirar do circuito um produto que já não serve.

Aprovado na inspeção, o produto é montado conforme a composição padronizada da caixa, com lista de conferência visível, e embalado em invólucro compatível com o método de esterilização e com a barreira microbiana que a norma técnica de embalagem para produtos esterilizados terminalmente estabelece (ABNT, 2006). A seladora com resistência térmica fecha o papel grau cirúrgico com solda contínua, e cada pacote recebe, antes de entrar no equipamento, a etiqueta de identificação e os indicadores químicos

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

externo e interno. A identificação é aplicada nessa etapa, e não depois, porque é ela que ligará o pacote ao ciclo que o esterilizou e, mais adiante, ao usuário que o receber.

A esterilização propriamente dita é feita por vapor saturado sob pressão, em autoclave, em ciclo compatível com o material processado e nos parâmetros de temperatura, pressão e tempo que a norma técnica de esterilização por vapor define (ABNT, 2010). A carga é disposta sem compactação, de modo a permitir a penetração do vapor em toda a sua extensão, e cada ciclo gera registro próprio, conferido e assinado pelo operador ao término. Nenhuma carga é liberada com parâmetro fora da faixa programada, interrupção de ciclo, falha de secagem ou pacote úmido: nessas hipóteses a carga inteira é bloqueada, o material é reprocessado e o equipamento é avaliado pela manutenção antes do ciclo seguinte. O quadro a seguir reúne o tratamento devido a cada produto segundo o seu grau de risco.

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

Classificação	Exemplos nas unidades	Processamento exigido
Produto crítico	Instrumental de sutura, de pequenos procedimentos, de drenagem e de atendimento odontológico de urgência, materiais que penetram pele e mucosas	Limpeza, inspeção, embalagem e esterilização por vapor saturado sob pressão, com liberação por lote
Produto semicrítico	Laringoscópios, máscaras e circuitos reutilizáveis de ventilação, cubas e bandejas que entram em contato com mucosa íntegra	Limpeza seguida de desinfecção de alto nível ou esterilização, conforme a compatibilidade do produto
Produto não crítico	Estetoscópios, esfigmomanômetros, oxímetros, suportes, macas, cadeiras de rodas e superfícies de equipamento	Limpeza e desinfecção de nível intermediário ou baixo, realizada no ponto de uso, entre usuários

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir da classificação por grau de risco e da RDC/ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012.

Fora do equipamento, o material esterilizado segue para a área limpa e exclusiva do arsenal, onde é guardado em armário fechado ou em prateleira afastada do piso, da parede e do teto, protegido de umidade, de luz solar direta e de circulação de pessoas. A guarda obedece à ordem de validade, com o pacote de vencimento mais próximo à frente, e a conferência de integridade da embalagem, de legibilidade da etiqueta e de viragem do indicador químico externo é feita uma vez por turno pelo técnico da central, que retira de circulação o que estiver em desconformidade e registra a retirada com o motivo. Pacote que caiu no piso, que apresenta mancha, rasgo ou solda aberta, ou que foi guardado fora dessas condições, é reprocessado independentemente da data impressa na etiqueta.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A entrega às áreas assistenciais fecha o percurso e repete a lógica que o governou desde o início. O transporte é feito em carro fechado de uso exclusivo de material processado, que nunca é o mesmo empregado para recolher material contaminado, em trajeto definido que não cruza o do material sujo. A saída de cada caixa é registrada com destino, horário e identificação de quem recebeu, e os subestoques das áreas assistenciais são repostos por troca, peça a peça, mediante devolução do que foi consumido, de maneira que o volume de material em circulação permaneça constante e conhecido. O lote recolhido retorna processado à área de origem em até oito horas, contadas do recebimento no expurgo, salvo indisponibilidade de equipamento registrada no livro da central.

