duas UPAs, o que concentra ali o módulo de nutrição. Os prontuários anteriores a abril de 2026 já foram recolhidos à Secretaria.

Na **UPA Sul**, são quatro salas de classificação e, após a classificação, os fluxos clínico e pediátrico seguem para áreas físicas distintas — por isso a unidade recebe painel de chamada próprio para cada fluxo de consultórios, além do painel da classificação. O módulo de estoques opera com almoxarifado e farmácia próprios em cada unidade, abastecidos pelas compras consolidadas da sede com entrega em cada estabelecimento, cada um com o seu CNES e o seu centro de custo, de modo que o consumo e o custo de cada unidade continuem separados, como exige o Anexo VIII. O arquivo físico de prontuários permanece na própria unidade, sob guarda do SAME.

9.2 Integração com os sistemas oficiais de informação em saúde

O prontuário só cumpre o seu papel se a informação que ele produz chegar, sem nova digitação, aos sistemas de que dependem o faturamento, a regulação, a vigilância e o controle da Secretaria. O Quadro 9.2 identifica cada um deles, o que é trocado, a forma e a frequência.

Quadro 9.2 – Sistemas oficiais integrados

Sistema	Gestor	O que é trocado	Forma e frequência
CNES — Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Ministério da Saúde, alimentado pela SEMUS	Profissionais com CBO e carga horária, leitos, equipamentos e serviços de cada unidade, que formam a base do cadastro de profissionais e de estabelecimentos do sistema	Atualização mensal pela unidade, enviada à Secretaria na competência (item 10.1, alínea "q"); carga inicial dos estabelecimentos e dos profissionais no sistema na implantação e atualização do cadastro a cada mudança; o faturamento confere o CBO de cada profissional no CNES antes de fechar a produção
CADSUS — Cadastro Nacional de Usuários do SUS	Ministério da Saúde	Cartão Nacional de Saúde e CPF do usuário	Cadastro do usuário no sistema com a mesma estrutura de dados do CADSUS; quando o usuário não traz o cartão, a recepção consulta o número no CADSUS pelo acesso web e o registra; usuário sem documento é atendido e o registro é completado depois
SIGTAP — tabela de procedimentos do SUS	Ministério da Saúde	Procedimentos, compatibilidades com CBO e CID e atributos de faturamento	Importação da tabela unificada da competência vigente, a cada mês

Sistema	Gestor	O que é trocado	Forma e frequência
SIA/SUS — Sistema de Informações Ambulatoriais, pelo BPA	Ministério da Saúde, processado pela SEMUS	Atendimentos médicos e demais procedimentos de cada unidade, no BPA individualizado e, nos procedimentos que a tabela registra de forma consolidada, no BPA consolidado; o BPA-I é a fonte do IN 1.1	Arquivo gerado pelo sistema depois das críticas de Cartão Nacional de Saúde, CBO, CID e compatibilidade com a tabela, exportado para o BPA Magnético do DATASUS e entregue à Secretaria no calendário de processamento municipal, por competência e por estabelecimento
e-SUS PEC municipal	SEMUS	Histórico de atendimentos das UPAs registrado até o início da parceria	Consulta pelos profissionais das unidades durante toda a parceria; a série de atendimentos segue para a Secretaria pela base diária do BI municipal; envio pelo leiaute oficial de integração do e-SUS se a Secretaria mantiver essa base para os relatórios das UPAs
RNDS — Rede Nacional de Dados em Saúde	Ministério da Saúde	Registro de atendimento clínico, resultados de exames laboratoriais e registro de imunização (vacina antitetânica e antirrábica aplicadas na unidade)	Padrão HL7 FHIR, a cada evento, em operação até o 90º dia de execução; o acesso de cada estabelecimento à RNDS é solicitado com a Secretaria na transição
SinanNet e e-SUS Sinan	Ministério da Saúde, operado pela Vigilância municipal	Notificações compulsórias de agravos, geradas a partir do prontuário	Ficha digitada ou enviada pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da unidade; notificação imediata comunicada à Vigilância em até 24 horas, por telefone ou meio eletrônico
SER — sistema do Complexo Regulador Estadual	Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins	Solicitações de transferência, com o número e o horário da solicitação e as reiterações — fonte do IN 2.3	Hoje por acesso web, com o número da solicitação e o horário registrados no prontuário; integração direta se a SES-TO a disponibilizar
SISREG — Sistema de Regulação, módulo ambulatorial	SEMUS, com a Central de Regulação municipal	Pedidos de consultas e exames especializados eletivos indicados na alta	Pedido estruturado na guia de contrarreferência com os campos de solicitação do SISREG (procedimento, CID-10, justificativa clínica e prioridade nas cores do protocolo da Secretaria), para a solicitação pela unidade de saúde de referência, que ordena o acesso eletivo; envio eletrônico do pedido se a Secretaria disponibilizar interface; o ISAC pactua o fluxo com a Secretaria na transição

Sistema	Gestor	O que é trocado	Forma e frequência
BI municipal	SEMUS	Base dos indicadores do Quadro 9.8 — classificações, marcos de tempo, desfechos e retornos	Extração diária para a base municipal e consulta em tempo real por interface ou visão de leitura (itens 5.7.2 e 10.1, alínea "v")
SIM — Sistema de Informações sobre Mortalidade	Ministério da Saúde, operado pela Vigilância municipal	Número da declaração de óbito emitida e dados do óbito ocorrido na unidade	Registro no prontuário; formulário da declaração controlado pela Vigilância municipal

As UPAs se relacionam com dois sistemas de regulação. As transferências para a rede hospitalar são solicitadas ao Complexo Regulador Estadual no SER, como indicam o item 5.2.2 do Termo de Referência e a ficha do IN 2.3 do Anexo II; o modo como o número e o horário da solicitação voltam ao prontuário está descrito adiante. As consultas e os exames especializados eletivos seguem o SISREG ambulatorial da Secretaria, conforme o seu protocolo de regulação de acesso. A UPA não agenda atendimento eletivo, porque esse acesso é ordenado pela Atenção Primária (capítulo 21): a guia de contrarreferência leva o pedido com os dados que o SISREG exige na solicitação, isto é, o procedimento, o CID-10, a justificativa clínica e a prioridade nas cores do protocolo da Secretaria, e a unidade de saúde de referência faz a solicitação sem precisar refazer a justificativa. Havendo interface, a troca passa a ser automática nos dois sistemas. A integração do Gesthor Hospitalar com o SER e com o SISREG, como as demais do Quadro 9.2, é compromisso do Instituto, contratado com o fornecedor na pré-assunção.

Três integrações merecem explicação. A primeira é a da série histórica municipal: a Secretaria apura hoje o perfil de demanda das UPAs pelos relatórios do e-SUS PEC, e a substituição do prontuário não pode criar um vazio nessa série. O histórico já registrado no e-SUS PEC continua consultável pelos profissionais das unidades durante toda a parceria, e a série segue com a Secretaria por outro caminho: a base de atendimentos de cada dia, com a classificação, os marcos de tempo e o desfecho de cada episódio, vai ao BI municipal, como descrito adiante. Se a Secretaria mantiver o e-SUS PEC como base dos relatórios das UPAs, o Instituto contrata com o fornecedor o envio dos registros pelo leiaute oficial de integração do e-SUS.

A segunda é a da regulação. O indicador IN 2.3 mede quanto tempo passa da decisão médica de transferir o usuário até o registro do pedido no Complexo Regulador Estadual. A decisão é registrada no prontuário, com horário automático; a solicitação, no SER; e o número e o horário da solicitação voltam ao prontuário no mesmo ato, o que permite ao sistema calcular o intervalo e ao painel mostrar as pendências. Se o Estado abrir integração direta, o registro passa a ser automático; enquanto isso não ocorrer, o horário da solicitação é conferido contra o relatório do SER na apuração mensal.

A terceira é a da Secretaria. O Gestor da Parceria e as áreas técnicas da Secretaria recebem perfil de leitura no painel de gestão e no prontuário, quando necessário à fiscalização, e a base

dos indicadores é disponibilizada ao BI municipal diariamente e por consulta em tempo real. A Secretaria não depende do relatório mensal para saber o que acontece nas unidades.

9.3 Infraestrutura, contingência e cópias de segurança

A visita técnica confirmou que computadores e impressoras pertencem hoje à empresa contratada para a informática, e que a rede, a telefonia e o link de dados pertencem a outra prestadora; nada disso integra a relação de bens cedidos. O Instituto implanta, portanto, infraestrutura própria em cada unidade, e mantém ou sucede os contratos vigentes durante a transição, como prevê o item 22.1.1 do Termo de Referência, até que a nova estrutura esteja em operação.

9.3.1 Estações de trabalho e periféricos

Quadro 9.3 – Estações de trabalho por setor

Setor	UPA Norte	UPA Sul	Periféricos
Totem de senhas e painéis de chamada	1 totem · 3 painéis	1 totem · 4 painéis	Impressora térmica no totem; áudio nos painéis
Recepção e cadastro	3	3	Impressora de pulseiras e etiquetas, leitor de código de barras
Salas de classificação	3	4	Monitor de sinais vitais já existente; impressora compartilhada
Consultórios (clínicos, pediátricos, fast track, ortopedia, odontologia)	10	9	Impressora por bloco de consultórios
Sala de estabilização	2	2	Leitor de código de barras
Observação adulta, pediátrica e isolamento — postos de enfermagem	3	3	Impressora de etiquetas
Estações móveis à beira do leito	4	4	Carrinho com bateria e leitor de código de barras
Sala de medicação e procedimentos	2	2	Leitor de código de barras
Farmácia	2	2	Impressora de etiquetas, leitor de código de barras
Laboratório, radiologia, ultrassonografia e eletrocardiograma	3	4	Estações para a interface com os prestadores
SAME, faturamento e ouvidoria	3	3	Digitalizador de documentos
Direção, gestão, NSP, serviço social, almoxarifado	6	7	Multifuncional
Reserva técnica (pronta para troca)	2	2	—
Total de estações	43	45	

As estações são locadas, com troca em até um dia útil em caso de defeito, o que dispensa estoque de peças na unidade e transfere ao fornecedor a obsolescência. Os postos críticos (classificação, sala de estabilização e farmácia) ficam ligados a nobreak próprio.

9.3.2 Rede, links e energia

Cada unidade recebe rede local própria, com switches gerenciáveis e alimentação PoE para os pontos de acesso sem fio e os painéis; rede sem fio corporativa com autenticação individual e rede de visitantes separada, sem acesso aos sistemas; e redes lógicas segregadas para a

área assistencial, a administrativa, os equipamentos médicos conectados, a telefonia e os visitantes. O cabeamento existente é aproveitado onde a vistoria o certificar, e os pontos que faltarem são instalados na pré-assunção.

A conexão com a plataforma é feita por dois links de operadoras diferentes, com chegada física por caminhos distintos: o principal em fibra dedicada, de 200 Mbps simétricos, e o secundário em banda larga de 300 Mbps, com roteador 4G como terceira via. A comutação entre eles é automática, controlada pelo firewall da unidade. O rack de rede é alimentado por nobreak com autonomia de duas horas, e o grupo gerador, que cobre a unidade inteira, sustenta a operação em falta prolongada de energia. A telefonia passa a operar sobre a mesma rede, com ramais por setor e linha direta para a regulação.

9.3.3 Servidores e plataforma

Pelo contrato, o prontuário e o sistema de gestão rodam em centro de dados no Brasil, com redundância de servidores e de armazenamento e replicação para uma segunda zona de disponibilidade, requisitos que o Instituto exige do fornecedor e confere no aceite da pré-assunção. Não há servidor de aplicação crítico dentro das unidades — o que elimina o risco de que a falha de um equipamento local pare o atendimento. Em cada unidade fica apenas um servidor local de contingência, que mantém cópia de leitura atualizada dos dados dos pacientes em atendimento e é a primeira fonte de consulta quando a plataforma está fora de alcance. O controle de identidade dos usuários é centralizado no diretório corporativo do Instituto.

9.3.4 Suporte técnico

O suporte segue o modelo institucional de serviços de tecnologia do Instituto, baseado nas práticas da ITIL: central de serviços como ponto único de contato, chamado registrado no GLPI, a ferramenta livre de central de serviços que o Instituto já usa em outras unidades (nunca por aplicativo de mensagens), classificação por prioridade e acordo de nível de serviço. Cada unidade tem técnico de suporte presencial de segunda a sábado, das 7h às 19h, com sobreaviso fora desse horário e central remota 24 horas. A falha que afeta o atendimento é sempre prioridade crítica.

Quadro 9.4 – Nível de serviço do suporte técnico

Prioridade	Exemplo	Primeiro atendimento	Solução ou contorno
Crítica	Sistema indisponível em setor assistencial; queda dos dois links; falha do totem ou da classificação	15 minutos	2 horas
Alta	Estação ou impressora de posto crítico; falha de interface com laboratório ou imagem	30 minutos	4 horas
Média	Estação ou impressora de setor não crítico; acesso de usuário	2 horas	8 horas
Baixa	Instalação, configuração, solicitação de relatório	8 horas	2 dias úteis

9.3.5 Contingência

NÍVEL 1	**Falha de estação, impressora ou leitor**	Estação reserva no setor; troca pelo suporte local em até 30 min; registro continua no sistema.
NÍVEL 2	**Queda do link principal**	Comutação automática para o link 2 em menos de 1 min; 4G como terceira via; nenhuma ação da equipe assistencial.
NÍVEL 3	**Sistema indisponível na unidade**	Consulta ao servidor local de contingência; relatório de contingência impresso a cada 4 h; formulários numerados com hora do relógio sincronizado; comunicação à SEMUS se passar de 1 h.
NÍVEL 4	**Perda de dados ou desastre na plataforma**	Restauração a partir das cópias replicadas; perda máxima de 15 min de dados e retorno em até 4 h; registros do intervalo recuperados pelos formulários.

Retorno do sistema: os formulários de contingência são lançados em até 24 h por equipe designada, identificados como "registro de contingência" e com os horários originais, para que os marcos dos indicadores não se percam. A ocorrência entra no relatório mensal.

Figura 9.4 – Níveis de contingência

O nível que exige preparo da equipe é o terceiro. Cada setor assistencial guarda um kit de contingência (formulários numerados de classificação, atendimento, prescrição e checagem, etiquetas e relógio sincronizado com o do sistema), e o servidor local imprime, a cada quatro horas, o relatório de contingência de cada setor: pacientes presentes, cor, alergias e prescrição vigente. Quando o sistema volta, equipe designada pela Coordenação Administrativa lança os formulários em até 24 horas, marcados como registro de contingência e com os horários originais. É isso que preserva os marcos dos indicadores: um registro lançado com o horário do lançamento, e não com o do atendimento, desfiguraria o tempo porta-médico do mês. A indisponibilidade superior a uma hora é comunicada à Secretaria e registrada no relatório mensal, para os fins da ressalva do item 6.1.1 do Anexo II. O plano é testado em simulado antes do primeiro dia de operação e, depois, a cada semestre, em cada unidade.

9.3.6 Cópias de segurança e retenção

Quadro 9.5 – Cópias de segurança e retenção

O quê	Como e com que frequência	Onde	Retenção
Base do prontuário e do sistema de gestão	Replicação contínua; ponto de restauração a cada 15 minutos; cópia completa diária	Centro de dados contratado com o fornecedor, em duas zonas de disponibilidade	Cópias diárias por 35 dias, semanais por 13 semanas e mensais por 24 meses
Cópia independente da base	Cópia mensal completa, protegida contra alteração	Armazenamento do Instituto, fora da plataforma do fornecedor	Toda a vigência da parceria
Prontuário do usuário	Mantido na base ativa	Plataforma	Mínimo de 20 anos do último registro (Lei nº 13.787/2018, art. 6º); ao fim da parceria, devolvido ao Município
Trilha de auditoria de acessos	Gravação contínua, sem possibilidade de alteração	Plataforma	Toda a vigência e 5 anos após o encerramento
Servidor local de contingência e arquivos administrativos	Cópia diária para a nuvem do Instituto	Nuvem do Instituto	90 dias
Configurações de rede e firewall	Cópia a cada alteração	Nuvem do Instituto	12 meses

Os objetivos de recuperação são perda máxima de 15 minutos de dados e retorno do sistema em até quatro horas. A restauração é testada a cada trimestre, com registro do tempo gasto e do resultado, e o relatório do teste fica disponível ao Gestor da Parceria.

9.4 Plano de implantação e capacitação

A implantação segue as fases do cronograma físico do Plano de Trabalho (Quadro XII-9 do Anexo XII) (pré-assunção, assunção, estabilização e consolidação) e tem um único marco inegociável: no primeiro dia de execução, os módulos essenciais estão em produção nas duas unidades. Tudo o que vem antes serve a esse dia, e tudo o que vem depois o completa.



Figura 9.5 – Cronograma de implantação da tecnologia da informação

O Termo de Referência não fixa a duração da pré-assunção (o período que vai da assinatura do Termo de Colaboração ao início da execução (Quadro XII-9 do Anexo XII), dentro da vigência de 12 meses contada da assinatura), e o cronograma está desenhado com 30 dias. Se o intervalo entre a assinatura do Termo de Colaboração e o início da execução for menor, os módulos essenciais entram em produção no primeiro dia sobre a infraestrutura já instalada nas unidades, mantidos ou sucedidos os contratos vigentes (item 22.1.1 do Termo de Referência), e as demais etapas se concluem nas fases de assunção e estabilização. São etapas da implantação, na ordem do roteiro institucional do Instituto:

1. **Vistoria e plano de postos.** Levantamento dos pontos de rede e de energia, do cabeamento e da sinalização de leitos e setores, com a definição de cada posto de trabalho conforme o fluxo da unidade.
2. **Contratação e instalação.** Contrato de parametrização e integração do Gesthor Hospitalar, links, firewall, rede sem fio, estações, totens, painéis e impressoras, com aceite técnico de cada item.
3. **Parametrização.** Carga dos estabelecimentos e profissionais do CNES, dos leitos, da tabela SIGTAP, dos perfis de acesso por função, dos protocolos do capítulo 10 em fichas estruturadas, dos fluxogramas de classificação, da padronização de medicamentos e do elenco de exames.

4. **Capacitação.** Multiplicadores primeiro, depois as equipes, em ambiente de treinamento com dados fictícios; a senha de acesso ao ambiente real só é liberada a quem concluiu a capacitação do seu perfil.
5. **Simulado.** Um plantão simulado completo em cada unidade, do totem ao desfecho, incluindo a queda provocada do sistema para o exercício da contingência.
6. **Primeiro dia.** Entrada em produção dos módulos de acolhimento e classificação, atendimento médico, prescrição, dispensação, enfermagem, observação, regulação, alta e faturamento. Os usuários que estiverem em observação na passagem da gestão são admitidos no sistema com resumo de transferência.
7. **Operação assistida.** Nos primeiros 15 dias, analistas do fornecedor e da tecnologia do Instituto permanecem nas unidades nos três turnos, ao lado das equipes.
8. **Interfaces e painel.** Laboratório, imagem e eletrocardiograma integrados até o 30º dia, conforme a entrada dos novos prestadores; a Secretaria tem perfil de leitura no prontuário e acesso às classificações em tempo real desde o primeiro dia; o painel completo de indicadores fica disponível até o 30º dia.
9. **Consolidação.** Estoques, custos e escalas completos, checagem por código de barras estendida à sala de medicação e envio à RNDS em operação até o 90º dia; auditoria de completude dos registros e de segurança; rotina sem circulação de prontuário em papel entre os setores.

9.4.1 Capacitação dos usuários

Quadro 9.6 – Plano de capacitação dos usuários

Perfil	Conteúdo	Carga e formato	Quando
Multiplicadores (um por setor e por turno)	Todos os módulos do seu setor, contingência, suporte de primeiro nível aos colegas	16 h presenciais	Início da pré-assunção
Recepção	Totem, painel, cadastro, CADSUS, pulseira, contingência	4 h presenciais	Pré-assunção
Enfermeiros	Classificação no sistema, processo de enfermagem, escores, checagem, passagem de plantão, observação, regulação, contingência	6 h presenciais + 2 h a distância	Pré-assunção
Técnicos de enfermagem	Checagem à beira do leito, sinais vitais, balanço, ocorrências, contingência	4 h presenciais	Pré-assunção
Médicos	Episódio de atendimento, fichas dos protocolos, prescrição, pedidos de exame, resultado crítico, regulação, alta e contrarreferência, documentos assinados	3 h presenciais + 2 h a distância	Pré-assunção
Farmácia	Dispensação, kits, controlados, estoque, carro de emergência	6 h presenciais	Pré-assunção
Laboratório, imagem e ECG	Recebimento de pedidos, liberação de resultados, resultado crítico	2 h presenciais	Na entrada da interface
Faturamento e SAME	BPA-I, CNES, críticas, guarda e cópia de prontuário	8 h presenciais	Pré-assunção
Gestão e direção	Painel de indicadores, completude, relatórios do Anexo VIII	4 h presenciais	Primeiros 30 dias

Perfil	Conteúdo	Carga e formato	Quando
Equipe de tecnologia local	Administração da rede, perfis, contingência, cópias	16 h	Pré-assunção
Todos os perfis	Segurança da informação e proteção de dados pessoais	2 h a distância	Antes da liberação do acesso
Novos admitidos e servidores cedidos	Módulos do seu perfil	Mesma carga do perfil	Na integração, antes do primeiro plantão

A capacitação no sistema é registrada pelo NEPES e computada como carga adicional do primeiro ano, na forma da nota do Quadro 25.2 do capítulo 25. Os servidores municipais disponibilizados às unidades passam pela mesma capacitação, condição para receberem acesso. A efetividade é aferida pela completude dos registros de cada setor no primeiro mês: o setor com completude abaixo da meta recebe reforço dirigido.

9.5 Segurança da informação e proteção de dados pessoais

O capítulo 23 do Termo de Referência define os papéis: o Município de Palmas é o controlador dos dados pessoais tratados na execução da parceria, e o Instituto, o operador; a titularidade dos prontuários e dos registros assistenciais é do Município. O Instituto trata os dados apenas para as finalidades da parceria e conforme as instruções da Secretaria, e os prestadores que tratam dados em seu nome (o fornecedor do sistema, o laboratório, a imagem e a telecardiologia) assinam contrato com cláusulas de proteção de dados equivalentes às do Termo de Colaboração, com vedação de uso para outra finalidade e obrigação de devolução e eliminação ao término.

O **encarregado pelo tratamento de dados pessoais** do Instituto Saúde e Cidadania é **José Carlos Deotti Carvalho**, designado pela Diretoria Executiva por ato de 30 de maio de 2023, atende às duas unidades e é acessado pelo canal privacidade@isac.org.br, divulgado no sítio eletrônico do Instituto, no sítio eletrônico da parceria e nos murais das unidades, na forma do art. 41 da Lei Federal nº 13.709/2018 e da Resolução CD/ANPD nº 18/2024. Em cada unidade, o Gerente da Unidade é o ponto focal de privacidade, responsável por receber as solicitações locais e encaminhá-las ao encarregado.

Quadro 9.7 – Segurança da informação e proteção de dados

Frente	Medidas
Acesso	Usuário individual e intransferível, com perfil por função (quem classifica não prescreve, quem fatura não lê evolução clínica); acesso de emergência registrado e justificado, revisado pela Diretoria Técnica; desligamento do profissional retira o acesso no mesmo dia
Autenticação	Senha forte com troca periódica; segundo fator para acesso remoto, para perfis administrativos e para a Secretaria; bloqueio de sessão por inatividade nas estações compartilhadas
Rastreabilidade	Trilha de cada acesso e de cada alteração, com usuário, data, hora e estação (item 23.3, alínea "c"); auditoria mensal por amostragem e sempre que houver suspeita
Criptografia	Dados criptografados em trânsito e em repouso, inclusive nas cópias de segurança

Frente	Medidas
Rede e estações	Firewall com inspeção de tráfego, redes segregadas, rede de visitantes isolada, antivírus com resposta a ameaças nas estações, atualização de segurança mensal, portas USB bloqueadas por padrão
Pessoas	Termo de confidencialidade assinado por todo empregado e prestador (item 23.3, alínea "e"); capacitação em proteção de dados antes do acesso; Política de Utilização dos Recursos de TIC do Instituto
Documentos do programa	Registro das operações de tratamento; relatório de impacto à proteção de dados elaborado com a Secretaria na pré-assunção; plano de resposta a incidentes
Direitos do titular	Pedido recebido na unidade ou no canal do encarregado é registrado e encaminhado à Secretaria, como controladora, em até 2 dias úteis; a cópia do prontuário pedida pelo próprio usuário segue os prazos do capítulo 5
Incidentes	Comunicação à Secretaria imediatamente e em até 24 horas do conhecimento, com as informações necessárias à comunicação à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (item 23.3, alínea "d", e Resolução CD/ANPD nº 15/2024); contenção, apuração e relatório final; comunicação aos titulares afetados, com a data do incidente, a natureza dos dados e as medidas adotadas
Término da parceria	Devolução integral da base, dos prontuários e dos registros ao Município, em formato compatível com os sistemas municipais, e eliminação das cópias remanescentes, salvo obrigação legal de guarda (item 23.3, alínea "f")

9.6 Os dados para as metas, os indicadores e a prestação de contas

Todos os indicadores do Quadro 9.8 que não vêm do SIA/SUS ou da pesquisa de satisfação têm como fonte o prontuário eletrônico, e cada um é a diferença entre dois horários. Por isso o sistema foi especificado de trás para a frente: primeiro os marcos que as fichas do Anexo II exigem, depois as telas que os gravam. A Figura abaixo mostra em que ponto do percurso cada marco nasce e quais indicadores o usam.



IN 1.1 atendimentos médicos (BPA-I) · IN 1.2 acolhimentos com classificação · IN 2.1 tempo porta-médico por cor
IN 2.2 permanência sem exames (A), com exames (B) e em observação (C) · IN 2.3 decisão de transferência → registro no SER
IN 2.4 retorno não programado em 48 h · IN 2.6 cobertura da classificação · meta interna: chegada → classificação ≤ 10 min

Cada marco é gravado pelo sistema no momento do registro, com data, hora e profissional — sem digitação de horário.
O registro incompleto aparece no painel antes do fechamento do mês, a tempo de ser corrigido pela via do atendido.

Figura 9.6 – Marcos de tempo e indicadores

Quadro 9.8 – Geração dos dados dos indicadores

Indicador	Como o sistema gera o dado	Regras que protegem o resultado
IN 1.1 — Atendimentos médicos registrados	Cada atendimento médico do episódio gera o procedimento correspondente no BPA-I, com CNS, CBO, CID e data	Critica antes do envio: sem CNS válido, sem CID ou com duplicidade, o registro volta ao faturamento
IN 1.2 — Acolhimentos com classificação	Registro da classificação com a cor e o horário automático	Cor obrigatória para concluir a classificação; usuário sem identificação recebe identificação provisória e é completado no cadastro
IN 2.1 — Tempo porta-médico por cor	Intervalo entre o horário da classificação e o do primeiro atendimento médico, por cor	Chamada no painel gravada; usuário que não responde a três chamadas em 15 minutos é registrado como evasão, critério de exclusão da ficha
IN 2.2 — Permanência (componentes A, B e C)	Classificação até o desfecho, com marcação automática de quem teve exame; admissão e saída da observação	Desfecho obrigatório para encerrar o episódio; sinal de "aguardando vaga regulada" para os fins do item 8.3.7 do Termo de Referência

Indicador	Como o sistema gera o dado	Regras que protegem o resultado
IN 2.3 — Decisão de transferência – solicitação no SER	Horário da decisão no prontuário; número e horário da solicitação no SER	Painel de decisões sem solicitação há mais de 30 minutos, com alerta ao supervisor do plantão
IN 2.4 — Retorno não programado em 48 horas	Novo episódio do mesmo usuário, pelo CNS ou CPF, em até 48 horas do desfecho anterior	Retorno programado registrado como tal na alta (reavaliação, curativo, retirada de pontos, leitura de exame), critério de exclusão da ficha
IN 2.5 — Satisfação do usuário	Pesquisa pelo QR Code do comprovante de alta e por tablete, ligada ao episódio sem identificar o respondente	Amostra sistemática por turno (capítulo 16)
IN 2.6 — Cobertura da classificação	Episódios de demanda espontânea com classificação registrada ÷ episódios de demanda espontânea	O cadastro de demanda espontânea só se abre a partir de uma classificação

A completude é acompanhada todos os dias, não no fechamento do mês. O painel mostra, por indicador e por setor, os registros sem um dos marcos, e o enfermeiro supervisor do plantão e o faturamento os corrigem pela via do adendo, que preserva o registro original. A meta interna de completude é de 98%, acima dos 95% do item 6.1.1 do Anexo II, para que uma falha pontual não comprometa a nota do mês.

A mesma base sustenta os relatórios e a prestação de contas do Anexo VIII: o relatório mensal, o relatório trimestral consolidado e a prestação de contas parcial e final. O Quadro 9.9 mostra de onde sai cada documento. Os que não nascem em sistema, como certidões, extratos bancários e a relação de demandas judiciais, são juntados pela equipe de prestação de contas da sede.

Quadro 9.9 – Documentos do Anexo VIII e origem dos dados

Documento do Anexo VIII	Origem no sistema
Relatório mensal, 4.1 a. Execução do objeto, metas e resultados do IN 1 e do IN 2, por unidade	Painel de indicadores, com a memória de cálculo exportada
4.1 b. Produção assistencial e origem dos usuários	Episódios, classificações, reavaliações, exames, observação e transferências, com o município de residência do cadastro
4.1 c. Pesquisa de satisfação	Módulo da pesquisa, com amostra alcançada por turno
4.1 d. Despesas por unidade e por grupo de despesa	Módulo financeiro, com centro de custo por CNES
4.1 e. Folha de pagamento	Sistema de folha do Instituto, integrado ao ponto e às escalas (capítulo 24)
4.1 f. Fluxo de caixa da conta específica	Módulo financeiro, conciliado com o extrato
4.1 g. Custos indiretos e memória de rateio	Módulo de custos, com rateio por centro de custo
Relatório trimestral, 5.1 a e b. Execução do objeto, memória de cálculo do Anexo III e produção consolidada	Painel de indicadores e base de produção, consolidados no trimestre
5.1 c. Pesquisa de satisfação do trimestre	Módulo da pesquisa, com a amostra do trimestre
5.1 d, i, k e r. Execução financeira, fluxo de caixa e aplicações, extratos e balancete	Módulos financeiro e contábil, com conciliação bancária e balancete por estabelecimento; extratos juntados pela equipe de prestação de contas
5.1 e, f e g. Folhas sintética e analítica, servidores cedidos e dedução dos postos supridos por servidores	Sistema de folha e escalas, com o vínculo de cada profissional registrado no posto

Documento do Anexo VIII	Origem no sistema
5.1 h. Certidões e demandas judiciais	Documentos externos, juntados pela equipe de prestação de contas
5.1 j e m. Notas fiscais, comprovantes de pagamento e contratos	Módulos de compras e financeiro, com o número do Termo de Colaboração no documento e o documento fiscal vinculado ao lançamento
5.1 l. Custos indiretos do trimestre e limite de 3%	Módulo de custos
5.1 n. Bens adquiridos e alterações no inventário dos bens cedidos	Módulo de patrimônio, com tombamento por unidade
5.1 o. Educação permanente	Registros do NEPES, consolidados no trimestre (capítulo 25)
5.1 p. Débitos e créditos vencidos	Contas a pagar e a receber
5.1 q. Ouvidoria	Registro das manifestações e das respostas (capítulo 16)
Prestação de contas parcial e final, 6.1 a e c. Execução do objeto, impactos e satisfação do público	Série histórica do painel de indicadores e da pesquisa de satisfação, com os relatórios trimestrais do período
6.1 b. Execução financeira: receitas, despesas, rendimentos, rateio e bens	Módulos financeiro, contábil, de custos e de patrimônio
6.1 d. Relatórios trimestrais do período	Arquivo dos relatórios trimestrais protocolados
6.1 e. Saldo remanescente e inventário final dos bens	Módulos financeiro e de patrimônio

9.7 Indicadores do projeto de tecnologia da informação

Quadro 9.10 – Indicadores do projeto de tecnologia da informação

Indicador	Meta	Periodicidade
Disponibilidade do sistema no horário de operação	≥ 99,5%	Mensal
Completude dos marcos dos indicadores do Anexo II	≥ 98%	Diária, consolidada no mês
Chamados críticos resolvidos ou contornados em até 2 horas	≥ 95%	Mensal
Formulários de contingência lançados em até 24 horas	100%	A cada ocorrência
BPA-I entregue no calendário municipal, por unidade	100%	Mensal
Usuários com capacitação concluída antes da liberação do acesso	100%	Mensal
Teste de restauração das cópias de segurança realizado	100%	Trimestral
Incidentes de segurança comunicados à Secretaria em até 24 horas	100%	A cada ocorrência
Contrarreferência ativa no prazo (capítulo 21)	≥ 90% dos usuários prioritários com envio em até 24 h (Palmas) ou 48 h (outros municípios)	Mensal

Os indicadores do projeto entram no relatório mensal da unidade e são analisados na reunião mensal de gestão. Os custos da solução (sistema, links, estações, totens, painéis e suporte) estão demonstrados na Proposta Financeira, no grupo de serviços de tecnologia da informação da Planilha de Composição de Custos de cada unidade.

SHALOM SOLUÇÕES EM TECNOLOGIA LTDA
- CNPJ: 51.422.792/0001-23
- Alameda Boulevard Qd. 232 Lt. 39 N° 180 Setor Faiçalville
- CEP: 74.350-815 / Goiânia - GO
- (62) 3245-1294 / 3245-1296 / 3245-1292

DECLARAÇÃO

Ao
Instituto Saúde e Cidadania – ISAC
CNPJ nº 14.702.257/0001-08

Referência: Chamamento Público nº 001/2026 da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas/TO, para a gestão da UPA 24h Norte e da UPA 24h Sul.

SHALOM SOLUÇÕES EM TECNOLOGIA LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 51.422.792/0001-23, com sede na Alameda Boulevard, nº 180, Quadra 232, Lote 39, Setor Faiçalville, Goiânia/GO, CEP 74.350-815, neste ato representada por Dimas Lopes Abreu, Sócio-administrador, declara, para instruir a proposta do Instituto Saúde e Cidadania no chamamento acima referido, o que segue.

1. O sistema e a relação com o ISAC

1.1. A declarante é titular dos direitos, inclusive autorais, do Gesthor Hospitalar, sistema de gestão hospitalar modular, integrado e multiempresa.

1.2. O ISAC utiliza o Gesthor Hospitalar no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), em Parnaíba/PI, com base no Contrato nº 1.359/2023, firmado em 10 de julho de 2023 e em vigor. No HEDA, o sistema está em uso, entre outros setores, no pronto-socorro, na classificação de risco, no controle de exames e no faturamento SUS.

2. Recursos disponíveis no sistema

Na data desta declaração, o Gesthor Hospitalar dispõe, em versão comercial, dos seguintes recursos:

a) controle de filas e senhas de atendimento, inclusive preferenciais, com registro do horário de chegada e do tempo de espera;

b) pronto atendimento, com modelos de classificação de risco parametrizáveis pela instituição, painel de chamadas e registro do tempo de cada etapa, da chegada ao desfecho;

c) prontuário eletrônico do paciente, com registros identificados por usuário, data e hora e acesso controlado por perfil;

d) prescrição eletrônica, com alertas de interação medicamentosa, de dose e de duplicidade;

e) posto de enfermagem, com checagem eletrônica da administração de medicamentos, inclusive por leitura de código de barras;

f) estoque, farmácia e almoxarifado, com dispensação por prescrição e por paciente, controle de lote e de validade, kits e controle de medicamentos sujeitos a controle especial;

g) controle de exames, com pedido eletrônico, laudo com assinatura eletrônica e resultado disponível no prontuário;

h) SAME, com controle da guarda e da movimentação dos prontuários físicos;

i) faturamento SUS (BPA, APAC e AIH), com importação da tabela de procedimentos do SUS (SIGTAP) por competência, críticas de Cartão Nacional de Saúde, CBO e CID, verificação do CBO do profissional no CNES e exportação da produção para o programa BPA Magnético do DATASUS;

j) compras, contas a pagar e a receber, patrimônio, orçamento, manutenção, custos por centro de custo com rateio e contabilidade com múltiplos estabelecimentos;

k) relatórios gerenciais e ferramenta própria de indicadores, com exportação de dados;

l) operação de mais de um estabelecimento na mesma base de dados, com cadastros e centros de custo separados por estabelecimento.

3. Compromissos para a parceria em Palmas

Se o ISAC for selecionado e contratar o fornecimento do Gesthor Hospitalar para a UPA 24h Norte e a UPA 24h Sul, a declarante se compromete a entregar, parametrizar e manter em funcionamento o que segue, nos prazos indicados, contados do início da execução da parceria.

3.1. Até o primeiro dia de execução:

a) classificação de risco em cinco cores (vermelha, laranja, amarela, verde e azul), com gravação automática do horário da classificação e do horário do primeiro atendimento médico;

b) registro, no episódio de atendimento, da decisão de transferência e do número e do horário da solicitação feita ao sistema do Complexo Regulador Estadual (SER) ou ao SISREG, bem como das reiterações;

c) cadastro completo de estabelecimentos e profissionais integrado à estrutura do CNES, com gestão dos dados de CPF e vínculo integral com o Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADSUS), permitindo a inclusão, o controle e a manutenção cadastral diretamente na interface do Gesthor;

d) geração do arquivo de produção ambulatorial de cada estabelecimento para o SIA/SUS;

e) realização e controle de todo o faturamento para o e-SUS, com suporte nativo e consolidação das três modalidades de faturamento do SUS (BPA, APAC e AIH), garantindo a retenção e o processamento dos registros assistenciais no sistema sem perda de dados;

f) geração da ficha de notificação compulsória a partir do prontuário, para encaminhamento pela vigilância epidemiológica da unidade;

g) parametrização das fichas estruturadas dos protocolos assistenciais do ISAC, da guia de contrarreferência, do totem de senhas e dos painéis de chamada;

h) perfil de leitura para a Secretaria Municipal da Saúde no prontuário e nas classificações de risco, em tempo real.

3.2. Até o 30º dia de execução:

a) interfaces com o laboratório, a radiologia, a ultrassonografia e o eletrocardiograma, para envio dos pedidos e devolução dos resultados e laudos ao prontuário;

b) painel de indicadores e extração diária da base de indicadores para o BI municipal, com consulta por interface ou visão de leitura;

c) envio automático de mensagens aos usuários após a alta, por solução de mensageria integrada ao sistema, sem dado clínico no conteúdo.

3.3. Até o 90º dia de execução:

a) envio de registros de atendimento, de resultados de exames laboratoriais e de imunização à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), no padrão HL7 FHIR.

3.4. Durante toda a vigência:

a) hospedagem em centro de dados no Brasil, com redundância de servidores e de armazenamento, replicação para uma segunda zona de disponibilidade e disponibilidade mínima de 99,5% ao mês, sem servidor de aplicação crítico nas unidades;

b) cópias de segurança com ponto de restauração a cada 15 minutos e cópia completa diária, retidas por 35 dias (diárias), 13 semanas (semanais) e 24 meses (mensais); objetivos de recuperação de, no máximo, 15 minutos de dados e 4 horas para o retorno do sistema; teste de restauração a cada trimestre, com relatório;

c) trilha de auditoria de cada acesso, inclusão e alteração, com usuário, data, hora e estação, sem possibilidade de exclusão de registro, cuja correção se faz por adendo identificado;

d) assinatura eletrônica individual em todo registro e assinatura com certificado ICP-Brasil nos documentos entregues ao usuário, como receitas, atestados e relatórios;

e) observância das Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.821/2007 e da Lei nº 13.787/2018;

f) interface de programação documentada para a integração com sistemas de terceiros;

g) exportação integral da base de dados em formato aberto, para a devolução dos dados ao Município ao término da parceria;

h) ambiente de treinamento com dados fictícios e operação assistida, com analistas da declarante nas unidades, nos três turnos, durante os primeiros 15 dias de execução.

4. Proteção de dados pessoais

4.1. A declarante tratará os dados pessoais apenas conforme as instruções do ISAC e para as finalidades da parceria, manterá sigilo, exigirá compromisso de confidencialidade de seus empregados e prepostos, não compartilhará dados com terceiros sem autorização e comunicará ao ISAC qualquer incidente de segurança imediatamente após tomar conhecimento dele, de modo a permitir a comunicação à Secretaria Municipal da Saúde em até 24 horas.

4.2. Ao término do contrato, a declarante devolverá integralmente os dados e eliminará as cópias remanescentes, salvo obrigação legal de guarda.

5. Disposições finais

5.1. As condições comerciais serão ajustadas em instrumento próprio, celebrado pelo ISAC na forma do seu regulamento de compras e contratações. Esta declaração não contém preço.

5.2. A declarante se coloca à disposição da Comissão de Seleção para demonstrar o sistema e confirmar o conteúdo desta declaração.

5.3. A declarante afirma, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras.

Goiânia/GO, 03 de novembro de 2026.

Dimas Lopes Abreu
Sócio-Administrador
SHALOM SOLUÇÕES EM TECNOLOGIA LTDA

SHALOM SOLUCOES EM TECNOLOGIA LTDA:51422792000123

Assinado de forma digital por SHALOM SOLUCOES EM TECNOLOGIA LTDA:51422792000123
Dados: 2026.11.03 11:39:46 -03'00'

ÁREA DE ATIVIDADE · PROCESSOS E MANUAIS

10 Manual de protocolos assistenciais de urgência

Uma UPA 24h decide, muitas vezes por dia, quem precisa ser visto agora e quem pode esperar; reconhece, em meio a centenas de atendimentos, o infarto, o acidente vascular cerebral, a sepse e o trauma grave; e estabiliza e encaminha esses usuários em tempo útil. Nas UPAs Norte e Sul de Palmas, que somam cerca de 847 atendimentos por dia, essas decisões não podem depender de quem está de plantão. Este manual reúne, em texto integral, os cinco protocolos que organizam esse trabalho: o acolhimento com classificação de risco, que define a ordem e o lugar do atendimento; e os quatro protocolos tempo-dependentes de dor torácica, acidente vascular cerebral, sepse e trauma, em que cada minuto ganho na unidade muda o desfecho.

O ISAC não parte do zero. O Instituto gere unidades de pronto atendimento acreditadas e mantém protocolos institucionais para essas condições, elaborados pela Superintendência Técnica e pela Gerência de Qualidade e aplicados nas UPAs que administra em Alagoas e no Tocantins. Os textos deste manual são esses protocolos, revistos para as UPAs Norte e Sul: os tempos-alvo foram alinhados ao Anexo II do Termo de Referência, os fluxos foram ajustados à rede de Palmas – em que a tomografia, a hemodinâmica e a terapia intensiva ficam nos hospitais de referência acessados pelo Complexo Regulador Estadual e pelo SAMU 192 – e as condutas clínicas foram atualizadas às diretrizes vigentes das sociedades de especialidade e do Ministério da Saúde. Cada protocolo é apresentado no modelo do Anexo VII da Norma de Gestão de Documentos do ISAC, com os campos de código, versão, publicação, próxima revisão, responsabilidades, indicadores, referências, histórico e aprovação que a norma exige.