A ausência de cruzamento entre o material sujo e o material processado, exigência central deste fluxo, não é assegurada por recomendação, e sim pela arquitetura do percurso. A central tem uma única porta de entrada, no expurgo, e uma única porta de saída, na área limpa. A barreira física entre as duas áreas é atravessada apenas pelo material já limpo, por guichê de passagem, e nunca por pessoa, por carro ou por caixa que venha da área suja. O profissional que atua no expurgo não transita para a área limpa sem troca de equipamento de proteção individual e higiene das mãos, e o acesso ao arsenal é restrito ao pessoal do setor. Em nenhum momento do percurso o material retorna à etapa anterior, e em nenhum momento ele compartilha carro, porta, horário ou ambiente com o material que ainda não foi processado.

As duas unidades operam esse mesmo percurso, com uma diferença de capacidade que afeta a organização do preparo. A UPA 24 horas Norte dispõe de uma seladora com resistência térmica e concentra o preparo e a embalagem em duas janelas diárias de maior duração, uma em cada turno, com escalonamento por área de origem do material. A UPA 24 horas Sul dispõe de duas seladoras e mantém o preparo em fluxo contínuo nos dois turnos, o que acompanha o seu maior volume de instrumental, decorrente do número maior de consultórios, de salas de classificação e de leitos de observação. As quatro autoclaves e o destilador de água de cada unidade permitem, nas duas, operar dois equipamentos simultaneamente e manter um em reserva técnica e um em manutenção programada, sem suspender o processamento.

Todo esse percurso é acompanhado por três indicadores internos de gestão da entidade: o percentual de lotes devolvidos à assistência dentro das oito horas, com meta

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

interna igual ou superior a noventa e cinco por cento; o percentual de caixas reprovadas na inspeção sobre o total inspecionado, com meta interna inferior a cinco por cento; e o número de ocorrências de cruzamento entre material sujo e material processado, cuja meta é zero, por se tratar de falha da barreira que sustenta todo o fluxo. A apuração é mensal, feita pelo enfermeiro responsável pela central, validada pelo Responsável Técnico de Enfermagem e levada à Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Resultado abaixo da meta abre plano de ação em até cinco dias úteis, com causa identificada, medida corretiva, responsável nominado e prazo, e o seu cumprimento é verificado na reunião seguinte da comissão.

V.1.2.2 Descrição do fluxo de roupas, da coleta da roupa suja à distribuição da roupa limpa, com o mesmo requisito de unidirecionalidade

A roupa segue a mesma regra do material, com uma diferença que altera o desenho: ela sai da unidade para ser processada e depois volta, o que cria dois pontos de risco que o material não tem, a saída e o retorno. Nesses dois momentos a peça deixa de estar sob controle direto da equipe, e é aí que se perde quantidade, se recebe peça úmida ou manchada e se mistura o que saiu sujo com o que voltou limpo. O fluxo trata a saída e o retorno como etapas formais, com conferência e registro, e não como simples entrega, na linha das diretrizes de processamento de roupas de serviços de saúde (ANVISA, 2009) e da proteção do trabalhador exposto a agente biológico (BRASIL, 2005).

O percurso começa no leito. O técnico de enfermagem da área recolhe a roupa usada no próprio ponto de uso, ao término de cada atendimento e na saída de cada usuário, sem agitação, sem classificação e sem contagem na área assistencial, porque sacudir roupa suja dispersa microrganismos no ambiente. A peça é acondicionada imediatamente em saco impermeável, resistente e identificado, fechado a dois terços da capacidade, no ambiente em que foi retirada. Antes do fechamento, o profissional procura visualmente os perfurocortantes esquecidos entre as peças, nunca pelo tato, porque a agulha deixada no lençol é a causa mais frequente de acidente na etapa seguinte, executada por quem não presenciou o atendimento.

A roupa proveniente de usuário em precaução recebe tratamento próprio desde a origem. Aquela que vem de precaução de contato, de gotículas ou de aerossóis é

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

acondicionada em saco impermeável fechado dentro do próprio ambiente de isolamento e identificada com etiqueta de roupa de usuário em precaução pelo técnico de enfermagem que a recolhe, e segue para o processamento sem abertura intermediária, conforme as medidas de precaução e isolamento adotadas nos serviços de saúde (ANVISA, 2021b). Não há triagem dessa roupa em nenhum ponto da unidade, e o saco não é reaberto para verificação, contagem ou separação por tipo de peça, porque a identificação na origem permite processar o lote com o cuidado devido sem inspecionar o conteúdo.

Fechado o saco, o transporte interno é feito em carro de roupa suja, fechado, identificado e de uso exclusivo, por trajeto e horários definidos que não coincidem com a distribuição de roupa limpa nem com a de refeições. Até a coleta externa, a roupa aguarda em área de expurgo de rouparia, separada da área limpa, ventilada e de acesso restrito, nunca em corredor, em área assistencial ou junto ao depósito de resíduos. O auxiliar de lavanderia e rouparia retira os sacos fechados dos pontos de uso em três rondas diárias, em horários fixos, e registra a retirada por área de origem no controle de movimentação de enxoval.

A lavagem é realizada por lavanderia hospitalar licenciada, contratada pela entidade, que recolhe a roupa suja e entrega a roupa limpa em horários definidos, por portas e trajetos distintos. A saída é registrada com peso e quantidade por tipo de peça, e a entrada é conferida contra esse registro, de maneira que a divergência apareça no dia e não no fechamento do mês. A fiscalização cabe ao coordenador administrativo da unidade, designado fiscal do contrato, com apoio técnico do enfermeiro responsável pelo controle de infecção (ASM, 2024e). O fiscal confere, em toda coleta e em toda entrega, o horário praticado, a quantidade por tipo de peça e a integridade das peças recebidas, e registra o resultado em formulário de conferência de roupa processada.

A verificação da contratada não se limita ao portão da unidade. Uma vez por trimestre, o fiscal realiza visita técnica à lavanderia contratada, com roteiro de verificação da licença sanitária vigente, da separação entre área suja e área limpa e do padrão de dobra e embalagem, e emite relatório assinado. Entrega fora do horário contratado, devolução de peça por sujidade, umidade, mancha ou dano e extravio são lançados como não conformidade no mesmo dia, com notificação formal à contratada em até vinte e quatro

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

horas, prazo de resposta de cinco dias úteis, reposição da peça extraviada em até quinze dias e glosa na fatura do mês de ocorrência. A não conformidade repetida em dois meses consecutivos gera plano de ação com prazo e responsável, comunicado ao gestor da parceria.

No retorno, a roupa processada chega embalada, em carro fechado e exclusivo de roupa limpa, e é recebida em área limpa da rouparia, fisicamente separada do expurgo. O auxiliar confere quantidade, integridade, odor, umidade e presença de manchas, e devolve imediatamente, com registro, toda peça que não atenda ao padrão. Peça fora do padrão não entra na guarda, porque uma vez guardada ela se mistura ao enxoval conforme e chega ao leito sem que ninguém mais a examine. A conferência é feita por tipo de peça, contra o registro de saída, e alimenta o controle do enxoval em circulação e a conferência da fatura do mês.

Aprovada no recebimento, a roupa limpa é guardada em prateleira ou armário fechado, em ambiente de acesso restrito, com distância do piso, da parede e do teto, protegida de umidade e de poeira. A distribuição às áreas assistenciais é feita em carro exclusivo de roupa limpa, em horários próprios, e cada posto de enfermagem mantém o enxoval de reposição em armário fechado, nunca em superfície aberta. A troca de roupa de cama é feita a cada saída de usuário e sempre que houver sujidade, com higiene das mãos antes e depois do manuseio. O quadro adiante reúne a separação dos dois percursos, ponto a ponto.