10.1 Como o ISAC elabora, aprova e mantém seus protocolos

A elaboração de documentos no ISAC é regida pela **Norma Zero** (Norma de Gestão de Documentos, código NOR.GQ.SED.001, versão 02, aprovada pelo Conselho de Administração e publicada em 05/08/2024), que estabelece a hierarquia documental do Instituto – políticas de 1º nível, normas de 2º nível e procedimentos de 3º nível –, as alçadas de elaboração e aprovação, a codificação, o formato e a temporalidade de revisão de cada tipo de documento. O protocolo é, na Norma Zero, um documento de 3º nível: "instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial", que "deve fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais".

Quadro 10.1 – Regras da Norma Zero para os protocolos

Regra da Norma Zero	Aplicação neste manual
Codificação: tipo do documento, setor emissor, unidade e número sequencial de três dígitos, separados por ponto (item 4.3)	PRT (protocolo) . DIRTE (Diretoria Técnica) . SED (documento da Sede, aplicável às unidades geridas) . número sequencial. A numeração é confirmada pela Gestão da Qualidade, que controla a lista mestra, na publicação da versão 00.
Cabeçalho com identificação do tipo e do título, código, versão, data de publicação, próxima revisão e paginação (item 4.8.1)	Cada protocolo abre com o cabeçalho padronizado. A versão inicial é 00; as datas de publicação e de próxima revisão são fixadas na aprovação, antes do início da operação.
Modelo de protocolo do Anexo VII: objetivo e justificativa, aplicabilidade, definição e siglário, critérios de inclusão e exclusão, responsabilidades, descrição detalhada das atividades, indicadores, referências, histórico de revisão e aprovação	Todos os cinco protocolos seguem exatamente essa sequência de seções, com fluxograma e ficha de registro como anexos.
Alçadas (item 4.1.1): procedimentos elaborados pela Diretoria Executiva, Superintendências, Diretorias de Unidades ou coordenações, com parecer técnico de especialista quando possível	Elaboração pelos Diretores Técnicos e pelos Coordenadores de Enfermagem das UPAs; revisão técnica de especialista da área (cardiologia, neurologia, infectologia, cirurgia do trauma); revisão da Gerência de Qualidade; aprovação pela Superintendência Técnica do ISAC.
Temporalidade máxima de revisão do protocolo: 1 ano (item 4.12, Tabela 4)	Revisão anual obrigatória, antecipada sempre que houver mudança de diretriz, de fluxo pactuado com a rede ou quando a análise de um evento adverso indicar necessidade.
Publicação em meio não editável, treinamento com registro de frequência e substituição das versões obsoletas (itens 4.11 e 4.13)	Publicação na lista mestra, na intranet e no prontuário eletrônico das UPAs; treinamento pelo NEPES antes da vigência; recolhimento das versões impressas anteriores.



Figura 10.1 – Ciclo de vida de um protocolo

10.2 Os protocolos do manual, seus responsáveis e a periodicidade de revisão

O Quadro 10.2 identifica, para cada protocolo, o responsável pela sua atualização e a periodicidade de revisão. As referências técnicas adotadas estão na seção "Referências" de cada protocolo e são resumidas aqui. O responsável pela atualização convoca a revisão, consolida as contribuições das equipes e submete a nova versão ao fluxo de aprovação da Norma Zero; a Gerência de Qualidade controla o prazo e a lista mestra.

Quadro 10.2 – Protocolos do manual: responsável, periodicidade e referências

Código	Protocolo	Responsável pela atualização	Periodicidade de revisão	Referências técnicas adotadas
PRT.DIRTE.SED.001	Acolhimento com Classificação de Risco	Coordenadores de Enfermagem (RT de Enfermagem) das duas UPAs, em conjunto, com o enfermeiro de referência da classificação de cada unidade	Anual, ou a cada mudança do Anexo II, do protocolo municipal de acolhimento ou do sistema de classificação	Política Nacional de Humanização e cartilha "Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência" (MS); Sistema Manchester de Classificação de Risco (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco); Portaria GM/MS nº 10/2017; Resolução COFEN nº 661/2021; Resolução CFM nº 2.079/2014; Anexo II do Termo de Referência
PRT.DIRTE.SED.002	Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda	Diretores Técnicos das duas UPAs, em conjunto, com o cardiologista de referência da telecardiologia	Anual, ou quando a Sociedade Brasileira de Cardiologia atualizar as diretrizes de SCA	Diretrizes da SBC sobre angina instável e IAM sem supradesnível de ST (2021) e sobre IAM com supradesnível de ST (2015); Diretriz ESC de síndromes coronarianas agudas (2023); 4ª Definição Universal de Infarto (2018); Portaria GM/MS nº 2.994/2011 (linha de cuidado do IAM)
PRT.DIRTE.SED.003	Acidente Vascular Cerebral Agudo	Diretores Técnicos das duas UPAs, em conjunto, com o neurologista da unidade de AVC de referência	Anual, ou quando houver mudança na linha de cuidado do AVC pactuada com o Complexo Regulador	Portarias GM/MS nº 664 e 665/2012 (linha de cuidado do AVC e protocolo de trombólise); diretrizes AHA/ASA 2019 (AVC isquêmico) e 2022 (hemorragia intracerebral); diretrizes da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares/ABN (2022); Manual de rotinas para atenção ao AVC (MS, 2013)
PRT.DIRTE.SED.004	Sepse e Choque Séptico no Adulto e na Criança	Diretores Técnicos das duas UPAs, em conjunto, com a CCIRAS e a Comissão de Farmácia e Terapêutica	Anual, ou quando o ILAS ou a Surviving Sepsis Campaign atualizarem as recomendações; guia antimicrobiano revisto a cada 6 meses	Roteiros de implementação de protocolo gerenciado de sepse do ILAS (adulto e pediátrico); Surviving Sepsis Campaign 2021 (adultos) e 2020 (crianças); Sepse-3 (2016); critérios de Phoenix (2024); RDC Anvisa nº 36/2013

Código	Protocolo	Responsável pela atualização	Periodicidade de revisão	Referências técnicas adotadas
PRT.DIRTE.SED.005	Atendimento Inicial ao Trauma	Diretores Técnicos das duas UPAs, em conjunto, com o ortopedista de referência e o Núcleo de Segurança do Paciente	Anual, ou a cada nova edição do ATLS ou mudança na linha de cuidado ao trauma	ATLS 10ª edição (ACS-COT); PHTLS 9ª edição (NAEMT); Portaria GM/MS nº 1.365/2013 (linha de cuidado ao trauma); diretriz nacional de triagem de campo do trauma (ACS-COT, 2021); estudos CRASH-2 e CRASH-3; regra canadense de tomografia no TCE; calendário de profilaxia do tétano do PNI

Os cinco protocolos são comuns às UPAs Norte e Sul, com equipe própria em cada unidade e sem cobertura cruzada de pessoal. As diferenças entre as duas unidades – número de leitos da sala de estabilização, número de salas de classificação, demanda referenciada – aparecem nos protocolos apenas onde alteram a conduta.

10.2.1 Protocolos institucionais complementares

Além dos cinco protocolos exigidos pelo Anexo V, as UPAs Norte e Sul operam com os protocolos institucionais do ISAC listados no Quadro 10.3, já publicados nas unidades acreditadas do Instituto e que serão adaptados às unidades de Palmas antes do início da operação, na forma do capítulo 10 do Termo de Referência. Eles são citados nos protocolos deste manual sempre que compõem o fluxo (por exemplo, o Time de Resposta Rápida no choque séptico e o escore de alerta precoce na observação).

Quadro 10.3 – Protocolos institucionais que complementam o manual

Protocolo institucional do ISAC	Código vigente	Relação com este manual
Acionamento do Time de Resposta Rápida (códigos amarelo, azul, laranja, cinza e branco)	PRT.DIRTE.SED.02	Deterioração clínica, parada cardiorrespiratória, risco de suicídio e resultados críticos de exames
Deterioração clínica no adulto – escore de alerta precoce (NEWS/MEWS)	PRT.DIRTE.SED (série)	Vigilância dos usuários em observação; gatilho de reavaliação e de acionamento do TRR
Deterioração clínica na criança – escore PEWS	PRT.DIRTE.SED.05	Vigilância pediátrica na observação; parâmetros por faixa etária
Atendimento de acidentes com animais peçonhentos	PRT.DIRTE.SED (série)	Soroterapia e notificação; interface com a vigilância epidemiológica
Protocolos de segurança do paciente (identificação, higiene das mãos, medicamentos, quedas, lesão por pressão, cirurgia segura para procedimentos)	Núcleo de Segurança do Paciente	Metas internacionais aplicadas em todos os protocolos deste manual
Guia de terapia antimicrobiana empírica	CCIRAS / CFT	Esquemas do protocolo de sepse e das infecções tratadas na UPA

10.3 Implantação, capacitação e monitoramento

Os protocolos entram em vigor no primeiro dia de operação. Antes disso, na fase de transição, os Diretores Técnicos e os Coordenadores de Enfermagem das UPAs concluem a adaptação local (padronização de medicamentos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, contatos e fluxos pactuados com o Complexo Regulador Estadual, a Central de Regulação das Urgências e os hospitais de referência, parametrização das fichas no prontuário eletrônico) e o NEPES capacita todas as equipes, com a carga horária prevista no Programa de Educação Permanente do capítulo 25: a classificação de risco com 16 horas para os enfermeiros classificadores e os protocolos tempo-dependentes com simulação realística para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Nenhum enfermeiro assume o posto de classificação sem a capacitação concluída e registrada.

Cada protocolo tem ficha própria no prontuário eletrônico, que registra os horários dos marcos do atendimento (chegada, classificação, abertura do protocolo, exames, medicamentos, solicitação de regulação, saída) e alimenta automaticamente os indicadores. Os indicadores de cada protocolo são apurados mensalmente pelo Encarregado de qualidade e segurança do paciente de cada unidade, apresentados na reunião mensal de gestão da unidade e no Núcleo de Segurança do Paciente, e compõem o painel de indicadores do capítulo 9. As fichas são auditadas por amostragem: dez fichas de cada protocolo tempo-dependente e trinta classificações de risco por mês, por unidade, com devolutiva às equipes. Desvios recorrentes geram ação corretiva registrada e, quando cabível, revisão extraordinária do protocolo.

Os protocolos deste manual se articulam com as demais partes da proposta: o percurso do usuário e os tempos-alvo estão no capítulo 2; o Núcleo de Segurança do Paciente, a CCIRAS e a Comissão de Farmácia e Terapêutica, que revisam e monitoram os protocolos, estão no capítulo 14; a capacitação, no capítulo 25; o prontuário eletrônico que registra as fichas e os horários, no capítulo 9; o transporte sanitário e a articulação com o SAMU 192, no Manual de transporte sanitário do capítulo 11; e a contrarreferência dos usuários que recebem alta, no capítulo 21.

Os cinco protocolos são apresentados a seguir em texto integral, como minutas, na forma do item 1.8 do Anexo V do Termo de Referência. Sua aprovação formal – com as datas de publicação e de próxima revisão e a identificação nominal de quem elabora, revisa e aprova – ocorre nas alçadas da Norma Zero antes do início da operação, na forma do capítulo 10 do Termo de Referência.

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 1 de 16

10.4 Protocolo 1 — Acolhimento com Classificação de Risco

Código PRT.DIRTE.SED.001 · versão 00 (minuta) · documento de 3º nível (procedimento) na hierarquia da Norma Zero, modelo do Anexo VII.

1. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Ordenar o atendimento dos usuários das UPAs Norte e Sul pelo grau de risco clínico e de sofrimento, e não pela ordem de chegada; identificar imediatamente quem tem risco de morte ou de agravamento; definir o local e o tempo máximo de espera pelo primeiro atendimento médico para cada nível de prioridade; e garantir que todo usuário seja acolhido com escuta qualificada, informação e respeito, conforme a Política Nacional de Humanização.

A classificação de risco é a porta de entrada de todos os demais protocolos deste manual: é nela que o protocolo de dor torácica é aberto e o eletrocardiograma é solicitado, que o horário de início do déficit neurológico é registrado, que os critérios de triagem de sepse são verificados e que a vítima de trauma grave é levada à sala de estabilização. O Anexo II do Termo de Referência mede o tempo entre a classificação e o primeiro atendimento médico para cada uma das cinco cores e exige cobertura de classificação de pelo menos 95% da demanda espontânea; este protocolo é o instrumento para cumprir essas metas.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se a todos os usuários que procuram as UPAs Norte e Sul por demanda espontânea ou referenciada, de qualquer idade, nas 24 horas, incluindo os trazidos pelo SAMU 192, pelo Corpo de Bombeiros, por ambulâncias de outros municípios ou por autoridade policial. Aplica-se às equipes de recepção, portaria, enfermagem, médica e de apoio envolvidas no acolhimento.

3. DEFINIÇÃO E SIGLÁRIO

- **Acolhimento**: postura e prática de escuta qualificada, presente em todos os encontros do usuário com a equipe, que reconhece a necessidade trazida, responsabiliza-se por ela e orienta o usuário sobre o que vai acontecer a seguir.
- **Classificação de risco**: processo dinâmico, realizado por enfermeiro, que avalia a queixa e os sinais do usuário com base em discriminadores definidos e atribui um nível de prioridade clínica, expresso por uma cor, ao qual corresponde um tempo máximo para o primeiro atendimento médico.

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 2 de 16

- **Discriminador**: sinal, sintoma ou dado objetivo (por exemplo, dor intensa, hemorragia incontrolável, alteração do nível de consciência) que determina o nível de prioridade dentro do fluxograma da queixa.
- **Fluxograma de queixa**: conjunto de discriminadores organizado por apresentação clínica (dor torácica, dispneia, trauma de membro etc.), percorrido do nível mais grave para o menos grave.
- **Tempo-alvo**: tempo máximo entre o registro da classificação e o registro do primeiro atendimento médico para cada cor, definido no Anexo II do Termo de Referência.
- **Reclassificação**: nova avaliação do usuário que aguarda atendimento, a intervalos definidos ou diante de qualquer sinal de piora, com possibilidade de mudança de cor.
- **ACCR**: Acolhimento com Classificação de Risco. **PNH**: Política Nacional de Humanização. **SMCR**: Sistema Manchester de Classificação de Risco. **NEWS/PEWS**: escores de alerta precoce do adulto e da criança. **SAMU**: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **APS**: Atenção Primária à Saúde. **TRR**: Time de Resposta Rápida. **PA**: pressão arterial. **FC**: frequência cardíaca. **FR**: frequência respiratória. **SpO2**: saturação periférica de oxigênio. **ECG**: eletrocardiograma.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: todo usuário que procura atendimento na unidade, sem exceção. O usuário que entra diretamente na sala de estabilização por risco de morte evidente ou trazido pelo SAMU 192 é classificado retroativamente pelo enfermeiro em até 15 minutos, com registro da cor vermelha ou laranja e do horário.

Exclusão: não gera nova classificação o retorno programado para reavaliação médica, medicação ou procedimento agendado no mesmo episódio de atendimento, salvo se o usuário referir piora ou a equipe a perceber, quando é reclassificado. O acompanhante que adoece na unidade é acolhido e classificado como usuário.

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 3 de 16

5. RESPONSABILIDADES

Quadro 10.4 – Responsabilidades no acolhimento com classificação de risco

Quem	Responsabilidades
Porteiro e recepcionista	Receber o usuário, identificar sinais evidentes de risco (inconsciência, desconforto respiratório grave, sangramento importante, convulsão, dor torácica intensa, chegada pelo SAMU) e acionar imediatamente o enfermeiro da classificação; realizar o cadastro completo (nome, data de nascimento, Cartão Nacional de Saúde, endereço, telefone, município); informar a ordem de atendimento por cor e o funcionamento da unidade.
Técnico de enfermagem de apoio à classificação	Chamar o usuário na ordem de chegada para a classificação; aferir sinais vitais e glicemia capilar sob supervisão do enfermeiro; realizar o ECG quando o protocolo de dor torácica é aberto; acompanhar o usuário até o destino definido; observar a sala de espera e comunicar sinais de piora.
Enfermeiro classificador	Realizar a classificação de risco – atividade privativa do enfermeiro, na forma da Resolução COFEN nº 661/2021 – com escuta qualificada, avaliação dos discriminadores e atribuição da cor; registrar cor, discriminador e horário; abrir os protocolos tempo-dependentes; encaminhar ao destino; informar o usuário e o acompanhante; reclassificar os que aguardam; comunicar ao médico todo usuário vermelho ou laranja.
Médico	Atender os usuários na ordem de prioridade e dentro dos tempos-alvo; registrar o horário do primeiro atendimento; avaliar todo usuário classificado, inclusive os azuis (Resolução CFM nº 2.079/2014); reavaliar a prioridade quando a avaliação clínica indicar.
Enfermeiro supervisor do plantão	Acompanhar o painel de espera por cor e o alerta de 75% do tempo-alvo; redistribuir a equipe e acionar o plano de contingência do capítulo 2 da Proposta Técnica; garantir que o posto de classificação nunca fique descoberto.
Encarregado de qualidade e segurança do paciente de cada UPA, com o Núcleo de Segurança do Paciente e o apoio da Gerência de Qualidade do ISAC	Auditar mensalmente 30 classificações por unidade; apurar os indicadores; conduzir a análise dos eventos relacionados à classificação; propor a revisão do protocolo.
NEPES	Capacitar e recertificar anualmente os enfermeiros classificadores; treinar recepção, portaria e técnicos no reconhecimento de sinais de alerta.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1 Etapas do acolhimento com classificação de risco

1. **Chegada e acolhimento inicial.** O usuário é recebido pela portaria e pela equipe de acolhimento e retira a senha de atendimento no totem, que registra o horário de chegada. Quem apresenta risco evidente ou chega pelo SAMU 192 segue diretamente

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 4 de 16

para a sala de estabilização (ponto A1 do fluxograma), com o enfermeiro acionado de imediato. O técnico de enfermagem do acolhimento observa a sala de espera e antecipa a chamada de quem apresenta sinais de instabilidade (dispneia, sangramento, pele fria, dor torácica, alteração de consciência) ou prioridade não clínica. Os demais aguardam a chamada para a classificação, por ordem de senha, com meta interna de até 10 minutos a partir da chegada.

2. **Classificação antes do cadastro.** Como nas demais unidades do ISAC, a classificação de risco precede o cadastro completo: o enfermeiro classifica e só então o usuário é direcionado à recepção para o cadastro no prontuário eletrônico, com a cor já sinalizada e a prioridade informada à recepção. Assim, o tempo até a classificação não depende da fila do cadastro, e o usuário vermelho ou laranja nunca aguarda cadastro.
3. **Escuta qualificada.** Em sala reservada, o enfermeiro pergunta o motivo da procura, o tempo de início, o que já foi feito, doenças e medicamentos em uso, alergias e, nas mulheres em idade fértil, a possibilidade de gestação. Observa aparência, postura, fala, respiração e cor da pele desde a entrada do usuário na sala.
4. **Sinais vitais e dados objetivos.** Aferição de PA, FC, FR, SpO2 e temperatura em todos os usuários; intensidade da dor pela escala numérica de 0 a 10 (ou escala de faces na criança); glicemia capilar quando há alteração de consciência, diabetes conhecido, sudorese, tremor ou confusão; escala de coma de Glasgow quando há alteração de consciência; peso na criança. Os valores são registrados no prontuário eletrônico e comparados aos parâmetros de alerta do Quadro 10.7 (adulto) e do Quadro 10.8 (criança).
5. **Seleção do fluxograma e dos discriminadores.** O enfermeiro escolhe o fluxograma de queixa correspondente à apresentação principal (Quadro 10.9) e percorre os discriminadores do nível mais grave para o menos grave, começando pelos discriminadores gerais (Quadro 10.6). O primeiro discriminador presente define a cor. Na dúvida entre duas cores, atribui-se a mais grave.
6. **Registro e sinalização.** A cor, o discriminador que a definiu, os sinais vitais e o horário da classificação são registrados no prontuário eletrônico, de forma autônoma, com envio dos dados à SEMUS em tempo real. A cor é sinalizada no sistema e no painel da sala de espera e na pulseira de identificação do usuário.
7. **Abertura de protocolos tempo-dependentes.** Se a queixa preenche critério de dor torácica, AVC, sepse ou trauma grave (ponto A3), o enfermeiro abre a ficha do protocolo

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 5 de 16

correspondente e dispara as primeiras ações (ECG em até 10 minutos, registro do horário do ictus, coleta de lactato, sala de estabilização), na forma dos protocolos 2 a 5 deste manual.

8. **Orientação e encaminhamento.** O enfermeiro explica ao usuário e ao acompanhante o significado da cor, o tempo máximo de espera e o local onde aguardar, e orienta a procurar a equipe se houver piora. Usuários vermelhos vão à sala de estabilização; laranjas ao consultório prioritário ou à sala de estabilização, conforme a estabilidade; amarelos, verdes e azuis à espera por prioridade.
9. **Reclassificação.** Quem aguarda é reavaliado nos intervalos do item 6.7 ou a qualquer sinal de piora, com nova cor registrada quando for o caso (ponto A4).
10. **Primeiro atendimento médico.** O médico registra o horário do início da consulta, que encerra a contagem do tempo porta-médico daquela cor.

6.2 Níveis de prioridade, tempos-alvo e destino

Os níveis de prioridade, suas cores e os tempos-alvo são os do Anexo II do Termo de Referência, contados do registro da classificação até o registro do primeiro atendimento médico.

Quadro 10.5 – Níveis de prioridade e tempos-alvo

Cor	Prioridade	Tempo-alvo	Meta	Destino inicial
Vermelha	Emergência: risco de morte imediato	Imediato (até 5 min)	≥ 95%	Sala de estabilização; médico e equipe acionados na chegada
Laranja	Muito urgente: risco de agravamento rápido ou sofrimento intenso	Até 10 min	≥ 95%	Consultório prioritário; sala de estabilização se houver instabilidade
Amarela	Urgente: precisa de avaliação em tempo curto, sem risco imediato	Até 60 min	≥ 90%	Espera prioritária, com reclassificação a cada 30 min
Verde	Pouco urgente: condição aguda sem sinais de alerta	Até 120 min	≥ 85%	Espera, com reclassificação a cada 60 min
Azul	Não urgente: queixa crônica ou de baixa complexidade	Até 240 min	≥ 85%	Espera, com reclassificação a cada 120 min; após a consulta, contrarreferência à APS

6.3 Discriminadores gerais

Os discriminadores gerais são verificados em todo usuário, antes dos discriminadores específicos da queixa, porque sozinhos definem a prioridade. O Quadro 10.6 organiza-os por

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 6 de 16

cor; a presença de um único discriminador da cor mais grave prevalece sobre qualquer outro achado.

Quadro 10.6 – Discriminadores gerais por cor

Discriminador	Vermelha	Laranja	Amarela	Verde
Via aérea e respiração	Obstrução da via aérea; respiração inadequada ou ausente; estridor em repouso	Dispneia intensa; esforço respiratório importante; incapacidade de falar frases	Dispneia moderada; sibilos com fala preservada	Sem alteração
Circulação	Parada cardiorrespiratória; choque (pele fria, pulso fino, PAS < 80 mmHg, enchimento capilar > 3 s)	Sinais de baixa perfusão sem choque estabelecido; pulso muito rápido ou muito lento	Alteração de sinais vitais sem hipoperfusão	Sinais vitais normais
Hemorragia	Exsanguinante (perda rápida e contínua, com choque)	Incontrolável maior (não cessa com compressão direta)	Incontrolável menor (pequeno volume, persiste com compressão)	Controlada ou cessada
Nível de consciência	Não responde; convulsão em curso	Responde apenas à dor; alteração aguda de consciência; confusão nova	Sonolento, mas desperta; história de perda de consciência	Alerta
Dor	—	Intensa (8–10); dor precordial ou irradiada sugestiva de SCA; dor súbita "a pior da vida"	Moderada (4–7)	Leve (1–3)
Temperatura	—	Muito quente (≥ 41 °C); febre com sinais de sepse; febre em imunossuprimido; febre em menor de 3 meses; hipotermia (< 35 °C)	Quente (≥ 38,5 °C)	Febrícula (37,5–38,4 °C) sem sinais de alerta
Tempo de evolução	—	Início súbito de sintoma grave (déficit neurológico, cefaleia, dor torácica)	Sintoma agudo (< 24 h) com sinais de alerta	Sintoma recente (< 7 dias) sem sinais de alerta
Glicemia capilar	Hipoglicemia com inconsciência ou convulsão	Hipoglicemia sintomática (< 60 mg/dL); hiperglicemia > 400 mg/dL com sintomas	Hiperglicemia > 300 mg/dL sem sintomas de alarme	—
Mecanismo de trauma	Trauma grave com critério fisiológico (protocolo 5)	Mecanismo de alta energia ou critério anatômico	Trauma com dor moderada ou deformidade sem risco	Trauma menor

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 7 de 16

Discriminador	Vermelha	Laranja	Amarela	Verde
Saúde mental	—	Risco iminente de suicídio ou de agressão; agitação intensa; intoxicação com alteração de consciência	Ideação suicida sem plano imediato; ansiedade intensa	Queixa estável

6.4 Parâmetros de alerta dos sinais vitais no adulto

Os sinais vitais não substituem os discriminadores, mas sinalizam a cor mínima a considerar. Os limites do Quadro 10.7 correspondem às faixas de pontuação do escore NEWS adotado na observação, o que dá continuidade entre a classificação e a vigilância clínica.

Quadro 10.7 – Sinais vitais de alerta no adulto

Parâmetro	Vermelha (cor mínima)	Laranja (cor mínima)	Amarela (cor mínima)	Sem alerta
Frequência respiratória	< 8 ou > 35 irpm	25–35 irpm ou 8 irpm com sonolência	21–24 irpm	12–20 irpm
SpO2 em ar ambiente	< 85%	85–91%	92–94%	≥ 95%
Frequência cardíaca	< 40 ou > 150 bpm com sintomas	40–49 ou 131–150 bpm	111–130 bpm	50–110 bpm
Pressão arterial sistólica	< 80 mmHg ou choque	80–89 mmHg; ≥ 220/120 mmHg com sintomas	90–100 mmHg; ≥ 180/110 mmHg sem sintomas	101–179 mmHg
Temperatura	—	≥ 41 °C ou < 35 °C	38,5–40,9 °C	35–38,4 °C
Escala de coma de Glasgow	≤ 8	9–12 ou queda de 2 pontos	13–14	15

6.5 Classificação da criança

A criança é classificada com os mesmos fluxogramas e discriminadores gerais, com parâmetros de sinais vitais por faixa etária (Quadro 10.8) e discriminadores próprios: gemência, tiragem intercostal ou batimento de asa de nariz, cianose, letargia ou irritabilidade inconsolável, recusa alimentar, sinais de desidratação grave (olhos fundos, turgor pastoso, sem lágrimas, oligúria), petéquias ou púrpura, febre em menor de 3 meses e convulsão febril. Toda criança com qualquer um desses sinais é classificada, no mínimo, como laranja. A classificação pediátrica é feita na presença do responsável e o peso é registrado para orientar doses.

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 8 de 16

Quadro 10.8 – Sinais vitais na criança

Faixa etária	FR normal (irpm)	FC normal (bpm)	PAS mínima aceitável (mmHg)	Laranja (cor mínima) se
Menor de 1 ano	30–53	100–180	70	FR > 60 ou < 20; FC > 180 ou < 90; SpO2 < 92%; PAS < 70
1 a 2 anos	22–37	98–140	72–75	FR > 40; FC > 160 ou < 80; SpO2 < 92%; PAS < 72
3 a 5 anos	20–28	80–120	76–80	FR > 35; FC > 140 ou < 70; SpO2 < 92%; PAS < 76
6 a 11 anos	18–25	75–118	82–90	FR > 30; FC > 130 ou < 60; SpO2 < 92%; PAS < 82
12 anos ou mais	12–20	60–100	90	Parâmetros do adulto

6.6 Fluxogramas de queixa

O protocolo adota fluxogramas de queixa compatíveis com o Sistema Manchester de Classificação de Risco, na edição vigente do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, disponíveis em formato eletrônico no posto de classificação e integrados ao prontuário. O Quadro 10.9 relaciona os fluxogramas mais usados nas UPAs e os discriminadores específicos que, além dos gerais, definem as cores laranja e amarela. A lista completa dos fluxogramas adotados e seus discriminadores é mantida pela Gestão da Qualidade como anexo eletrônico deste protocolo e revista sempre que a Rede de Atenção às Urgências do Município adotar protocolo próprio de acolhimento.

Quadro 10.9 – Fluxogramas de queixa mais frequentes

Fluxograma de queixa	Laranja	Amarela
Dor torácica	Dor precordial ou irradiada, em aperto, com sudorese, náusea ou dispneia; dor súbita e lancinante para o dorso; história de SCA prévia com dor semelhante – abre o protocolo 2, ECG em até 10 min	Dor pleurítica; dor moderada sem características anginosas
Dispneia no adulto	Fala entrecortada; SpO2 85–91%; uso de musculatura acessória; dor torácica associada	Sibilância com fala preservada; história de asma ou DPOC com piora recente
Dispneia na criança	Tiragem, gemência, batimento de asa de nariz, cianose, SpO2 < 92%	Sibilância sem esforço importante; tosse com febre
Cefaleia	Início súbito e intenso ("a pior da vida"); rigidez de nuca; déficit neurológico; alteração de consciência	Cefaleia intensa de padrão habitual; febre associada

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 9 de 16

Fluxograma de queixa	Laranja	Amarela
Déficit neurológico ou alteração de consciência	Déficit focal agudo (face, braço, fala) – abre o protocolo 3; confusão aguda; convulsão recente	Tontura com alteração de marcha; déficit antigo com queixa nova
Convulsão	Crise em curso ou pós-ictal sem recuperação; primeira crise; crise em gestante	Crise recuperada em epiléptico conhecido
Febre no adulto	Febre com sinais de sepse (Quadro do protocolo 4); imunossupressão; rigidez de nuca; petéquias	Febre ≥ 38,5 °C com sinais vitais alterados; febre há mais de 5 dias
Febre na criança	Menor de 3 meses; petéquias; letargia; gemência; convulsão febril; sinais de desidratação grave	Febre ≥ 38,5 °C com prostração; recusa alimentar; vômitos
Dor abdominal	Dor intensa; abdome rígido; hemorragia digestiva com instabilidade; dor com síncope; gestante com dor e sangramento	Dor moderada; vômitos persistentes; sinais de desidratação
Trauma de crânio	Glasgow ≤ 13; perda de consciência; vômitos repetidos; anticoagulado; mecanismo de alta energia – abre o protocolo 5	Cefaleia após trauma; Glasgow 14; criança com hematoma extenso
Trauma de membros e ferimentos	Fratura exposta; deformidade com alteração neurovascular; amputação; hemorragia incontrolável; esmagamento	Deformidade sem alteração neurovascular; ferimento extenso; dor moderada
Queimaduras	Superfície ≥ 20% no adulto ou ≥ 10% na criança; via aérea, face, mãos, pés, genitais; elétrica ou química	Superfície 10–19% no adulto; segundo grau em área menor
Hemorragia digestiva	Hematêmese ou melena com sinais de hipoperfusão; uso de anticoagulante	Sangramento sem alteração de sinais vitais
Gestante	Sangramento vaginal com dor ou instabilidade; PA ≥ 160/110 ou ≥ 140/90 com sintomas; convulsão; trabalho de parto	Dor abdominal ou contrações sem sangramento; PA elevada sem sintomas
Comportamento alterado e saúde mental	Risco iminente de suicídio ou de agressão; intoxicação com alteração de consciência; agitação intensa	Ideação suicida sem plano; ansiedade ou agitação moderada
Intoxicação e envenenamento	Alteração de consciência; ingestão de substância cáustica ou de dose potencialmente letal; picada com sinais sistêmicos	Ingestão recente sem sintomas; picada com dor local intensa
Reação alérgica	Anafilaxia (edema de glote, broncoespasmo, hipotensão, urticária generalizada com dispneia)	Urticária extensa sem sintomas respiratórios; edema de face sem dispneia
Diarreia e vômitos	Desidratação grave; sangue nas fezes com instabilidade; criança letárgica	Desidratação moderada; vômitos incoercíveis
Dor lombar e problemas urinários	Retenção urinária aguda; dor em cólica intensa; febre com dor lombar	Dor moderada; disúria com febre baixa
Problemas oculares, de ouvido, nariz e garganta	Perda súbita da visão; queimadura ocular; epistaxe incontrolável; obstrução da via aérea	Dor ocular intensa; corpo estranho; dor de garganta com dificuldade de deglutição

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 10 de 16

Fluxograma de queixa	Laranja	Amarela
Problemas dentários	Abscesso com edema cervical e dificuldade de deglutição ou respiração	Dor intensa; sangramento persistente após extração

6.7 Espera, reclassificação e informação ao usuário

O usuário que aguarda não fica sem vigilância. A reclassificação é feita pelo enfermeiro a cada 30 minutos para amarelos, 60 minutos para verdes e 120 minutos para azuis, e imediatamente diante de piora referida pelo usuário ou pelo acompanhante ou percebida pela equipe ou pela recepção. O painel eletrônico da classificação mostra, para cada usuário, o tempo decorrido e o tempo-alvo da sua cor, com alerta visual aos 75% do tempo-alvo; o enfermeiro supervisor do plantão responde ao alerta redistribuindo consultórios ou acionando o plano de contingência do capítulo 2 da Proposta Técnica. O usuário e o acompanhante recebem, na classificação, informação verbal e escrita sobre a cor, o tempo máximo de espera e como pedir ajuda; a rotina de informação e de apoio psicossocial é detalhada no Manual de acolhimento do capítulo 15 da Proposta Técnica.

6.8 Situações especiais

- **Prioridades não clínicas.** Pessoas idosas (60 anos ou mais, com precedência das maiores de 80 anos), gestantes, lactantes, pessoas com criança de colo, crianças menores de 5 anos e pessoas com deficiência têm prioridade de atendimento dentro da mesma cor (Leis nº 10.048/2000, 10.741/2003 e 13.146/2015); a prioridade não clínica não altera a cor atribuída e é observada também na ordem de atendimento das áreas internas (item 6.9).
- **Entrada direta e chegada pelo SAMU 192.** A passagem de caso é recebida pelo enfermeiro e pelo médico da sala de estabilização; a classificação é registrada em até 15 minutos.
- **Gestante e puérpera.** A UPA não presta assistência obstétrica, mas classifica e estabiliza a gestante que a procura. Sangramento vaginal, perda de líquido, contrações, PA ≥ 140/90 mmHg, cefaleia ou alteração visual, convulsão e ausência de movimentos fetais são discriminadores de, no mínimo, cor laranja; trabalho de parto, convulsão ou sangramento com instabilidade seguem para a sala de estabilização. Após a avaliação médica, a gestante com queixa obstétrica é regulada para a maternidade de referência, e a gestante estável com queixa clínica é tratada na UPA com contrarreferência ao pré-natal.

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 11 de 16

- **Saúde mental e risco de suicídio.** Classificação laranja, acompanhamento contínuo por profissional da equipe, ambiente seguro e acionamento do código cinza do Time de Resposta Rápida; o serviço social é acionado para a contrarreferência à Rede de Atenção Psicossocial.
- **Violência.** Sinais de violência contra criança, adolescente, mulher ou pessoa idosa elevam a prioridade quando há lesão e disparam a notificação e o acionamento da rede de proteção, na forma do capítulo 21 da Proposta Técnica.
- **Recusa.** O usuário que recusa a classificação ou o atendimento é orientado sobre os riscos, e a recusa é registrada e assinada; o enfermeiro comunica o médico. O usuário que se retira sem atendimento é registrado como evasão, com o horário.
- **Barreiras de comunicação.** Usuários que não falam português, com deficiência auditiva ou com dificuldade de compreensão são acolhidos com apoio do acompanhante, de recursos visuais ou de intérprete, sem prejuízo da classificação.

6.9 Priorização e acomodação nas áreas internas

A classificação de risco não termina na porta. Nas salas de medicação, de observação adulta e de observação pediátrica, o técnico de enfermagem escalado para o acolhimento da área organiza a ordem de atendimento dos usuários encaminhados pelo médico, na seguinte sequência: cor da classificação (do mais grave para o menos grave), prioridades não clínicas dentro de cada cor e, por fim, horário de chegada ao setor, lido na fila do sistema eletrônico. O olhar clínico prevalece sobre a ordem: qualquer sinal de deterioração (alteração de sinais vitais, escore de alerta precoce intermediário ou alto, piora referida) antecipa o atendimento e aciona o enfermeiro da área. Ao chegar à área, o usuário tem os sinais vitais aferidos e é orientado, com o acompanhante, sobre os critérios e o tempo estimado de atendimento.

Quando o médico não define a acomodação na prescrição, o técnico aplica os critérios institucionais: **leito** para usuários com dor intensa (≥ 7) que impeça a posição sentada, com instabilidade clínica ou escore NEWS ≥ 5 (PEWS elevado na criança), em uso de oxigenoterapia ou de monitorização contínua, que realizarão ECG, em terapia venosa prolongada e pessoas com deficiência que a exijam; **poltrona** para os demais. A acomodação é revista a cada reavaliação.

6.10 Registro

O prontuário eletrônico registra, de forma autônoma, a cor, o discriminador, os sinais vitais, o horário da classificação, o horário do primeiro atendimento médico e as reclassificações, e

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 12 de 16

disponibiliza os dados à SEMUS em tempo real, como exige o item 10.1, alínea "v", do Termo de Referência. Nenhuma classificação é feita apenas em papel; havendo indisponibilidade do sistema, usa-se a ficha de contingência impressa, transcrita ao sistema em até 24 horas com os horários originais.

6.11 Fluxograma

O Anexo I apresenta o fluxograma do acolhimento com classificação de risco, com os pontos de decisão A1 a A4.

7. INDICADORES

Quadro 10.10 – Indicadores do acolhimento com classificação de risco

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Tempo porta-médico por cor (Anexo II, IN 2.1)	Usuários da cor atendidos dentro do tempo-alvo ÷ usuários classificados na cor × 100	Vermelha ≥ 95%; laranja ≥ 95%; amarela ≥ 90%; verde ≥ 85%; azul ≥ 85%	Diária (gestão) e mensal (contrato)
Cobertura da classificação de risco (Anexo II, IN 2.6)	Atendimentos de demanda espontânea com classificação registrada ÷ atendimentos de demanda espontânea × 100	≥ 95%	Mensal
Tempo chegada–classificação	Usuários classificados em até 10 min da chegada ÷ usuários classificados × 100	≥ 90%	Mensal
Concordância da classificação em auditoria	Classificações auditadas concordantes com a cor atribuída ÷ classificações auditadas (30 por mês por unidade) × 100	≥ 90%	Mensal
Reclassificação para cor mais grave	Usuários reclassificados para cor mais grave durante a espera ÷ usuários classificados × 100	Monitorar (alerta se > 3%)	Mensal
Evasão antes do atendimento médico	Usuários que se retiraram sem atendimento médico ÷ usuários classificados × 100	≤ 1% (linha de base: 1,0% na UPA Norte e 2,1% na UPA Sul)	Mensal

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 13 de 16

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000; Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa); Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência); Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 661, de 12 de janeiro de 2021. Atuação da equipe de enfermagem na classificação de risco.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Normas de funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h).

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência. Versão brasileira de Welfane Cordeiro Júnior e Maria do Carmo Paixão Rausch. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro: CBA, edição vigente.

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA. Protocolo PTC-09 – Acolhimento, priorização e classificação de risco. ISAC, Diretoria Técnica e Gerência de Qualidade.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. (ed.). Emergency Triage: Manchester Triage Group. 3. ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2014.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Pediatric Advanced Life Support (PALS) Provider Manual. Dallas: AHA, 2020.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. National Early Warning Score (NEWS) 2: standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: RCP, 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PALMAS. Chamamento Público nº 001/2026, Termo de Referência, Anexo II (metas e indicadores).

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 14 de 16

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir dos protocolos institucionais do ISAC e das diretrizes vigentes	Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem das UPAs

10. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem (Responsáveis Técnicos) das UPAs Norte e Sul	Especialista da área, designado pelos Diretores Técnicos das UPAs	Gerência de Qualidade do ISAC	Superintendência Técnica do ISAC

Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero; a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 15 de 16

Anexo I – Fluxograma do protocolo

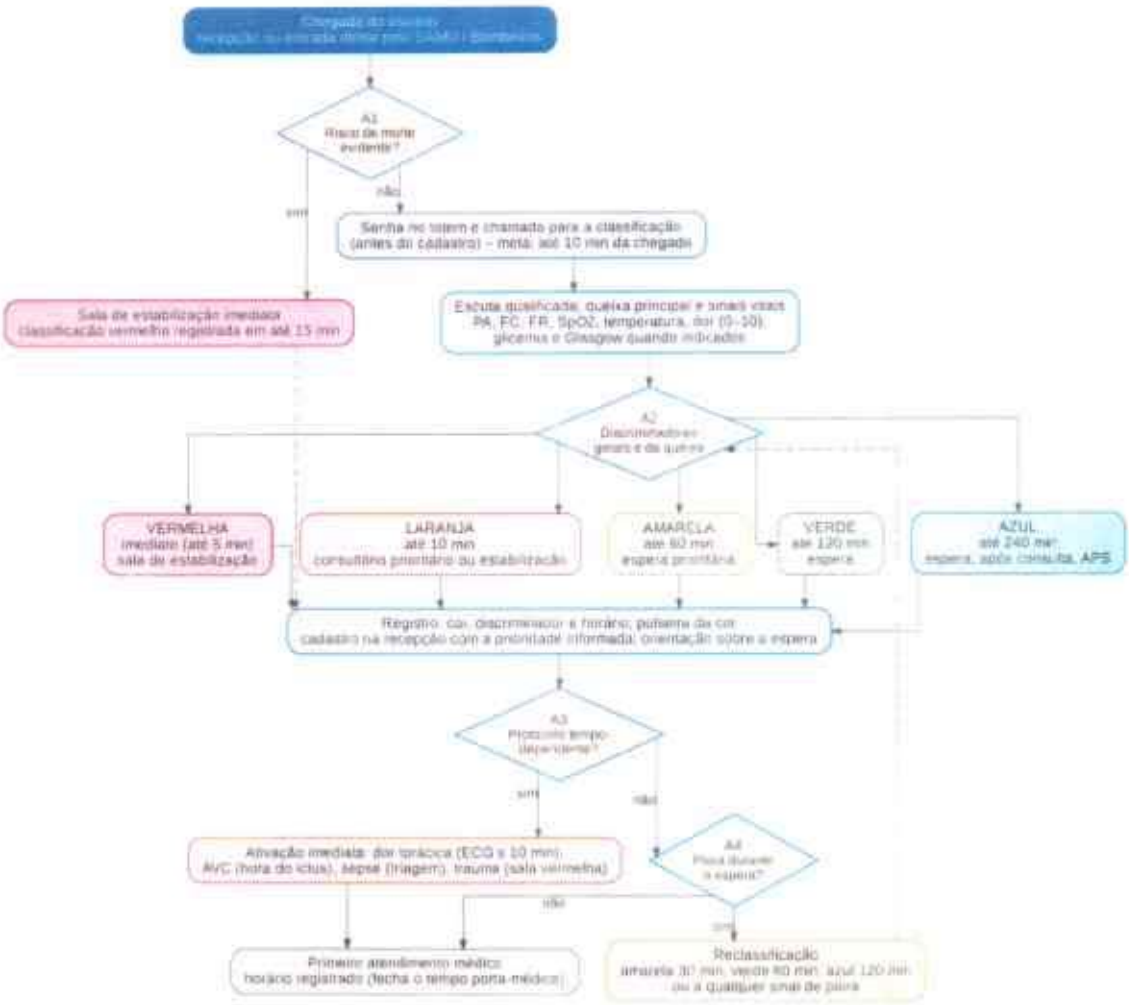


Figura 10.2 – Fluxograma do acolhimento com classificação de risco

PROTOCOLO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 16 de 16

Anexo II – Ficha de registro do protocolo (campos do prontuário eletrônico)

Bloco	Campos
Identificação	Nome, data de nascimento, Cartão Nacional de Saúde, sexo, peso (criança), acompanhante
Chegada	Horário de chegada; forma de chegada (espontânea, SAMU, Bombeiros, outro); entrada direta (sim/não)
Queixa	Queixa principal em linguagem do usuário; tempo de início; medicamentos em uso; alergias; gestação (idade gestacional)
Sinais vitais	PA, FC, FR, SpO2, temperatura, dor (0–10), glicemia capilar, Glasgow
Classificação	Fluxograma; discriminador; cor; horário da classificação; enfermeiro (nome e COREN)
Protocolo tempo-dependente	Dor torácica / AVC / sepse / trauma aberto (sim/não); horário; primeira ação disparada
Destino	Sala de estabilização / consultório prioritário / espera; orientação entregue (sim/não)
Reclassificações	Horário; nova cor e motivo de cada reclassificação
Primeiro atendimento médico	Horário; médico (nome e CRM); tempo porta-médico calculado pelo sistema

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 1 de 13

10.5 Protocolo 2 — Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda

Código PRT.DIRTE.SED.002 · versão 00 (minuta) · documento de 3º nível (procedimento) na hierarquia da Norma Zero, modelo do Anexo VII.

1. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Garantir que todo adulto que procura as UPAs Norte e Sul com dor torácica aguda ou equivalente anginoso seja identificado na classificação de risco, tenha eletrocardiograma realizado e interpretado em até 10 minutos, receba o tratamento inicial da síndrome coronariana aguda de forma padronizada e seja encaminhado, dentro do tempo útil, para reperfusão no hospital de referência – ou, quando indicado e disponível, receba a fibrinólise na própria unidade.

O infarto agudo do miocárdio é a principal causa de morte no Brasil, e a maior parte dos óbitos ocorre nas primeiras horas, antes da chegada ao hospital. Entre 5% e 15% dos usuários que procuram uma unidade de urgência com dor torácica têm síndrome coronariana aguda, e o benefício da reperfusão cai a cada minuto de atraso. Ao mesmo tempo, a maior parte das dores torácicas não é cardíaca, e o protocolo precisa também permitir a alta segura de quem não tem risco. A UPA é, na linha de cuidado do infarto instituída pela Portaria GM/MS nº 2.994/2011, o ponto de reconhecimento, tratamento inicial e encaminhamento rápido.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se aos usuários com 18 anos ou mais atendidos nas UPAs Norte e Sul com dor ou desconforto torácico agudo não traumático ou com equivalente anginoso, em qualquer setor da unidade (classificação, consultórios, observação, sala de estabilização), e às equipes de enfermagem, médica, de farmácia, de eletrocardiografia e de telecardiologia.

3. DEFINIÇÃO E SIGLÁRIO

- **Síndrome coronariana aguda (SCA)**: conjunto de manifestações clínicas de isquemia miocárdica aguda, geralmente por instabilização de placa aterosclerótica com trombose. Classifica-se, pelo ECG inicial, em SCA com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), que exige reperfusão imediata, e SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST), que compreende o infarto sem supra (IAMSSST, com elevação de troponina) e a angina instável (AI, sem elevação de troponina).

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 2 de 13

- **Infarto agudo do miocárdio**: lesão miocárdica aguda (troponina acima do percentil 99 com ascensão ou queda) em contexto clínico de isquemia – sintomas, alteração isquêmica nova ao ECG, onda Q nova, alteração de contratilidade ou trombo coronariano (4ª Definição Universal de Infarto, 2018).
- **Equivalente anginoso**: dispneia, epigastralgia, sudorese fria, síncope ou mal-estar inexplicado em diabéticos, idosos, mulheres e pacientes com doença renal crônica, que podem apresentar SCA sem dor típica.
- **MOVE**: monitorização, oxigênio (se indicado), veia (acesso venoso) e exames – medidas iniciais do usuário instável.
- **Tempo porta-ECG**: intervalo entre a chegada à unidade e a realização do ECG. **Tempo porta-agulha**: chegada até o início do fibrinolítico. **Tempo porta-saída**: chegada até a saída da unidade para o hospital de referência. **ICP**: intervenção coronariana percutânea (angioplastia primária).
- **AAS**: ácido acetilsalicílico. **ECG**: eletrocardiograma. **MNM**: marcadores de necrose miocárdica. **HNF**: heparina não fracionada. **CRU**: Central de Regulação das Urgências. **TEP**: tromboembolismo pulmonar. **SpO2**: saturação periférica de oxigênio. **PAS**: pressão arterial sistólica.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: usuário com 18 anos ou mais com dor, aperto, queimação, peso ou desconforto em região precordial, retroesternal, epigástrica, dorsal, cervical, mandibular ou em membros superiores, de início nas últimas 24 horas ou em curso, sem relação com trauma; ou com equivalente anginoso em usuário com fatores de risco (diabetes, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, doença coronariana ou cerebrovascular prévia, doença renal crônica, idade ≥ 60 anos, história familiar precoce).

Exclusão: dor torácica de origem traumática (segue o protocolo 5); menores de 18 anos (avaliados pelo pediatra, com ECG a critério médico); dor claramente reproduzível à palpação ou relacionada a lesão de pele visível em usuário sem fatores de risco, após avaliação médica que registre a exclusão. Na dúvida, o protocolo é aberto e o ECG realizado.

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 3 de 13

5. RESPONSABILIDADES

Quadro 10.11 – Responsabilidades no protocolo de dor torácica

Quem	Responsabilidades
Enfermeiro da classificação	Reconhecer a dor torácica ou o equivalente anginoso; abrir a ficha do protocolo e registrar o horário; classificar como laranja (vermelha se instável); solicitar o ECG imediatamente, sem depender de prescrição médica; aplicar o MOVE se instável; comunicar o médico na entrega do ECG.
Técnico de enfermagem	Realizar o ECG de 12 derivações em até 10 minutos da chegada, com derivações adicionais quando solicitadas; registrar o horário da realização; entregar o traçado ao médico em mãos e anexá-lo ao prontuário; monitorizar, puncionar acesso, coletar exames e administrar os medicamentos prescritos, anotando os horários.
Médico assistente	Interpretar o ECG imediatamente após a realização (meta: em até 10 minutos da chegada); realizar a avaliação clínica dirigida; definir a categoria (IAMCSST, SCASSST, dor não cardíaca provável, diagnóstico diferencial grave); prescrever o tratamento padronizado; decidir a estratégia de reperfusão e solicitar a regulação; realizar a fibrinólise quando indicada; encerrar a ficha do protocolo com o desfecho.
Telecardiologia	Emitir o laudo do ECG em até 10 minutos da transmissão nos traçados prioritários e em até 60 minutos nos demais (capítulo 19 da Proposta Técnica); discutir os casos duvidosos com o médico assistente. O laudo remoto não substitui a leitura imediata pelo médico da unidade.
Farmacêutico	Manter o kit SCA (AAS, clopidogrel, enoxaparina, nitrato, morfina, atropina, betabloqueador, estatina, tenecteplase) na sala de estabilização e na farmácia, com dispensação prioritária; conferir doses e interações.
Enfermeiro da sala de estabilização	Assumir o usuário instável ou com IAMCSST; garantir monitorização contínua e desfibrilador à beira do leito; preparar o fibrinolítico; organizar a transferência com a tripulação.
Diretor Técnico e Encarregado de qualidade e segurança do paciente	Apurar os indicadores; auditar dez fichas por mês por unidade; analisar os casos de óbito e de atraso; revisar o protocolo.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1 Abertura do protocolo na classificação de risco

O protocolo é aberto pelo enfermeiro no momento da classificação (ponto de abertura registrado no sistema). O usuário com dor torácica recebe, no mínimo, a cor laranja. É classificado como vermelho e levado à sala de estabilização quando apresenta um ou mais sinais de instabilidade: PAS < 90 mmHg, FC < 50 ou > 120 bpm, FR ≥ 25 irpm, SpO2 < 90%, sudorese fria com palidez, rebaixamento do nível de consciência, síncope, dor refratária ou sinais de congestão pulmonar (ponto D1). O ECG de 12 derivações é realizado em até 10 minutos da chegada, na sala de ECG ou na sala de estabilização, sem aguardar prescrição, e

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 4 de 13

é entregue ao médico em mãos. O horário da chegada, da abertura do protocolo e da realização do ECG ficam na ficha.

6.2 Avaliação médica

O médico interpreta o ECG assim que o recebe e faz anamnese e exame físico dirigidos: caracterização da dor (início, duração, localização, irradiação, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas associados), fatores de risco, uso de medicamentos (em especial anticoagulantes, sildenafila e similares), episódios prévios; exame com aferição da PA nos dois braços, pulsos, ausculta cardíaca e pulmonar, sinais de insuficiência cardíaca e de má perfusão. A dor é classificada como definitivamente anginosa (retroesternal, desencadeada por esforço ou estresse, aliviada por repouso ou nitrato em menos de 10 minutos), provavelmente anginosa, provavelmente não anginosa ou definitivamente não anginosa.

Cinco diagnósticos diferenciais graves são afastados ativamente em todo usuário: **dissecção aguda de aorta** (dor súbita, lancinante, irradiada para o dorso, assimetria de pulsos ou de PA, sopro aórtico novo, déficit neurológico), **tromboembolismo pulmonar** (dispneia súbita, dor pleurítica, taquicardia, hipoxemia, fatores de risco trombóticos), **pneumotórax hipertensivo** (dispneia com abolição do murmúrio e desvio de traqueia), **tamponamento cardíaco** (hipotensão, turgência jugular, abafamento de bulhas) e **ruptura de esôfago** (vômitos seguidos de dor intensa e enfisema subcutâneo). A suspeita de dissecção contraindica o antitrombótico e a fibrinólise e exige regulação imediata para hospital com cirurgia cardiovascular.

6.3 Eletrocardiograma

O ECG de 12 derivações é a primeira ferramenta diagnóstica. Definem IAMCSST: supradesnivelamento novo do segmento ST no ponto J em duas derivações contíguas, ≥ 1 mm em qualquer derivação exceto V2–V3, onde o limiar é ≥ 2 mm em homens com 40 anos ou mais, ≥ 2,5 mm em homens com menos de 40 anos e ≥ 1,5 mm em mulheres; bloqueio de ramo esquerdo novo ou presumivelmente novo com quadro clínico compatível; e os equivalentes de supra – infradesnivelamento de ST em V1–V3 com onda R proeminente (infarto posterior, confirmado por supra em V7–V9) e supra em aVR com infra difuso (lesão de tronco ou multiarterial). No infarto inferior, realizam-se as derivações direitas V3R e V4R para identificar o comprometimento do ventrículo direito, que contraindica nitrato e exige volume.

Um ECG inicial normal não afasta SCA: até 6% dos infartos sem supra têm ECG normal na admissão. Quando o ECG inicial não é diagnóstico e os sintomas persistem, o exame é

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 5 de 13

repetido em 15 a 30 minutos; em todos os casos com protocolo aberto, é repetido em 3 horas e a qualquer recorrência ou intensificação da dor. Cada traçado tem horário registrado e é anexado ao prontuário.

6.4 Biomarcadores e exames complementares

A troponina é dosada em todos os usuários com protocolo aberto: na admissão e, se a primeira for normal ou discretamente elevada, repetida em 3 horas. As UPAs dispõem de troponina ultrassensível no laboratório de cada unidade, com resultado em até 60 minutos (capítulo 19 da Proposta Técnica). A CK-MB massa é usada apenas se a troponina não estiver disponível. Solicitam-se também hemograma, creatinina, ureia, sódio, potássio, glicemia e coagulograma, e radiografia de tórax quando houver dúvida diagnóstica ou sinais de congestão, sem que nenhum exame atrase o ECG, o tratamento ou a regulação.

6.5 Medidas gerais e MOVE

Todo usuário com SCA suspeita fica em repouso, com monitorização eletrocardiográfica contínua e oximetria a partir do primeiro contato, acesso venoso periférico calibroso, desfibrilador próximo e jejum até a definição da conduta. O oxigênio suplementar é prescrito apenas se a SpO2 for inferior a 90% ou houver desconforto respiratório ou sinais de insuficiência cardíaca, com alvo de 90% a 94%; a oxigenoterapia de rotina em usuários sem hipoxemia não traz benefício e pode ser prejudicial. Arritmias e distúrbios de condução são frequentes nas primeiras horas e tratados conforme o suporte avançado de vida; a parada cardiorrespiratória aciona o código azul do Time de Resposta Rápida.

6.6 Tratamento farmacológico da síndrome coronariana aguda

Confirmada a SCA (com ou sem supra), o médico prescreve imediatamente o esquema do Quadro 10.12, observando as contraindicações. Os medicamentos e as apresentações são os padronizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, que pode substituir fármacos por equivalentes da mesma classe (por exemplo, ticagrelor em lugar do clopidogrel nos casos encaminhados para estratégia invasiva, quando o cardiologista do hospital de destino o indicar no contato de transferência).

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 6 de 13

Quadro 10.12 – Tratamento farmacológico inicial da síndrome coronariana aguda

Fármaco	Dose e via	Indicação	Contraindicações e cuidados
AAS	150 a 300 mg VO, mastigados, na admissão; 100 mg/dia depois	Todos os usuários com SCA, o mais cedo possível (meta: até 30 min da chegada)	Alergia comprovada, sangramento ativo; úlcera péptica ativa. Não retardar por jejum.
Clopidogrel	IAMCSST com ICP primária: 600 mg VO. IAMCSST com fibrinólise: 300 mg (75 mg se ≥ 75 anos). SCASSST: 300 mg (600 mg se estratégia invasiva precoce). Manutenção 75 mg/dia	Todos os usuários com SCA, como segundo antiagregante	Sangramento ativo; considerar não administrar na SCASSST quando a cirurgia de revascularização urgente é provável, a critério do hospital de referência.
Enoxaparina	IAMCSST: 30 mg IV em bolus seguido de 1 mg/kg SC 12/12 h (máximo 100 mg nas duas primeiras doses); ≥ 75 anos: sem bolus, 0,75 mg/kg SC 12/12 h; depuração de creatinina < 30 mL/min: 1 mg/kg SC 24/24 h. SCASSST: 1 mg/kg SC 12/12 h (mesmos ajustes)	Anticoagulação em todas as SCA, iniciada na UPA	Sangramento ativo; plaquetopenia induzida por heparina; se a ICP primária for imediata, a HNF (60 UI/kg IV, máximo 4.000 UI) pode ser preferida conforme pactuação com a hemodinâmica.
Dinitrato de isossorbida	5 mg SL, repetido a cada 5 min até 3 doses, se a dor persistir e a PAS for > 90 mmHg	Dor isquêmica; hipertensão; congestão pulmonar	PAS < 90 mmHg; FC < 50 ou > 100 bpm; infarto de ventrículo direito; uso de sildenafila nas últimas 24 h ou tadalafila nas últimas 48 h.
Morfina	2 a 4 mg IV, repetidos a cada 5 a 15 min conforme a dor, com monitorização	Dor refratária aos nitratos ou ansiedade intensa	Hipotensão; bradicardia; depressão respiratória; náuseas. Uso restrito: retarda a absorção dos antiagregantes orais. Naloxona e atropina disponíveis.
Betabloqueador oral (atenolol 25 mg ou metoprolol 25–50 mg)	Iniciar por via oral nas primeiras 24 h, com dose titulada para FC de 50 a 60 bpm	SCA sem contraindicação e sem sinais de insuficiência cardíaca ou baixo débito	FC < 60 bpm; PAS < 100 mmHg; PR > 240 ms; bloqueio atrioventricular de 2º ou 3º grau; asma ou DPOC descompensada; Killip ≥ II; risco de choque cardiogênico. Não usar por via intravenosa na UPA.
Inibidor da ECA (captopril 12,5–25 mg 8/8 h) ou losartana 25–50 mg/dia	Iniciar nas primeiras 24 h, após estabilização da PA	SCA, em especial com disfunção ventricular, infarto anterior, diabetes ou hipertensão	Hipotensão; potássio > 5,5 mEq/L; estenose de artéria renal; gestação; angioedema prévio.

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 7 de 13

Fármaco	Dose e via	Indicação	Contraindicações e cuidados
Estatina de alta intensidade (atorvastatina 40–80 mg à noite)	Iniciar na admissão	Todos os usuários com SCA, independentemente do colesterol	Hepatopatia descompensada; alergia. A sinvastatina 40 mg é alternativa se a atorvastatina não estiver padronizada.
Oxigênio	Cateter nasal 2 a 4 L/min ou máscara, para SpO2 de 90% a 94%	SpO2 < 90%, desconforto respiratório, congestão	Não usar de rotina em usuário sem hipoxemia.

O controle glicêmico é instituído quando a glicemia ultrapassa 180 mg/dL, com insulina regular conforme protocolo da unidade e alvo de 140 a 180 mg/dL, evitando hipoglicemia. Anti-inflamatórios não esteroidais são suspensos.

6.7 Infarto com supradesnivelamento de ST: estratégia de reperfusão

O IAMCSST exige reperfusão o mais rápido possível, e a escolha da estratégia depende do tempo até a angioplastia (ponto D3 do fluxograma). Confirmado o diagnóstico, o médico administra AAS, clopidogrel e o anticoagulante, aciona a Central de Regulação das Urgências e o Complexo Regulador Estadual e faz contato direto com o hospital de referência em hemodinâmica, definido pelo Complexo Regulador Estadual (em Palmas, o Hospital Geral de Palmas), com quem a Diretoria Técnica de cada UPA alinha, no primeiro mês de operação, a rotina de pré-notificação e de contato médico a médico, informando o horário do início dos sintomas e do diagnóstico.

- **ICP primária** é a estratégia preferencial quando o usuário puder chegar ao laboratório de hemodinâmica com o balão insuflado em até 120 minutos a partir do diagnóstico eletrocardiográfico. Nesse caso, a transferência é imediata, pelo SAMU 192 (suporte avançado), com meta de porta-saída de 30 minutos; a UPA não aguarda resultado de exames nem estabilização completa além do necessário para o transporte.
- **Fibrinólise** é indicada quando a ICP primária não for alcançável em 120 minutos, o início dos sintomas tiver ocorrido há menos de 12 horas e não houver contraindicação (Quadro 10.13). É realizada na sala de estabilização da UPA, com meta de porta-agulha de 30 minutos, seguida de transferência para hospital com hemodinâmica para angiografia de rotina em 2 a 24 horas, ou imediata (ICP de resgate) se não houver critérios de reperfusão em 60 a 90 minutos (redução do supra ≥ 50%, alívio da dor, arritmias de reperfusão). A Portaria GM/MS nº 2.994/2011 prevê a fibrinólise nas UPAs. O ISAC padroniza a tenecteplase como fibrinolítico das duas unidades, com estoque na farmácia e no kit SCA da sala de estabilização, e mantém a alteplase como alternativa

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 8 de 13

em caso de falta; a indicação considera o tempo real de transferência até a hemodinâmica, registrado em cada caso.

- Dose da tenecteplase em bolus IV único, conforme o peso: < 60 kg, 30 mg; 60 a 69 kg, 35 mg; 70 a 79 kg, 40 mg; 80 a 89 kg, 45 mg; ≥ 90 kg, 50 mg; metade da dose em usuários com 75 anos ou mais. Alteplase em regime acelerado: 15 mg IV em bolus, 0,75 mg/kg em 30 minutos (máximo 50 mg) e 0,5 mg/kg em 60 minutos (máximo 35 mg). Antes do fibrinolítico: dois acessos venosos, PA controlada (< 180/110 mmHg), anticoagulação com enoxaparina conforme o Quadro 10.12, monitorização e desfibrilador à beira do leito.
- Após a fibrinólise: ECG aos 60 e 90 minutos; vigilância de sangramento (em especial neurológico – qualquer alteração de consciência ou cefaleia interrompe a infusão e aciona a regulação para tomografia); manutenção da anticoagulação até a transferência.