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

Elemento	Roupa suja	Roupa limpa
Acondicionamento	Saco impermeável, resistente, identificado, fechado a dois terços da capacidade, no ponto de uso	Embalagem íntegra fornecida pela lavanderia, aberta somente na área limpa da rouparia
Carro de transporte	Carro fechado e identificado, de uso exclusivo de roupa suja	Carro fechado e identificado, de uso exclusivo de roupa limpa
Local de guarda	Expurgo de rouparia, ventilado, de acesso restrito, separado da área limpa	Rouparia limpa, em armário ou prateleira fechada, com afastamento de piso, parede e teto
Porta e trajeto	Saída pela porta de serviço, em horário definido	Entrada pela porta de recebimento, em horário distinto do da coleta
Registro	Peso e quantidade por tipo de peça na saída	Conferência contra o registro de saída, com devolução registrada das peças fora do padrão

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

Elemento	Roupa suja	Roupa limpa
Higiene das mãos	Antes e depois do manuseio, com equipamentos de proteção individual	Antes do manuseio e antes da entrega à área assistencial

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Essa separação se sustenta em quatro vedações que não admitem exceção. Roupa suja e roupa limpa não compartilham carro, porta, horário, trajeto nem ambiente de guarda. Nenhuma peça retorna da área assistencial para a rouparia limpa, porque a peça levada ao leito já não é peça de guarda. Nenhum saco de roupa suja é aberto fora do processamento, em nenhum ponto do percurso. E nenhuma peça é lavada dentro da unidade, que não dispõe de lavanderia própria, porque lavagem sem parâmetro de temperatura, de produto e de tempo não é lavagem, e a improvisação em pia ou em tanque anularia todo o controle construído nas etapas anteriores.

O volume que circula nesse percurso é conhecido e conferido. A entidade mantém inventário do enxoval em circulação, por tipo de peça e por unidade, com conferência mensal entre o estoque na rouparia, o estoque em uso nas áreas e o volume em processamento. O inventário é conferido até o dia cinco de cada mês pelo auxiliar de lavanderia e rouparia, validado pelo coordenador administrativo e registrado em planilha por tipo de peça, formando série própria mês a mês desde o início da execução. É essa série que permite distinguir a perda real da peça apenas retida em área assistencial, e que sustenta o ajuste do enxoval nos meses de maior procura.

Sobre essa base, a entidade acompanha quatro indicadores internos de gestão no processo de roupas. O primeiro é o percentual de entregas de roupa limpa no horário contratado, acompanhado mensalmente como instrumento de fiscalização do contrato, com notificação formal da contratada a cada ocorrência. O segundo é o percentual de peças devolvidas no recebimento por não atendimento ao padrão, com meta interna de gestão inferior a dois por cento das peças recebidas no mês. O terceiro é o percentual de leitos repostos em até trinta minutos após a saída do usuário, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa e cinco por cento. O quarto é o percentual de perda mensal de peças sobre o enxoval em circulação, com meta interna de gestão inferior a dois por cento.

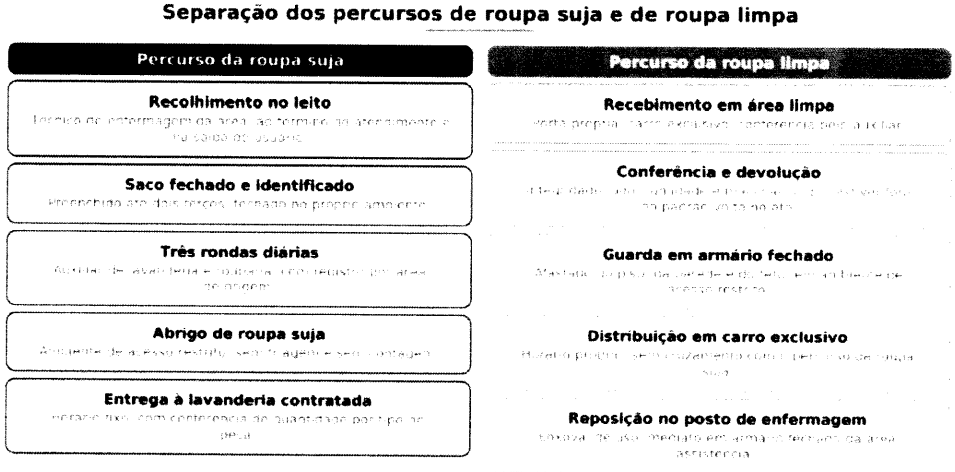
Resultado fora da meta abre plano de ação em cinco dias úteis, sob responsabilidade do coordenador administrativo, com verificação do fechamento no mês

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

seguinte, e a causa mais frequente, que é o descarte indevido de peça junto com resíduo ou a retenção em área assistencial, é tratada em orientação dirigida à equipe de origem. O enfermeiro do plantão confere as rondas de retirada na passagem de plantão e comunica a ausência de retirada ao coordenador administrativo no mesmo turno. Os resultados do mês, as não conformidades abertas e fechadas e as providências adotadas integram o relatório mensal encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

As duas unidades operam o mesmo fluxo e a mesma contratação, e a diferença entre elas é de volume. A UPA 24 horas Sul tem trinta e oito leitos de observação, trinta poltronas de medicação e a maior demanda das duas portas, o que eleva o consumo de enxoval e exige frequência maior de coleta e de entrega (PALMAS, 2026). O dimensionamento do enxoval em circulação de cada unidade considera esse volume e a frequência contratada, de modo que a unidade nunca dependa de uma única entrega para manter a troca de leito.

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



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

V.1.2.3 Indicação dos locais de guarda, dos controles de rastreabilidade dos lotes esterilizados e dos registros de monitoramento dos processos de esterilização

Um pacote esterilizado só é seguro enquanto a embalagem que o protege permanece íntegra, seca e dentro do prazo de validade, e só é defensável enquanto for possível dizer, a qualquer momento, em que equipamento e em que ciclo ele foi processado, quem o processou e para qual usuário ele foi usado. A rastreabilidade não é registro burocrático acrescentado ao fim do processo. É o que permite bloquear uma carga

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

inteira quando um teste biológico falha, localizar os usuários atendidos com material daquela carga e tratar o evento sem adivinhação, como exige a norma de boas práticas para o processamento de produtos para saúde (ANVISA, 2012). Nas UPAs 24 horas Norte e Sul, cada pacote em circulação tem endereço, identidade e histórico.

O endereço começa pelo arsenal. O arsenal da Central de Material e Esterilização é o único local de guarda do material recém-processado e fica na área limpa da central, em ambiente exclusivo, de acesso restrito ao pessoal do setor. Das áreas assistenciais, mantêm subestoque de material esterilizado a sala de suturas e pequenos procedimentos, a sala de imobilização ortopédica, a sala vermelha de estabilização, os consultórios médicos, a sala de medicação, o consultório odontológico e a sala de coleta, cada um com quantitativo definido por área e por turno, suficiente para o consumo do plantão e para a reposição de urgência, nunca para formar estoque paralelo. O subestoque é reposto por troca, peça a peça, mediante devolução do que foi consumido, de maneira que o volume em circulação permaneça constante e conhecido.

Em qualquer desses pontos valem as mesmas condições de ambiente. O material esterilizado é guardado em armário fechado ou em prateleira de material liso, lavável e não poroso, afastada do piso, do teto e das paredes, em ambiente seco, protegido de luz solar direta, de umidade e de corrente de ar, sem passagem de tubulação aparente e sem proximidade de pia, de lixeira ou de ponto de água, conforme o regulamento técnico de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2002). Nenhum pacote é guardado no piso, dentro de caixa de papelão, sob bancada de trabalho molhada ou em armário compartilhado com material de limpeza, roupa, medicamento ou alimento, porque qualquer dessas situações compromete a barreira antes de o pacote chegar ao usuário.