Quadro 10.13 – Contraindicações à fibrinólise

Contraindicações absolutas	Contraindicações relativas
Hemorragia intracraniana prévia ou AVC de origem desconhecida AVC isquêmico nos últimos 6 meses Neoplasia ou malformação arteriovenosa do sistema nervoso central Trauma, cirurgia ou lesão craniana importante nas últimas 3 semanas Sangramento gastrointestinal no último mês Distúrbio hemorrágico conhecido Dissecção de aorta suspeita Punções não compressíveis nas últimas 24 h (biópsia hepática, punção lombar)	Ataque isquêmico transitório nos últimos 6 meses Anticoagulação oral Gestação ou primeira semana pós-parto Hipertensão refratária (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg) Doença hepática avançada Endocardite infecciosa Úlcera péptica ativa Reanimação prolongada ou traumática

6.8 Síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento de ST

Na SCASSST, a conduta depende do risco (ponto D4). São de **muito alto risco**, com regulação imediata para estratégia invasiva em até 2 horas: instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogênico, dor recorrente ou refratária ao tratamento, arritmias ventriculares graves, complicações mecânicas, insuficiência cardíaca aguda e alterações dinâmicas recorrentes de ST. São de **alto risco**, com regulação para estratificação invasiva em até 24 horas: diagnóstico de IAMSSST confirmado pela troponina, alterações dinâmicas de ST ou onda T e escore GRACE > 140. Os demais são de risco intermediário ou baixo e podem ser

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 9 de 13

mantidos em observação na UPA, com tratamento pleno, ECG e troponina seriados e regulação para investigação eletiva. Em todos, a terapia antitrombótica e anti-isquêmica do Quadro 10.12 é iniciada na UPA.

6.9 Observação, alta e contrarreferência

O usuário com dor torácica que não preenche critérios de SCA nem de diagnóstico diferencial grave permanece em observação até completar a avaliação seriada: sem recorrência de dor, ECG seriados sem alteração isquêmica e duas troponinas normais com intervalo adequado. Preenchidos esses critérios e ausentes fatores de alto risco (idade avançada, diabetes, doença coronariana conhecida, dor definitivamente anginosa), o médico pode dar alta com orientação escrita sobre sinais de alarme, prescrição das medidas indicadas e contrarreferência à Atenção Primária com encaminhamento à cardiologia pela regulação ambulatorial, para estratificação em até 30 dias. A alta é registrada na ficha como desfecho "dor torácica de baixo risco – alta". Usuários com troponina elevada por outra causa (insuficiência cardíaca, miocardite, TEP, sepse, insuficiência renal) são conduzidos conforme o diagnóstico.

6.10 Registro

A ficha do protocolo (Anexo II) registra os horários da chegada, da classificação, da abertura do protocolo, da realização e da interpretação de cada ECG, das coletas e resultados de troponina, da administração do AAS e dos demais fármacos, da decisão de reperfusão, do contato com a regulação, do início do fibrinolítico e da saída da unidade, além do desfecho. É preenchida no prontuário eletrônico e alimenta os indicadores.

6.11 Fluxograma

O Anexo I apresenta o fluxograma do protocolo, com os pontos de decisão D1 a D4.

7. INDICADORES

Quadro 10.14 – Indicadores do protocolo de dor torácica

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Tempo porta-ECG ≤ 10 min	Usuários com ECG realizado em até 10 min da chegada ÷ usuários com protocolo aberto × 100	≥ 90%	Mensal
ECG interpretado pelo médico ≤ 10 min	ECG com leitura médica registrada em até 10 min da realização ÷ ECG do protocolo × 100	≥ 90%	Mensal

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 10 de 13

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
AAS em até 30 min	Usuários com SCA que receberam AAS em até 30 min da chegada ÷ usuários com SCA sem contraindicação × 100	≥ 95%	Mensal
Adesão à prescrição padronizada	Usuários com SCA com o esquema do Quadro 10.12 prescrito (ou contraindicação registrada) ÷ usuários com SCA × 100	≥ 90%	Mensal
Tempo porta-saída no IAMCSST para ICP	Usuários com IAMCSST transferidos em até 30 min ÷ usuários com IAMCSST transferidos para ICP × 100	≥ 80%	Mensal
Tempo porta-agulha	Fibrinólises iniciadas em até 30 min da chegada ÷ fibrinólises realizadas × 100	≥ 80%	Mensal
IAMCSST reperfundido	Usuários com IAMCSST com ICP ou fibrinólise em até 12 h do início dos sintomas ÷ usuários com IAMCSST × 100	≥ 90%	Mensal
Letalidade por SCA na UPA	Óbitos por SCA na unidade ÷ usuários com SCA × 100	Monitorar; análise de todos os óbitos pelo NSP	Mensal

8. REFERÊNCIAS

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021.

PIEGAS, L. S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 105, n. 2, supl. 1, p. 1-105, 2015.

BYRNE, R. A. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal, v. 44, n. 38, p. 3720-3826, 2023.

THYGESEN, K. et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). European Heart Journal, v. 40, n. 3, p. 237-269, 2019.

GULATI, M. et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain. Circulation, v. 144, n. 22, p. e368-e454, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas.

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 11 de 13

BASSAN, R. et al. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 79, supl. 2, p. 1-22, 2002.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. Dallas: AHA, 2020.

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA. Protocolo de Dor Torácica PCT-DIRTEC-001, versão 03. UPAs Benedito Bentes e Trapiche da Barra, Maceió, 2023.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir dos protocolos institucionais do ISAC e das diretrizes vigentes	Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem das UPAs

10. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem (Responsáveis Técnicos) das UPAs Norte e Sul	Especialista da área, designado pelos Diretores Técnicos das UPAs	Gerência de Qualidade do ISAC	Superintendência Técnica do ISAC

Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero; a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 12 de 13

Anexo I – Fluxograma do protocolo

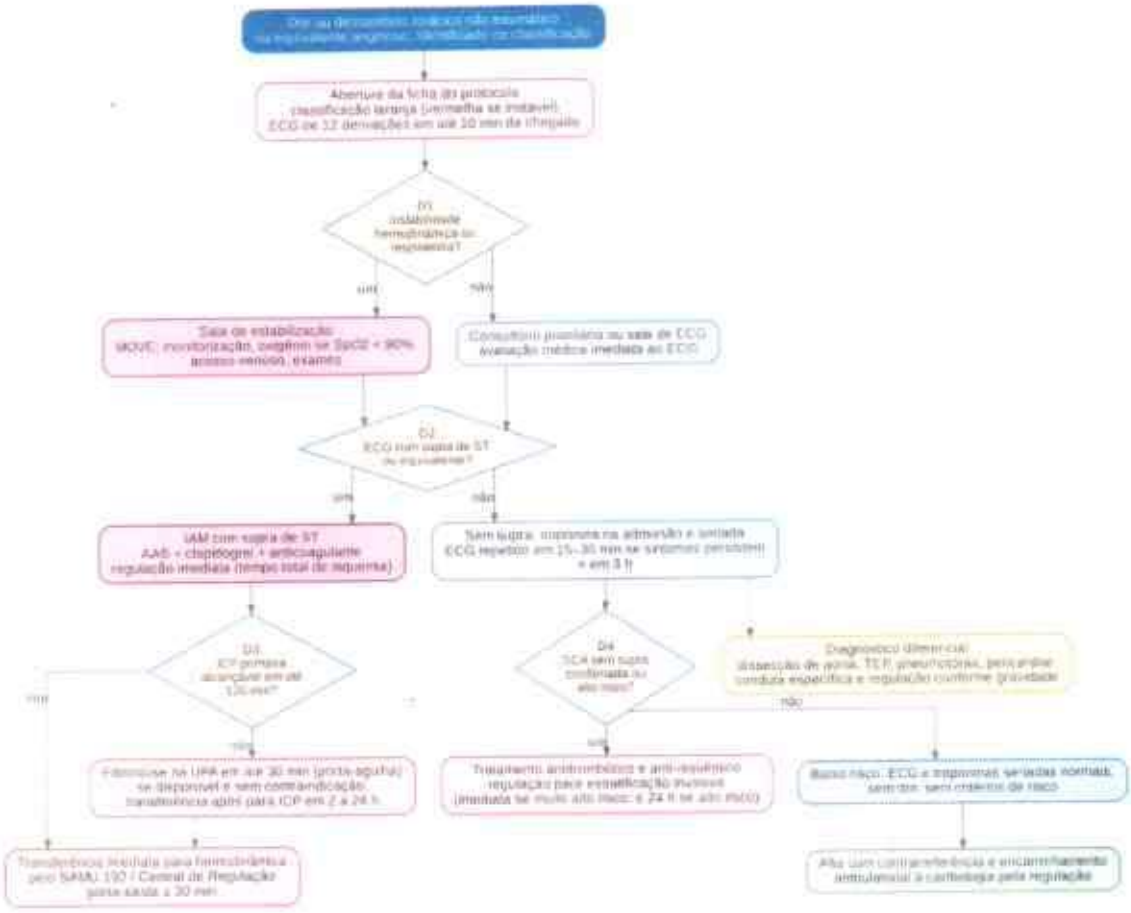


Figura 10.3 – Fluxograma da dor torácica

PROTOCOLO

DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.002	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 13 de 13

Anexo II – Ficha de registro do protocolo (campos do prontuário eletrônico)

Bloco	Campos
Identificação	Nome, data de nascimento, CNS, peso, fatores de risco, alergias, medicamentos em uso (anticoagulante? sildenafila?)
Chegada e abertura	Horário de chegada; horário da classificação e cor; horário de abertura do protocolo; enfermeiro
Dor	Início dos sintomas (data e hora); características; intensidade (0–10); classificação (definitivamente anginosa a definitivamente não anginosa)
Sinais vitais	PA nos dois braços, FC, FR, SpO2, temperatura, glicemia; sinais de instabilidade (sim/não)
ECG	Horário de realização e de interpretação de cada ECG; achado (supra / sem supra / não diagnóstico); derivações adicionais; laudo da telecardiologia (horário)
Troponina	Horário de coleta e resultado da 1ª e 2ª dosagens; método
Tratamento	Horário de administração de AAS, clopidogrel, anticoagulante, nitrato, morfina, betabloqueador, estatina, oxigênio; contraindicações registradas
Categoria	IAMCSST / IAMSSST / angina instável / dor não cardíaca provável / diagnóstico diferencial (qual)
Reperfusão	Estratégia (ICP primária / fibrinólise / não indicada); horário do contato com a regulação e com a hemodinâmica; horário do fibrinolítico (porta-agulha); critérios de reperfusão aos 60–90 min
Desfecho	Transferência (horário de saída, destino, meio de transporte) / alta (critérios de baixo risco preenchidos) / óbito; médico responsável

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 1 de 14

10.6 Protocolo 3 — Acidente Vascular Cerebral Agudo

Código PRT.DIRTE.SED.003 · versão 00 (minuta) · documento de 3º nível (procedimento) na hierarquia da Norma Zero, modelo do Anexo VII.

1. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Reconhecer, na classificação de risco, o usuário com suspeita de acidente vascular cerebral agudo; registrar com precisão o horário do início dos sintomas; estabilizar e avaliar o usuário em até 10 minutos; e encaminhá-lo, pelo Complexo Regulador Estadual e pelo SAMU 192, ao hospital de referência com tomografia e unidade de AVC no menor tempo possível, para que a trombólise ou a trombectomia sejam realizadas dentro da janela terapêutica.

O AVC é a principal causa de incapacidade e a segunda causa de morte no Brasil. O tratamento de reperfusão do AVC isquêmico – trombólise intravenosa em até 4,5 horas e trombectomia mecânica em até 24 horas nas oclusões de grande vaso – reduz de forma expressiva a morte e a dependência, mas seu benefício depende diretamente do tempo: a cada minuto de oclusão perdem-se cerca de 1,9 milhão de neurônios. As UPAs Norte e Sul não realizam neuroimagem; sua função na linha de cuidado do AVC é reconhecer, estabilizar e transferir sem perda de tempo, com pré-notificação ao hospital de destino. Este protocolo organiza esse "Código AVC".

2. APLICABILIDADE

Aplica-se a todos os usuários atendidos nas UPAs Norte e Sul, adultos e crianças, com sinais ou sintomas sugestivos de AVC agudo ou de ataque isquêmico transitório, e às equipes de recepção, enfermagem, médica, de laboratório, de farmácia e de transporte.

3. DEFINIÇÃO E SIGLÁRIO

- **Acidente vascular cerebral (AVC)**: déficit neurológico focal de início súbito, de origem vascular, isquêmico (AVCi, cerca de 85% dos casos) ou hemorrágico (AVCh: hemorragia intraparenquimatosa ou subaracnóidea).
- **Ataque isquêmico transitório (AIT)**: déficit neurológico focal transitório, de origem isquêmica, sem infarto à imagem; sinaliza risco elevado de AVC nas semanas seguintes e exige investigação urgente.
- **Ictus**: horário do início dos sintomas. Quando o início não foi presenciado, considera-se o horário em que o usuário foi visto bem pela última vez.

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 2 de 14

- **Janela terapêutica**: até 4,5 horas do ictus para a trombólise intravenosa; até 6 horas para a trombectomia mecânica em critérios habituais e até 24 horas em casos selecionados por imagem.
- **Escala de Cincinnati**: instrumento de reconhecimento pré-hospitalar do AVC – assimetria facial, queda de um dos braços e alteração da fala; um item alterado indica alta probabilidade de AVC.
- **NIHSS**: National Institutes of Health Stroke Scale, escala de gravidade do AVC de 0 a 42 pontos.
- **Código AVC**: acionamento padronizado da equipe e da regulação para o usuário com suspeita de AVC.
- **TC**: tomografia computadorizada. **PA/PAS/PAD**: pressão arterial, sistólica e diastólica. **CRU**: Central de Regulação das Urgências. **SAMU**: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **AAS**: ácido acetilsalicílico. **ECG**: eletrocardiograma. **SpO2**: saturação periférica de oxigênio. **IOT**: intubação orotraqueal.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: usuario com início súbito, nas últimas 24 horas ou em horário desconhecido, de um ou mais dos seguintes sinais: fraqueza ou dormência de um lado do corpo ou da face; dificuldade para falar ou compreender; perda súbita da visão em um ou ambos os olhos ou visão dupla; tontura intensa com perda de equilíbrio ou de coordenação; cefaleia súbita e intensa, sobretudo com vômitos, rigidez de nuca ou rebaixamento de consciência; rebaixamento súbito do nível de consciência sem outra causa evidente. Inclui o déficit já resolvido no momento da chegada (AIT).

Exclusão: déficit neurológico secundário a trauma craniano (protocolo 5); déficit crônico estável sem piora; hipoglicemia com resolução completa do déficit após correção, documentada pelo médico. A crise convulsiva com déficit pós-ictal não exclui o protocolo: o médico decide após a avaliação, e na dúvida o usuário é encaminhado como suspeita de AVC.

5. RESPONSABILIDADES

Quadro 10.15 – Responsabilidades no protocolo de AVC

Quem	Responsabilidades
Recepção e portaria	Reconhecer sinais evidentes (boca torta, dificuldade de fala, fraqueza de um lado) e acionar o enfermeiro da classificação imediatamente, sem aguardar o cadastro.

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 3 de 14

Quem	Responsabilidades
Enfermeiro da classificação	Aplicar a escala de Cincinnati; perguntar e registrar o horário do ictus ou da última vez visto bem, com a fonte da informação; aferir glicemia capilar e sinais vitais; acionar o Código AVC; classificar como laranja (vermelha se Glasgow ≤ 12, instabilidade ou convulsão); levar o usuário ao consultório prioritário ou à sala de estabilização; comunicar o médico de imediato.
Médico assistente	Avaliar o usuário em até 10 minutos da chegada; garantir via aérea, ventilação e circulação; aplicar a NIHSS; afastar simuladores; definir a suspeita (AVCi, AVCh, AIT); solicitar a regulação em até 20 minutos da chegada com pré-notificação ao hospital de referência; conduzir a pressão arterial e as demais medidas de suporte; preencher a ficha do Código AVC e a passagem de caso.
Técnico de enfermagem	Monitorizar; puncionar acesso venoso; coletar exames; manter cabeceira e decúbito conforme prescrição; manter jejum; reavaliar sinais vitais e nível de consciência a cada 15 a 30 minutos; preparar o usuário para o transporte.
Enfermeiro da sala de estabilização	Assumir o usuário instável; organizar a transferência; conferir a documentação e a comunicação com a tripulação do SAMU.
Laboratório	Priorizar a glicemia, o hemograma, o coagulograma e os eletrólitos do Código AVC, com resultado em até 45 minutos, sem que a transferência aguarde os resultados.
Diretor Técnico e Encarregado de qualidade e segurança do paciente	Apurar os indicadores; auditar dez fichas por mês por unidade; manter atualizados os contatos e o fluxo pactuado com o hospital de referência; revisar o protocolo.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1 Reconhecimento e acionamento do Código AVC

O reconhecimento começa na porta. Qualquer profissional que identifique os sinais de alerta encaminha o usuário diretamente à classificação. O enfermeiro aplica a escala de Cincinnati (pedir para sorrir, elevar os dois braços por 10 segundos e repetir uma frase), registra o horário do ictus ou da última vez visto bem – o dado mais importante de todo o protocolo, obtido com o usuário, o acompanhante ou quem o encontrou, com anotação da fonte –, mede a glicemia capilar e os sinais vitais e aciona o Código AVC. O acionamento comunica ao mesmo tempo o médico, a sala de estabilização e a recepção, que prepara o cadastro e os documentos para a transferência. O usuário recebe a cor laranja e é levado ao consultório prioritário, ou a cor vermelha e a sala de estabilização quando há rebaixamento de consciência (Glasgow ≤ 12), convulsão, insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica.

Quadro 10.16 – Metas de tempo do Código AVC

Marco	Meta na UPA
Chegada → classificação com Cincinnati, glicemia e horário do ictus	Até 5 minutos
Chegada → avaliação médica com NIHSS	Até 10 minutos

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 4 de 14

Marco	Meta na UPA
Chegada → solicitação de regulação com pré-notificação do hospital de referência	Até 20 minutos
Chegada → resultados de glicemia sérica e coagulograma (não condicionam a saída)	Até 45 minutos
Chegada → saída da unidade (porta-saída), usuário dentro da janela terapêutica	Até 45 minutos
Chegada → saída da unidade, demais casos	Até 60 minutos

6.2 Avaliação médica inicial

O médico avalia o usuário pela sequência ABCDE: via aérea pérvia (a intubação é indicada se Glasgow ≤ 8, incapacidade de proteger a via aérea ou hipoventilação), oxigênio suplementar apenas se SpO2 < 94%, monitorização cardíaca e ECG (a fibrilação atrial é a principal causa cardioembólica), acesso venoso periférico com solução salina isotônica (nunca soluções glicosadas ou hipotônicas), avaliação neurológica com a escala de coma de Glasgow e a NIHSS (Quadro 10.17) e exposição com busca de sinais de trauma. A anamnese dirigida registra: horário do ictus e forma de instalação; uso de anticoagulantes ou antiagregantes (nome e horário da última dose); AVC, cirurgia, trauma ou sangramento recentes; crise convulsiva no início do quadro; diabetes, hipertensão, fibrilação atrial, gestação; funcionalidade prévia.

Simuladores de AVC são afastados sem atrasar o fluxo (ponto V1): hipoglicemia (corrigida com glicose 50% apenas se glicemia < 60 mg/dL; tiamina 100 mg IV antes da glicose apenas em etilistas ou desnutridos), paralisia pós-ictal de Todd, enxaqueca com aura, tumor ou hematoma subdural, encefalopatia metabólica ou tóxica, paralisia facial periférica (que acomete também a testa, ao contrário da paralisia central do AVC), vertigem periférica e transtorno conversivo. Se o déficit persiste após a correção da causa suspeita, o usuário segue como AVC.

A NIHSS é aplicada pelo médico e registrada na ficha; a pontuação orienta a comunicação com o hospital e a suspeita de oclusão de grande vaso (NIHSS ≥ 6 com desvio do olhar, afasia ou negligência), que é informada na pré-notificação porque indica candidato a trombectomia.

Quadro 10.17 – Itens da escala NIHSS

Item	Pontuação	Item	Pontuação
1a. Nível de consciência	0–3	6. Motor – pernas (cada)	0–4
1b. Perguntas (mês e idade)	0–2	7. Ataxia de membros	0–2

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 5 de 14

Item	Pontuação	Item	Pontuação
1c. Comandos (abrir/fechar olhos e mão)	0–2	8. Sensibilidade	0–2
2. Olhar conjugado	0–2	9. Linguagem	0–3
3. Campos visuais	0–3	10. Disartria	0–2
4. Paralisia facial	0–3	11. Extinção e negligência	0–2
5. Motor – braços (cada)	0–4	Total	0–42 (leve ≤ 4; moderado 5–15; grave ≥ 16)

6.3 Pressão arterial

A hipertensão é comum nas primeiras horas do AVC e, no AVC isquêmico, protege a penumbra: a pressão não é reduzida de rotina. As condutas por situação são as do Quadro 10.18. A hipotensão (PAS < 90 mmHg) é corrigida com solução salina e, se necessário, vasopressor, porque agrava a isquemia.