A manutenção dessas condições é verificada e tem responsável. O arsenal é mantido seco e protegido de luz solar direta, de umidade e de corrente de ar, com as condições asseguradas pela ventilação e pela climatização instaladas na área limpa. O técnico de Central de Material e Esterilização verifica uma vez por turno a condição do ambiente e a integridade das embalagens guardadas, e comunica a coordenação de enfermagem no mesmo turno quando identificar umidade, condensação, infiltração ou falha da climatização, situação tratada como chamado de manutenção prioritário. A

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

comunicação no turno, e não no dia seguinte, é o que impede que um lote inteiro seja perdido por uma infiltração que começou pequena.

A identidade de cada pacote é dada na embalagem. Todo pacote sai da seladora com etiqueta própria, aplicada antes da esterilização, que traz o nome do produto ou da caixa e a sua composição resumida, o número do lote, a data do processamento, a identificação do equipamento, o número do ciclo, a identificação do operador que preparou o pacote e o prazo de validade, na linha da norma técnica de embalagem para produtos esterilizados terminalmente (ABNT, 2006). A etiqueta é impressa ou preenchida em caneta de tinta indelével, sempre fora da face que mantém a barreira estéril, e nunca é grampeada, perfurada ou colada sobre a solda da embalagem. Pacote sem etiqueta completa não é liberado para uso, mesmo com a embalagem íntegra, e retorna ao processamento.

O elemento central dessa etiqueta é o número de lote. Ele é formado pela data do processamento, pela identificação do equipamento e pelo número sequencial do ciclo naquele dia, em composição única que não se repete. Essa chave é a mesma que identifica o registro do ciclo no monitoramento físico, o resultado do indicador químico interno e o resultado do indicador biológico correspondente, de modo que um único número liga o pacote ao conjunto completo de evidências do processo que o esterilizou. É por essa chave que se faz, depois, tanto a conferência de rotina quanto o recolhimento de uma carga suspeita, sem necessidade de reconstruir a história do pacote por memória da equipe.

Ao lado do lote, a etiqueta traz o prazo de validade, que varia com a embalagem utilizada. O prazo é de sete dias para embalagem em tecido não tecido simples, de trinta dias para papel grau cirúrgico selado termicamente e de noventa dias para embalagem dupla em papel grau cirúrgico, contado da data do processamento e impresso na etiqueta, nunca calculado de memória pelo usuário final. O prazo é reduzido ou anulado antes do vencimento sempre que houver perda de integridade da embalagem, umidade, mancha, rasgo, perfuração, solda aberta, queda do pacote no piso, contato com superfície molhada ou armazenamento fora das condições estabelecidas, hipóteses em que o pacote é retirado de circulação e reprocessado, independentemente da data impressa.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

O histórico do pacote fica no registro da central. A central mantém registro de rastreabilidade por ciclo, em planilha e no sistema informatizado de gestão, no qual constam a data, o equipamento, o número do ciclo, a relação dos pacotes da carga, o nome do operador, os parâmetros registrados no monitoramento físico, o resultado do indicador químico e, quando aplicável ao ciclo, o resultado do indicador biológico, com a identificação de quem liberou a carga. Os registros são guardados por cinco anos, em arquivo organizado por competência, à disposição da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, da vigilância sanitária e dos órgãos de controle, no prazo da solicitação.

Esse registro se completa no prontuário do usuário. Nos procedimentos invasivos, a etiqueta do pacote é destacada no momento do uso e colada no registro do procedimento, com anotação do nome do profissional executor, de forma que o prontuário passe a conter o número de lote do material empregado. Esse vínculo é o que torna possível, diante de uma falha identificada depois, percorrer o caminho inverso, do lote para os usuários, e não apenas do usuário para o lote. Sem ele, a investigação de um evento adverso termina na dúvida sobre qual material foi efetivamente utilizado, e nenhuma medida de contenção pode ser dirigida a quem foi exposto.

A verificação de rotina percorre todos os pontos de guarda. Uma vez por turno, o técnico da central percorre o arsenal e os subestoques das áreas assistenciais e confere integridade da embalagem, legibilidade da etiqueta, viragem do indicador químico externo e prazo de validade, retirando de circulação o que estiver em desconformidade. A dispensação obedece à ordem de vencimento, com o pacote de validade mais próxima na frente da prateleira, e a conferência é registrada em formulário diário assinado, com a relação do que foi retirado e o motivo. O quadro seguinte reúne os controles de guarda e de rastreabilidade com a sua periodicidade e o seu responsável.

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

Controle	O que registra	Periodicidade	Responsável
Etiqueta do pacote	Produto, lote, data, equipamento, ciclo, operador e validade	Em todo pacote processado	Técnico de Central de Material e Esterilização
Registro de rastreabilidade do ciclo	Carga completa, parâmetros do processo e liberação	Em todo ciclo	Enfermeiro responsável pela central
Etiqueta destacada no prontuário	Lote do material usado em procedimento invasivo	Em todo procedimento invasivo	Profissional executor

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Controle	O que registra	Periodicidade	Responsável
Conferência do arsenal e dos subestoques	Integridade, validade, viragem do indicador externo	Uma vez por turno	Técnico de Central de Material e Esterilização
Temperatura e umidade do arsenal	Condições do ambiente de guarda	Uma vez por turno	Técnico de Central de Material e Esterilização
Registro de recolhimento de lote	Carga bloqueada, pacotes recolhidos e destino	A cada evento	Enfermeiro responsável pela central
Inventário do material em circulação	Caixas e pacotes por área assistencial	Mensal	Enfermeiro responsável pela central

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Quando a conferência ou o monitoramento apontam falha, o que se aciona é o recolhimento. Diante de indicador biológico positivo, de parâmetro físico fora da faixa em um ciclo ou de falha de operação identificada, a carga correspondente é bloqueada por inteiro. O enfermeiro responsável pela central localiza, pelo número de lote, todos os pacotes daquela carga que ainda estejam no arsenal ou nos subestoques, recolhe-os, reprocessa-os e registra a ocorrência. Se algum pacote da carga já tiver sido usado, os usuários atendidos são identificados pelo registro de rastreabilidade e pelo prontuário, o caso é comunicado à Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde no mesmo dia e a conduta de acompanhamento é definida com o médico assistente e registrada em prontuário.

Todo recolhimento gera notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente e comunicação ao gestor da parceria. O enfermeiro responsável pela Central de Material e Esterilização responde pela guarda, pela rastreabilidade e pela liberação das cargas, com supervisão do Responsável Técnico de Enfermagem da unidade, e a conferência dos registros é mensal, por amostragem de ciclos, com resultado integrado ao relatório da comissão de controle de infecção. Sobre essa base a entidade acompanha quatro indicadores internos de gestão, que são o percentual de pacotes com etiqueta completa e legível na conferência por amostragem, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa e oito por cento, e o percentual de pacotes retirados de circulação por perda de integridade ou vencimento sobre o total em circulação, com meta interna de gestão inferior a dois por cento.

Os outros dois medem o próprio controle: o percentual de ciclos com registro de rastreabilidade completo, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa e oito

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

por cento, e o tempo entre a identificação de uma não conformidade e o bloqueio da carga, com meta interna de gestão de até duas horas. Os resultados são apurados mensalmente pelo enfermeiro responsável pela central, consolidados pela coordenação de enfermagem e levados à comissão de controle de infecção, que examina as ocorrências e fixa medida corretiva com responsável e prazo. A guarda e a rastreabilidade observam ainda a Norma Regulamentadora nº 32 quanto à proteção do trabalhador (BRASIL, 2005), e é esse conjunto que permite à unidade responder, com documento, por cada pacote que chegou ao usuário.