Quadro 10.18 – Conduta da pressão arterial no AVC agudo

Situação	Conduta na UPA
AVC isquêmico provável, candidato a trombólise (dentro de 4,5 h)	Reduzir apenas se PA > 185/110 mmHg, com fármaco intravenoso titulável (esmolol, metoprolol ou nitroprussiato de sódio em bomba, conforme padronização), evitando queda abrupta; comunicar o hospital.
AVC isquêmico provável, fora da janela ou não candidato	Não tratar se PA ≤ 220/120 mmHg. Acima disso, reduzir cerca de 15% nas primeiras 24 h, de forma gradual. Tratar sempre se houver dissecção de aorta, infarto agudo, edema agudo de pulmão, eclâmpsia ou encefalopatia hipertensiva.
Suspeita de hemorragia intracerebral (cefaleia súbita, vômitos, rebaixamento progressivo, anticoagulante)	Se PAS entre 150 e 220 mmHg, reduzir para 140 mmHg (alvo 130–150 mmHg) de forma controlada na primeira hora, com fármaco intravenoso titulável; evitar PAS < 130 mmHg. Suspender antiagregantes e anticoagulantes; comunicar o uso ao hospital para reversão.
Hipotensão (PAS < 90 mmHg)	Solução salina 0,9% em bolus de 500 mL, repetido conforme resposta; noradrenalina se persistir; investigar sangramento, sepse ou causa cardíaca.

A nifedipina sublingual e outros anti-hipertensivos de ação rápida e não titulável são proibidos no AVC agudo.

6.4 Exames

A glicemia capilar é o único exame obrigatório antes da decisão de transferir. Solicitam-se ainda, sem que a saída da unidade dependa dos resultados: glicemia sérica, hemograma com plaquetas, coagulograma (TP/RNI e TTPa, essenciais no usuário anticoagulado), sódio,

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 6 de 14

potássio, creatinina, troponina e ECG de 12 derivações. Os resultados disponíveis acompanham o usuário; os demais são transmitidos ao hospital pelo laboratório.

6.5 Regulação e transferência

Definida a suspeita, o médico solicita a regulação em até 20 minutos da chegada (ponto do fluxograma), pela Central de Regulação das Urgências e pelo Complexo Regulador Estadual, informando: horário do ictus, NIHSS, glicemia, PA, anticoagulante em uso, suspeita de oclusão de grande vaso e elegibilidade preliminar à trombólise (Anexo III). Ao mesmo tempo, faz a pré-notificação telefônica ao hospital de referência – unidade de AVC habilitada na forma da Portaria GM/MS nº 665/2012, definida pelo Complexo Regulador Estadual (em Palmas, o Hospital Geral de Palmas), com quem a Diretoria Técnica de cada UPA alinha a pré-notificação no primeiro mês de operação – para que a tomografia e a equipe estejam prontas na chegada.

- **Dentro da janela** (ictus há menos de 4,5 horas, ou até 24 horas com suspeita de oclusão de grande vaso) – ponto V2: prioridade máxima. O transporte é feito pelo SAMU 192 em suporte avançado; a meta de porta-saída é de 45 minutos. Se a Central de Regulação informar indisponibilidade de unidade de suporte avançado, o usuário estável pode seguir na ambulância Tipo B da UPA com técnico de enfermagem, mediante autorização da regulação e registro (Manual de transporte sanitário do capítulo 11 da Proposta Técnica), porque a espera custa mais que o risco do transporte.
- **Fora da janela**, usuário estável: transferência regulada com prioridade, pelo meio que a regulação definir, com meta de porta-saída de 60 minutos; até a saída, o usuário permanece monitorizado na sala de estabilização ou na observação, com os cuidados do item 6.7.
- **AIT** (ponto V3): o déficit resolvido não reduz a urgência. O usuário é regulado para investigação hospitalar em até 24 horas (imagem cerebral e vascular); iniciam-se AAS 300 mg (após afastar contraindicação e, idealmente, após imagem, o que se registra) e o controle dos fatores de risco. Se a regulação não autorizar a transferência, o usuário permanece em observação até 24 horas com reavaliação neurológica e é contrarreferenciado com urgência à Atenção Primária e ao ambulatório de neurologia, com a guia registrando o risco.
- A recusa de vaga ou a demora da regulação são escalonadas conforme o capítulo 2 da Proposta Técnica (2 horas: coordenador médico do plantão; 6 horas: comunicação à

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 7 de 14

SEMUS) e registradas como fato alheio à unidade (item 8.3.7 do Termo de Referência), sem que a UPA deixe de reiterar a solicitação a cada 30 minutos.

6.6 Trombólise e trombectomia: papel da UPA

As UPAs Norte e Sul não realizam trombólise no AVC, porque o tratamento exige tomografia prévia para excluir hemorragia. O que a UPA faz é encurtar o tempo até quem pode fazê-la: reconhecer, registrar o ictus, avaliar, tratar o que impediria o tratamento (glicemia, pressão, hipoxemia) e transferir com pré-notificação. Para apoiar a decisão do hospital e evitar transferências inúteis, o médico preenche na ficha a lista preliminar de elegibilidade e contraindicações do Anexo III, que acompanha o usuário. Se a rede vier a instituir tele-AVC com tomografia nas UPAs, a Diretoria Técnica revisa este protocolo para incorporar a trombólise na unidade, na forma da Portaria GM/MS nº 664/2012.

6.7 Cuidados durante a permanência na UPA

- Cabeceira a 30° no AVC hemorrágico e em usuários com risco de aspiração ou hipertensão intracraniana; no AVC isquêmico com hipotensão ou suspeita de oclusão de grande vaso, decúbito a 0° pode ser mantido se a via aérea estiver protegida.
- Nada por via oral até a avaliação da deglutição; medicamentos por via intravenosa.
- Glicemia entre 140 e 180 mg/dL; corrigir hipoglicemia < 60 mg/dL.
- Temperatura abaixo de 37,5 °C, com dipirona ou paracetamol e investigação da causa da febre.
- SpO2 ≥ 94%; evitar hiperóxia.
- Crise convulsiva: diazepam 10 mg IV (0,2 mg/kg na criança) e fenitoína ou levetiracetam de manutenção; não há profilaxia de crises.
- Reavaliação neurológica (Glasgow e NIHSS abreviada) e sinais vitais a cada 30 minutos; qualquer piora é comunicada ao médico e ao hospital de destino.
- Evitar sedação, sonda vesical e sonda nasogástrica antes do hospital, salvo necessidade clara, porque punções e sondagens podem contraindicar ou complicar a trombólise.
- Não administrar AAS, heparina ou anticoagulante antes da imagem, exceto no AIT conforme o item 6.5.

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 8 de 14

- Comunicação com a família: informação clara sobre a suspeita, o motivo da transferência e o destino; um familiar com o telefone de contato é identificado na ficha e, quando possível, acompanha o usuário.

6.8 Crianças e gestantes

O AVC na criança é raro e frequentemente confundido com outras condições; o protocolo se aplica com avaliação pelo pediatra e regulação para hospital pediátrico com neuroimagem. Na gestante e na puérpera, a suspeita de AVC ou de eclâmpsia (cefaleia, alteração visual, convulsão, PA ≥ 160/110 mmHg) segue o Código AVC com sulfato de magnésio na suspeita de eclâmpsia e regulação para maternidade de alto risco com neuroimagem.

6.9 Registro e fluxograma

A ficha do Código AVC (Anexo II) registra os horários de cada marco, o ictus e sua fonte, os sinais vitais, a NIHSS, a glicemia, os medicamentos, a lista de elegibilidade (Anexo III), os contatos com a regulação e com o hospital e o desfecho. O Anexo I apresenta o fluxograma, com os pontos de decisão V1 a V3.

7. INDICADORES

Quadro 10.19 – Indicadores do protocolo de AVC

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Horário do ictus registrado	Fichas com horário do ictus (ou última vez visto bem) e fonte registrados ÷ fichas do Código AVC × 100	100%	Mensal
Avaliação médica ≤ 10 min	Usuários avaliados pelo médico em até 10 min da chegada ÷ usuários do Código AVC × 100	≥ 90%	Mensal
Glicemia capilar ≤ 10 min	Usuários com glicemia registrada em até 10 min ÷ usuários do Código AVC × 100	≥ 95%	Mensal
NIHSS registrada	Fichas com NIHSS pontuada ÷ fichas do Código AVC × 100	≥ 90%	Mensal
Solicitação de regulação ≤ 20 min	Usuários com regulação solicitada em até 20 min da chegada ÷ usuários do Código AVC com indicação de transferência × 100	≥ 90%	Mensal
Porta-saída ≤ 45 min (janela) e ≤ 60 min (demais)	Usuários transferidos dentro da meta ÷ usuários transferidos × 100	≥ 80%	Mensal
Pré-notificação realizada	Transferências com pré-notificação registrada ÷ transferências × 100	≥ 95%	Mensal

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 9 de 14

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Tempo de espera por vaga além de 2 h (fato alheio)	Número de casos com espera > 2 h após a solicitação, com registro do escalonamento	Monitorar e reportar à SEMUS	Mensal

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 664, de 12 de abril de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC e institui a linha de cuidados em AVC na Rede de Atenção às Urgências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

POWERS, W. J. et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines. Stroke, v. 50, n. 12, p. e344-e418, 2019.

GREENBERG, S. M. et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. Stroke, v. 53, n. 7, p. e282-e361, 2022.

MARTINS, S. O. et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment – Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e Academia Brasileira de Neurologia. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2022 (partes I e II).

KOTHARI, R. U. et al. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. Annals of Emergency Medicine, v. 33, n. 4, p. 373-378, 1999.

SAVER, J. L. Time is brain – quantified. Stroke, v. 37, n. 1, p. 263-266, 2006.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. Dallas: AHA, 2020.

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA. Protocolo de Acidente Vascular Cerebral (modelo institucional). ISAC, Diretoria Técnica.

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 10 de 14

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir dos protocolos institucionais do ISAC e das diretrizes vigentes	Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem das UPAs

10. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem (Responsáveis Técnicos) das UPAs Norte e Sul	Especialista da área, designado pelos Diretores Técnicos das UPAs	Gerência de Qualidade do ISAC	Superintendência Técnica do ISAC

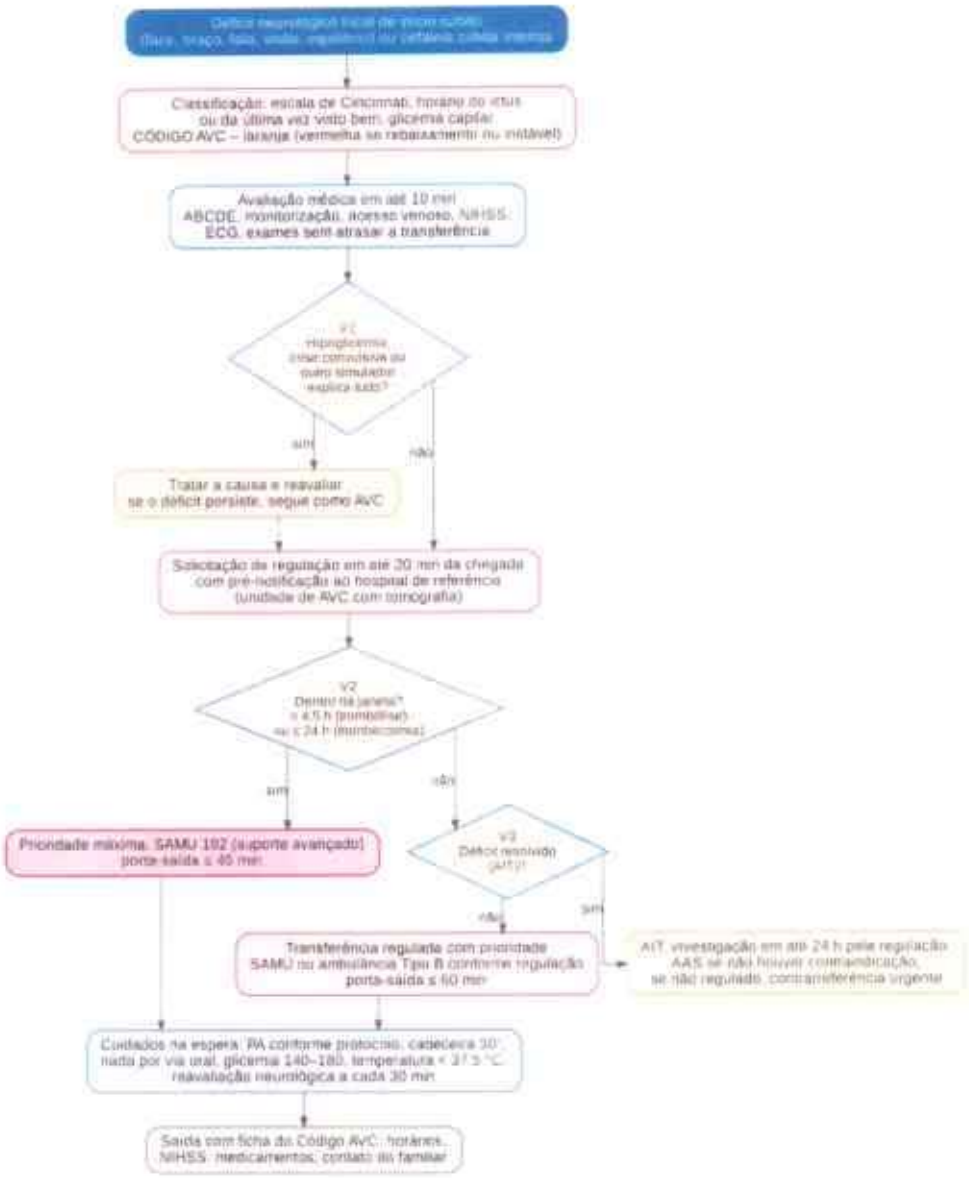
Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero; a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 11 de 14

Anexo I – Fluxograma do protocolo



PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 12 de 14

Figura 10.4 – Fluxograma do Código AVC

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 13 de 14

Anexo II – Ficha de registro do protocolo (campos do prontuário eletrônico)

Bloco	Campos
Identificação	Nome, data de nascimento, CNS, peso, funcionalidade prévia, familiar de contato e telefone
Chegada	Horário de chegada; forma de chegada; horário da classificação e cor; horário do acionamento do Código AVC
Ictus	Data e hora do início dos sintomas ou da última vez visto bem; fonte da informação (usuário / acompanhante / outro); instalação (súbita / progressiva); crise convulsiva no início (sim/não)
Reconhecimento	Escala de Cincinnati: face / braço / fala (alterados?); glicemia capilar (valor e horário)
Sinais vitais	PA, FC, FR, SpO2, temperatura, Glasgow – na chegada e a cada 30 min
Avaliação médica	Horário; NIHSS total e itens; suspeita (AVCi / AVCh / AIT / simulador – qual); sinais de oclusão de grande vaso
Medicamentos e antecedentes	Anticoagulante ou antiagregante (nome, última dose); AVC, cirurgia, trauma ou sangramento recentes; diabetes, hipertensão, fibrilação atrial, gestação
Condutas	Oxigênio; anti-hipertensivo (fármaco, dose, horário, PA antes e depois); glicose; anticonvulsivante; outras
Exames	Horário de coleta e resultados disponíveis: glicemia, hemograma, coagulograma, eletrólitos, creatinina, troponina; ECG (ritmo)
Elegibilidade preliminar	Lista do Anexo III preenchida (sim/não); candidato à trombólise (sim/não/indeterminado)
Regulação e transferência	Horário da solicitação; número do protocolo; horário e interlocutor da pré-notificação ao hospital; reiterações; meio de transporte; horário de saída (porta-saída); destino
Desfecho	Transferido / observação / alta (AIT com regulação negada – contrarreferência) / óbito; médico responsável

Anexo III – Lista preliminar de elegibilidade à trombólise, para a pré-notificação do hospital de referência

Critérios de elegibilidade (todos devem estar presentes)

- Diagnóstico clínico de AVC isquêmico com déficit neurológico mensurável
- Início dos sintomas (ou última vez visto bem) há menos de 4,5 horas no momento previsto da infusão
- Idade de 18 anos ou mais
- Tomografia sem hemorragia e sem sinais extensos de infarto (a ser realizada no hospital)

Contraindicações que a UPA já pode identificar e informar

PROTOCOLO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.003	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 14 de 14

- Uso de anticoagulante oral com RNI > 1,7 ou de anticoagulante de ação direta nas últimas 48 horas
- Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa alterado
- Plaquetas < 100.000/mm³ (quando disponível)
- Glicemia < 50 mg/dL com déficit que reverte após correção
- PA > 185/110 mmHg não controlada com tratamento intravenoso
- AVC isquêmico, trauma craniano grave ou cirurgia intracraniana nos últimos 3 meses
- Hemorragia intracraniana prévia; neoplasia intracraniana; malformação arteriovenosa ou aneurisma conhecidos
- Sangramento ativo ou hemorragia gastrointestinal ou urinária nos últimos 21 dias
- Cirurgia de grande porte ou trauma grave nos últimos 14 dias
- Punção arterial em sítio não compressível ou punção lombar nos últimos 7 dias
- Infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses; endocardite; dissecção de aorta suspeita
- Sintomas sugestivos de hemorragia subaracnóidea, mesmo com tomografia normal
- Déficit mínimo e não incapacitante ou melhora rápida e completa (avaliar caso a caso)
- Crise convulsiva no início do quadro com déficit atribuível ao período pós-ictal
- Gestação (avaliação individualizada no hospital)

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 1 de 15

10.7 Protocolo 4 — Sepse e Choque Séptico no Adulto e na Criança

Código PRT.DIRTE.SED.004 · versão 00 (minuta) · documento de 3º nível (procedimento) na hierarquia da Norma Zero, modelo do Anexo VII.

1. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Identificar precocemente, em qualquer setor das UPAs Norte e Sul, o usuário adulto ou pediátrico com sepse ou choque séptico; iniciar o pacote de medidas da primeira hora – culturas, lactato, antimicrobiano e ressuscitação volêmica – a partir do momento da suspeita; reavaliar de forma sistemática; e encaminhar ao nível hospitalar adequado, com o tratamento já em curso.

A sepse é a principal causa de morte nas unidades de terapia intensiva brasileiras e uma das principais causas de morte evitável nas urgências. A cada hora de atraso na administração do antimicrobiano no choque séptico, a mortalidade aumenta de forma mensurável; em contrapartida, protocolos gerenciados, com tempo zero definido, ficha própria e indicadores acompanhados, reduzem a letalidade de forma consistente, como demonstram os dados do Instituto Latino-Americano de Sepse. A UPA é, com frequência, o primeiro serviço que o usuário séptico procura, e é nela que a primeira hora acontece.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se a todos os usuários com 29 dias de vida ou mais atendidos nas UPAs Norte e Sul, em todos os setores (classificação de risco, consultórios, observação adulta e pediátrica, sala de estabilização e sala de medicação), e às equipes de enfermagem, médica, de farmácia e de laboratório. O recém-nascido com até 28 dias com suspeita de infecção é estabilizado e regulado imediatamente para hospital com unidade neonatal, com a primeira dose de antimicrobiano administrada na UPA.

3. DEFINIÇÃO E SIGLÁRIO

- **Infecção sem disfunção**: suspeita ou confirmação de foco infeccioso, com ou sem critérios de resposta inflamatória, sem disfunção orgânica.
- **Sepse**: disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por resposta desregulada do organismo à infecção (Sepse-3, 2016). Para fins de protocolo gerenciado, adota-se a definição operacional do ILAS: suspeita de infecção com pelo menos uma disfunção orgânica nova (Quadro 10.21), sem outra explicação.

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 2 de 15

- **Choque séptico**: sepse com hipotensão que persiste após a ressuscitação volêmica inicial, exigindo vasopressor para manter PAM ≥ 65 mmHg, ou lactato ≥ 4 mmol/L (36 mg/dL) na presença de hipoperfusão.
- **Sepse pediátrica**: suspeita de infecção com disfunção orgânica pelos critérios de Phoenix (2024) – escore ≥ 2 pontos nos sistemas respiratório, cardiovascular, de coagulação e neurológico; choque séptico pediátrico é a sepse com ≥ 1 ponto no componente cardiovascular. Para triagem à beira do leito, o protocolo usa os sinais de alerta por faixa etária do Quadro 10.23.
- **SIRS**: síndrome da resposta inflamatória sistêmica – dois ou mais de: temperatura > 38 °C ou < 36 °C; FC > 90 bpm; FR > 20 irpm ou PaCO2 < 32 mmHg; leucócitos > 12.000 ou < 4.000/mm³ ou > 10% de bastões. Não define sepse, mas é critério de triagem.
- **Tempo zero**: momento do registro da suspeita de sepse (abertura do protocolo), a partir do qual se contam os prazos do pacote da primeira hora.
- **Pacote da primeira hora**: lactato, hemoculturas, antimicrobiano e ressuscitação volêmica, com reavaliação.
- **ILAS**: Instituto Latino-Americano de Sepse. **SSC**: Surviving Sepsis Campaign. **PAM**: pressão arterial média. **PAS**: pressão arterial sistólica. **NEWS/PEWS**: escores de alerta precoce. **TEC**: tempo de enchimento capilar. **CCIRAS**: Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **CFT**: Comissão de Farmácia e Terapêutica. **TRR**: Time de Resposta Rápida. **UTI/UTIP**: unidade de terapia intensiva adulto/pediátrica. **IO**: intraóssea.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: todo usuário com suspeita de infecção (foco identificado ou presumível) que apresente, no adulto, dois ou mais critérios de SIRS, escore NEWS ≥ 5, ou qualquer disfunção orgânica nova; e, na criança, qualquer sinal de alerta do Quadro 10.23. A suspeita pode ser levantada por qualquer profissional e em qualquer setor, e é confirmada ou afastada pelo médico.

Exclusão: usuários em cuidados paliativos exclusivos com plano de cuidados registrado que não inclua medidas de ressuscitação, mantidas as medidas de conforto e o antimicrobiano quando indicado. A infecção sem disfunção não é excluída: segue em acompanhamento com reavaliação e reabre o protocolo se surgir disfunção.