V.1.2.4 Registros de monitoramento físico, químico e biológico

Esterilizar não é acionar o equipamento e aguardar o fim do ciclo. É demonstrar, ciclo a ciclo, que os parâmetros necessários à destruição microbiana foram alcançados e mantidos pelo tempo exigido, em todos os pontos da carga, como determina a norma de boas práticas para o processamento de produtos para saúde (ANVISA, 2012). Essa demonstração se faz por três conjuntos independentes de evidência, que respondem a perguntas diferentes e por isso não se substituem entre si. Numa unidade de pronto atendimento, em que o material volta rapidamente à assistência, é esse conjunto que separa a liberação fundamentada da liberação por confiança no equipamento. A entidade mantém os três nas duas unidades, com registro documentado, leitura por profissional identificado e conduta definida para cada resultado.

A diferença entre eles explica por que os três são necessários. O monitoramento físico prova que o equipamento atingiu e manteve temperatura, pressão e tempo programados, mas não diz nada sobre o que ocorreu dentro de cada pacote. O monitoramento químico prova que o agente esterilizante penetrou no pacote e alcançou o produto, mas não prova morte microbiana. O monitoramento biológico prova a letalidade do processo sobre micro-organismo de resistência conhecida, mas resulta depois do ciclo. Ler os três em conjunto é o que autoriza a liberação da carga, e ler um só é apostar que os outros dois estariam conformes.

O primeiro deles acompanha cada ciclo realizado. Todo ciclo gera registro gráfico ou impresso com temperatura, pressão e tempo de exposição, conferido e assinado pelo operador ao término, que anota a identificação do equipamento, o número do ciclo, o

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

programa utilizado e a sua própria identificação, nos parâmetros da norma técnica de esterilização por vapor (ABNT, 2010). O impresso ou o registro eletrônico do ciclo é arquivado junto ao registro de rastreabilidade da carga. Nenhuma carga é liberada com parâmetro fora da faixa programada, interrupção de ciclo, falha de secagem, pacote úmido ou alarme não esclarecido: a carga é bloqueada, o material é reprocessado e o equipamento é avaliado pela manutenção antes do ciclo seguinte.

O segundo conjunto viaja com o pacote. Todo pacote recebe indicador químico externo, fita ou impressão na própria embalagem, cuja viragem mostra que o pacote passou pelo processo, conforme a norma técnica de indicadores químicos (ABNT, 2017). A leitura é feita duas vezes, pelo técnico da central na saída do ciclo e pelo profissional que abre o pacote na área assistencial, antes do uso, de modo que a verificação não dependa de um único olhar. Pacote sem viragem do indicador externo não é usado, retorna à central e é reprocessado, com registro da ocorrência, ainda que a embalagem esteja íntegra e dentro do prazo.

Dentro do pacote fica o indicador que prova penetração. Todo pacote recebe também indicador químico interno, integrador de classe compatível com o processo de vapor saturado, posicionado na região de maior dificuldade de penetração do agente esterilizante (ABNT, 2017). A leitura é feita pelo profissional que abre o pacote no momento do uso, e o resultado não conforme interrompe o uso daquele pacote e gera notificação à central, que bloqueia os demais pacotes do mesmo lote até a conclusão da investigação. É por essa razão que a identificação do lote precede a esterilização: sem ela, a não conformidade lida na beira do leito não alcançaria os pacotes irmãos.

Antes de qualquer carga do dia, verifica-se o próprio equipamento. Nas autoclaves com remoção de ar por pré-vácuo, o teste de Bowie-Dick é realizado no primeiro ciclo de cada dia de funcionamento, com câmara vazia e aquecida, para verificar a remoção de ar e a penetração do vapor. O resultado é colado no livro de registro do equipamento, datado e assinado. Resultado insatisfatório suspende o uso do equipamento, que só volta a operar depois da avaliação da manutenção e da repetição do teste com resultado conforme, e nesse intervalo a carga é redistribuída entre os demais equipamentos da central, sem interrupção do processamento.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br