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 3 de 15

5. RESPONSABILIDADES

Quadro 10.20 – Responsabilidades no protocolo de sepse

Quem	Responsabilidades
Enfermeiro (classificação, observação ou sala de estabilização)	Aplicar a triagem de sepse em todo usuário com suspeita de infecção; abrir o protocolo e registrar o tempo zero; classificar como laranja (vermelha se choque); acionar o médico para avaliação em até 10 minutos; iniciar coleta de lactato e hemoculturas conforme rotina; garantir a administração do antimicrobiano em até 1 hora; reavaliar sinais vitais e perfusão a cada 30 minutos na primeira hora e conforme o escore de alerta depois; registrar os horários na ficha.
Médico	Avaliar em até 10 minutos da abertura; confirmar ou afastar a sepse e definir o foco provável; prescrever o pacote da primeira hora, com antimicrobiano do guia empírico; conduzir a ressuscitação volêmica e o vasopressor; reavaliar em 1, 3 e 6 horas; solicitar a regulação para o nível adequado; registrar a classificação final (infecção sem disfunção, sepse, choque séptico, afastado).
Técnico de enfermagem	Aferir sinais vitais e glicemia; puncionar acessos; coletar exames e culturas; administrar o antimicrobiano e os fluidos com registro do horário de início e término; monitorizar; medir e registrar a diurese.
Farmacêutico	Manter o kit sepse (antimicrobianos do guia empírico para adulto e criança, cristaloides, noradrenalina, adrenalina, hidrocortisona) com dispensação prioritária em até 20 minutos da prescrição; conferir dose por peso e função renal; registrar o horário da dispensação.
Laboratório	Processar o lactato com resultado em até 30 minutos; coletar hemoculturas conforme técnica asséptica (dois pares de sítios distintos) antes do antimicrobiano, sem atrasá-lo além de 45 minutos; encaminhar as culturas ao laboratório de referência; comunicar resultados críticos pelo código branco.
CCIRAS e CFT	Elaborar e revisar a cada 6 meses o guia de terapia antimicrobiana empírica por foco, à luz do perfil de sensibilidade local e do programa de gerenciamento de antimicrobianos; avaliar a conformidade das prescrições.
Time de Resposta Rápida	Atender o código amarelo no usuário com sepse em deterioração e o código azul na parada cardiorrespiratória.
Encarregado de qualidade e segurança do paciente de cada UPA, com o apoio da Gerência de Qualidade do ISAC	Apurar os indicadores do ILAS; auditar dez fichas por mês por unidade; conduzir a análise dos óbitos por sepse; revisar o protocolo.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1 Triagem e abertura do protocolo

A triagem de sepse é feita em todo usuário com suspeita de infecção – febre ou hipotermia, calafrios, tosse produtiva ou dispneia, disúria, dor abdominal com febre, ferida infectada, sinais meníngeos, diarreia com febre, ou infecção conhecida em tratamento – na classificação

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 4 de 15

de risco, na admissão à observação e sempre que houver deterioração. No adulto, a triagem é positiva quando há dois ou mais critérios de SIRS, escore NEWS ≥ 5 ou qualquer disfunção orgânica do Quadro 10.21 (ponto S1 do fluxograma). Na criança, quando há qualquer sinal de alerta do Quadro 10.23. A triagem positiva abre o protocolo, registra o tempo zero, atribui a cor laranja (vermelha se houver hipotensão, má perfusão ou rebaixamento de consciência) e aciona o médico, que avalia o usuário em até 10 minutos. O usuário instável é levado à sala de estabilização; os demais, ao consultório prioritário e à observação, onde o pacote é executado.

Quadro 10.21 – Disfunções orgânicas na sepse do adulto

Disfunção orgânica	Critério no adulto
Cardiovascular	PAS < 90 mmHg, PAM < 65 mmHg ou queda de PAS > 40 mmHg em relação ao habitual; tempo de enchimento capilar > 3 s; livedo
Respiratória	SpO2 < 90% em ar ambiente ou necessidade de oxigênio para manter SpO2 ≥ 90%; FR ≥ 22 irpm; PaO2/FiO2 < 300
Neurológica	Rebaixamento do nível de consciência, confusão ou agitação novos; Glasgow < 15 sem outra causa
Renal	Diurese < 0,5 mL/kg/h por 2 horas ou creatinina > 2 mg/dL (ou aumento ≥ 0,5 mg/dL)
Metabólica	Lactato acima do valor de referência (> 2 mmol/L ou > 18 mg/dL)
Hematológica	Plaquetas < 100.000/mm³ ou queda de 50% em 3 dias; RNI > 1,5 ou TTPa > 60 s
Hepática	Bilirrubina total > 2 mg/dL

6.2 Avaliação médica e classificação

O médico faz anamnese e exame físico dirigidos ao foco (pulmonar, urinário, abdominal, pele e partes moles, sistema nervoso central, cateteres e dispositivos, indeterminado) e à presença de disfunção orgânica, e classifica o usuário (ponto S2): **infecção sem disfunção** (tratamento do foco, reavaliação em 1 hora e a cada 6 horas, protocolo reaberto se surgir disfunção), **sepse** ou **choque séptico** (pacote da primeira hora imediato) ou **sepse afastada** (registro da causa alternativa). A avaliação considera as populações de maior risco – idosos, imunossuprimidos, diabéticos, portadores de doença renal ou hepática, usuários de cateteres e sondas, institucionalizados, gestantes e puérperas, esplenectomizados e usuários de drogas injetáveis –, nas quais a apresentação pode ser atípica e o limiar de suspeita é mais baixo.

6.3 Pacote da primeira hora no adulto

O pacote é iniciado imediatamente após a identificação, sem aguardar a confirmação laboratorial, e concluído em até 1 hora do tempo zero.

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 5 de 15

1. **Lactato**: coleta arterial ou venosa imediata, com transporte ao laboratório em até 15 minutos e resultado em até 30 minutos; repetir em 2 a 4 horas se o valor inicial for > 2 mmol/L, para avaliar a depuração.
2. **Culturas**: dois pares de hemoculturas de sítios distintos, e culturas do foco (urocultura, secreção traqueal, líquor, secreção de ferida) antes do antimicrobiano – desde que a coleta não o atrase em mais de 45 minutos.
3. **Antimicrobiano**: prescrição e administração intravenosa, em dose plena e sem ajuste para função renal na primeira dose, em até 1 hora do tempo zero, conforme o guia empírico do Quadro 10.22. A farmácia dispensa em até 20 minutos e o horário de início da infusão é registrado.
4. **Ressuscitação volêmica** (ponto S3): cristaloide (solução salina 0,9% ou Ringer lactato) 30 mL/kg, iniciado na primeira hora e completado em até 3 horas, em todo usuário com hipotensão (PAS < 90 mmHg, PAM < 65 mmHg ou queda > 40 mmHg) ou lactato ≥ 4 mmol/L; nos demais casos de sepse com hipoperfusão, bolus de 500 mL com reavaliação. Em cardiopatas e nefropatas, volumes fracionados com reavaliação a cada 250 a 500 mL; a reposição é orientada por parâmetros dinâmicos (elevação passiva das pernas, resposta da PA e do TEC, diurese, ausculta pulmonar) e interrompida se surgirem sinais de congestão.
5. **Vasopressor** (ponto S4): noradrenalina, iniciada em 0,05 a 0,1 mcg/kg/min e titulada até PAM ≥ 65 mmHg, quando a hipotensão persiste durante ou após a infusão de volume, ou de imediato se a hipotensão for grave – não se toleram períodos de PAM < 65 mmHg superiores a 30 minutos. Pode ser iniciada em acesso venoso periférico calibroso, em veia proximal, por até 6 horas, enquanto se providencia o acesso central no hospital de destino. Vasopressina 0,03 UI/min é o segundo agente, quando disponível; dobutamina é associada na disfunção miocárdica com hipoperfusão persistente. Hidrocortisona 200 mg/dia (50 mg IV 6/6 h) é indicada no choque refratário com noradrenalina ≥ 0,25 mcg/kg/min por mais de 4 horas.
6. **Exames de disfunção**: gasometria, hemograma, creatinina e ureia, sódio e potássio, bilirrubinas, coagulograma, glicemia, urina tipo 1, radiografia de tórax e ECG, conforme o foco.
7. **Oxigênio e suporte**: oxigênio para SpO2 de 92% a 96%; intubação orotraqueal sem postergação na insuficiência respiratória com hipoperfusão (indução com cetamina ou etomidato, que preservam a hemodinâmica); ventilação protetora com volume corrente

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 6 de 15

de 6 mL/kg de peso predito e pressão de platô < 30 cmH2O; glicemia mantida abaixo de 180 mg/dL; controle do foco (retirada de cateter infectado, drenagem de abscesso acessível) assim que possível.

6.4 Terapia antimicrobiana empírica

O guia empírico é definido pela CCIRAS e pela Comissão de Farmácia e Terapêutica das UPAs, com base no perfil de sensibilidade da região e no programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos, publicado até o 6º mês de operação e revisto a cada 6 meses. Até lá vale o esquema de referência do ISAC do Quadro 10.22, para adultos com função renal normal. A escolha considera o foco, a gravidade, o risco de patógeno multirresistente (internação ou antimicrobiano nos últimos 90 dias, institucionalização, diálise, colonização conhecida) e alergias. O esquema é reavaliado em 48 a 72 horas, ou assim que houver resultado de cultura, para descalonamento.

Quadro 10.22 – Antibioticoterapia empírica no adulto

Foco provável	Esquema de referência (adulto)	Observações
Pulmonar comunitário	Ceftriaxona 2 g IV 1x/dia + azitromicina 500 mg IV ou VO 1x/dia	Se choque ou risco de Pseudomonas (bronquiectasia, DPOC grave, corticoide): piperacilina-tazobactam 4,5 g IV 6/6 h + azitromicina; oseltamivir se suspeita de influenza
Urinário comunitário	Ceftriaxona 2 g IV 1x/dia	Se choque, sonda vesical ou infecção urinária recente: piperacilina-tazobactam 4,5 g IV 6/6 h ou cefepime 2 g IV 8/8 h; considerar amicacina 15 mg/kg/dia se função renal normal
Abdominal	Ceftriaxona 2 g IV 1x/dia + metronidazol 500 mg IV 8/8 h	Se choque ou cirurgia recente: piperacilina-tazobactam 4,5 g IV 6/6 h; controle cirúrgico do foco pelo hospital de destino
Pele e partes moles	Oxacilina 2 g IV 4/4 h (celulite, erisipela); + ceftriaxona e clindamicina 600–900 mg IV 8/8 h na fasciite necrosante ou infecção grave	Vancomicina 25–30 mg/kg IV (ataque) se risco de MRSA comunitário (abscessos recorrentes, uso de drogas injetáveis, institucionalizado); fasciite exige desbridamento urgente
Sistema nervoso central	Ceftriaxona 2 g IV 12/12 h + dexametasona 10 mg IV 6/6 h (antes ou junto da primeira dose)	Ampicilina 2 g IV 4/4 h se > 50 anos, gestante ou imunossuprimido (Listeria); aciclovir se suspeita de encefalite herpética; punção lombar não deve atrasar o antimicrobiano
Foco indeterminado, comunitário	Ceftriaxona 2 g IV 1x/dia + azitromicina 500 mg 1x/dia (ou metronidazol se suspeita abdominal)	Se choque: piperacilina-tazobactam 4,5 g IV 6/6 h ± vancomicina

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 7 de 15

Foco provável	Esquema de referência (adulto)	Observações
Risco de multirresistência (internação ou antimicrobiano < 90 dias, institucionalizado, diálise, dispositivo)	Piperacilina-tazobactam 4,5 g IV 6/6 h ou cefepime 2 g IV 8/8 h ± vancomicina 25–30 mg/kg IV (ataque)	Meropenem 1 g IV 8/8 h se colonização por bactéria produtora de ESBL conhecida; ajustar após culturas

6.5 Reavaliação e metas

O usuário em pacote é reavaliado pelo médico e pelo enfermeiro em 1 hora, 3 horas e 6 horas do tempo zero, e a cada 30 minutos enquanto estiver em vasopressor ou com lactato ≥ 4 mmol/L, com registro na ficha: PA e PAM, FC, FR, SpO2, nível de consciência, TEC, diurese (sonda vesical de demora no choque), temperatura, lactato seriado e resposta a fluidos. As metas da ressuscitação são PAM ≥ 65 mmHg, diurese ≥ 0,5 mL/kg/h, TEC ≤ 3 segundos, melhora do nível de consciência e redução do lactato em pelo menos 20% a cada 2 horas. A ausência de resposta em 3 horas, a necessidade de vasopressor, a insuficiência respiratória ou duas ou mais disfunções indicam terapia intensiva.

6.6 Regulação e transferência

O médico solicita a regulação assim que a sepse é confirmada, em até 60 minutos do tempo zero, informando o foco, as disfunções, o lactato e o tratamento em curso. O choque séptico e a sepse com necessidade de ventilação mecânica ou com duas ou mais disfunções são regulados para leito de terapia intensiva; a sepse sem choque, para enfermaria hospitalar; a infecção sem disfunção pode ser tratada na observação da UPA por até 24 horas, com alta e contrarreferência quando o quadro permitir. Enquanto aguarda a vaga, o usuário permanece na sala de estabilização ou na observação com o tratamento pleno, e a demora é escalonada conforme o capítulo 2 da Proposta Técnica e registrada como fato alheio (item 8.3.7 do Termo de Referência). O transporte do usuário em vasopressor ou em ventilação mecânica é feito pelo SAMU 192 em suporte avançado.

6.7 Sepse na criança

Na criança, a hipotensão é um sinal tardio; o reconhecimento se apoia na perfusão, na frequência cardíaca e no estado mental. A triagem é positiva, e o protocolo pediátrico aberto, quando há suspeita de infecção e qualquer sinal de alerta do Quadro 10.23. O pediatra avalia em até 10 minutos e confirma a sepse pelos critérios de Phoenix ou pela presença clínica de

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 8 de 15

disfunção; a criança com sinais de choque é levada à sala de estabilização, no leito reservado à pediatria na UPA Norte ou no leito disponível na UPA Sul.

Quadro 10.23 – Sinais de alerta de sepse na criança

Faixa etária	FC de alerta (bpm)	FR de alerta (irpm)	PAS de hipotensão (mmHg)	Sinais de alerta comuns a todas as idades
29 dias a 1 ano	> 180 ou < 90	> 50	< 70	Febre > 38,5 °C ou hipotermia < 36 °C TEC > 2 s (choque frio) ou pulsos amplos com extremidades quentes e TEC em flash (choque quente) Pulsos periféricos fracos ou diferença entre pulso central e periférico Letargia, irritabilidade inconsolável, alteração do estado mental Petéquias ou púrpura; moteamento; cianose Diurese < 1 mL/kg/h; recusa alimentar Desconforto respiratório ou SpO2 < 92%
1 a 5 anos	> 140 ou < 80	> 40	< 70 + (2 × idade em anos)	
6 a 12 anos	> 130 ou < 70	> 30	< 90	
13 a 17 anos	> 110 ou < 60	> 25	< 90	

O pacote da primeira hora pediátrico (contado do tempo zero) compreende:

1. Oxigênio suplementar; monitorização; acesso venoso periférico em até 5 minutos – se não obtido, acesso intraósseo.
2. Glicemia capilar e correção da hipoglicemia (glicose 10% 2 a 5 mL/kg); correção da hipocalcemia quando documentada.
3. Hemocultura (um ou dois pares, conforme o peso) e culturas do foco, sem atrasar o antimicrobiano.
4. Antimicrobiano intravenoso em até 1 hora: ceftriaxona 100 mg/kg/dia (máximo 4 g/dia, em 1 ou 2 doses) como base para foco comunitário; oxacilina 200 mg/kg/dia 6/6 h associada na infecção de pele e partes moles ou osteoarticular; ceftriaxona 100 mg/kg/dia 12/12 h com dexametasona 0,15 mg/kg 6/6 h na meningite; ampicilina 200 mg/kg/dia 6/6 h + gentamicina 7,5 mg/kg/dia (ou cefotaxima) em lactentes de 29 dias a 3 meses; vancomicina 15 mg/kg 6/6 h associada no choque séptico grave, na suspeita de MRSA comunitário ou na síndrome do choque tóxico; esquema do Quadro 10.22 com dose ajustada ao peso, até a publicação do guia local da CCIRAS e da CFT.

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 9 de 15

5. Ressuscitação volêmica: cristaloide 10 a 20 mL/kg em bolus de 5 a 20 minutos, com reavaliação após cada bolus (FC, TEC, pulsos, nível de consciência, hepatomegalia, estertores, diurese), repetido até 40 a 60 mL/kg na primeira hora, interrompido diante de sinais de sobrecarga. Em crianças com desnutrição grave ou anemia grave, bolus de 10 mL/kg com reavaliação mais rigorosa.
6. Droga vasoativa, se o choque persistir após 40 a 60 mL/kg ou houver sinais de sobrecarga: adrenalina 0,05 a 0,3 mcg/kg/min no choque frio (TEC prolongado, pulsos finos, extremidades frias) e noradrenalina 0,05 a 0,3 mcg/kg/min no choque quente (TEC em flash, pulsos amplos, hipotensão diastólica), ambas por acesso periférico ou intraósseo, diluídas, enquanto não há acesso central. A hidrocortisona 50 mg/m²/dia (ou 2 mg/kg de ataque) é indicada no choque refratário a catecolaminas ou em crianças com risco de insuficiência adrenal (uso crônico de corticoide, púrpura fulminante).
7. Metas da primeira hora: TEC ≤ 2 segundos; pulsos centrais e periféricos iguais; extremidades aquecidas; PAS normal para a idade; diurese ≥ 1 mL/kg/h; estado mental normal; lactato em queda.
8. Regulação imediata para UTI pediátrica em toda criança com choque séptico ou com necessidade de droga vasoativa ou de suporte ventilatório; transporte pelo SAMU 192 em suporte avançado. A sepse pediátrica sem choque é regulada para leito pediátrico hospitalar.

A ficha do protocolo pediátrico registra o peso (real ou estimado), as doses calculadas, os volumes de cada bolus e as reavaliações, além dos horários do pacote.

6.8 Registro e fluxograma

A ficha do protocolo (Anexo II) é aberta pelo enfermeiro no tempo zero e encerrada pelo médico com a classificação final e o desfecho; ela alimenta os indicadores e a base de dados do ILAS, ao qual as UPAs Norte e Sul aderem como instituições participantes. O Anexo I apresenta o fluxograma, com os pontos de decisão S1 a S4.

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 10 de 15

7. INDICADORES

Quadro 10.24 – Indicadores do protocolo de sepse

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Antimicrobiano em até 1 h	Usuários com sepse ou choque com antimicrobiano administrado em até 60 min do tempo zero ÷ usuários com sepse ou choque × 100	≥ 80% (1º semestre); ≥ 90% (a partir do 2º semestre)	Mensal
Lactato coletado em até 1 h	Usuários com lactato coletado em até 60 min ÷ usuários com protocolo aberto × 100	≥ 90%	Mensal
Hemocultura antes do antimicrobiano	Usuários com hemocultura coletada antes da primeira dose ÷ usuários com sepse ou choque × 100	≥ 90%	Mensal
Volume de 30 mL/kg iniciado na 1ª hora	Usuários com hipotensão ou lactato ≥ 4 com cristaloide iniciado em até 60 min ÷ usuários com essa indicação × 100	≥ 90%	Mensal
Conformidade do pacote da 1ª hora	Usuários com todos os itens aplicáveis do pacote cumpridos no prazo ÷ usuários com sepse ou choque × 100	≥ 70%	Mensal
Avaliação médica em até 10 min da abertura	Protocolos com avaliação médica registrada em até 10 min ÷ protocolos abertos × 100	≥ 90%	Mensal
Conformidade do antimicrobiano com o guia	Prescrições conforme o guia empírico (ou justificativa registrada) ÷ prescrições × 100	≥ 90%	Mensal
Letalidade por sepse e por choque séptico (na UPA e em 28 dias, quando informada)	Óbitos ÷ casos × 100, por categoria	Monitorar; análise de cada óbito pelo NSP; comparação com a série do ILAS	Mensal

8. REFERÊNCIAS

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. Implementação de protocolo gerenciado de sepse: protocolo clínico – atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico. São Paulo: ILAS, 2019 (revisão vigente).

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. Protocolo clínico pediátrico – Campanha de Sobrevivência à Sepse. São Paulo: ILAS, 2019; e Nota técnica sobre as novas definições de sepse e choque séptico em pediatria – critérios de Phoenix, 2024.

EVANS, L. et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Critical Care Medicine, v. 49, n. 11, p. e1063-e1143, 2021.

WEISS, S. L. et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children. Pediatric Critical Care Medicine, v. 21, n. 2, p. e52-e106, 2020.

SINGER, M. et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, v. 315, n. 8, p. 801-810, 2016.

SCHLAPBACH, L. J. et al. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA, v. 331, n. 8, p. 665-674, 2024.

GOLDSTEIN, B.; GIROIR, B.; RANDOLPH, A. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. Pediatric Critical Care Medicine, v. 6, n. 1, p. 2-8, 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA. Protocolo de Sepse (modelo institucional) e Protocolo de Sepse e Choque Séptico em Pediatria do Hospital Municipal de Araguaína. ISAC, Diretoria Técnica.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir dos protocolos institucionais do ISAC e das diretrizes vigentes	Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem das UPAs

10. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem (Responsáveis Técnicos) das UPAs Norte e Sul	Especialista da área, designado pelos Diretores Técnicos das UPAs	Gerência de Qualidade do ISAC	Superintendência Técnica do ISAC

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 12 de 15

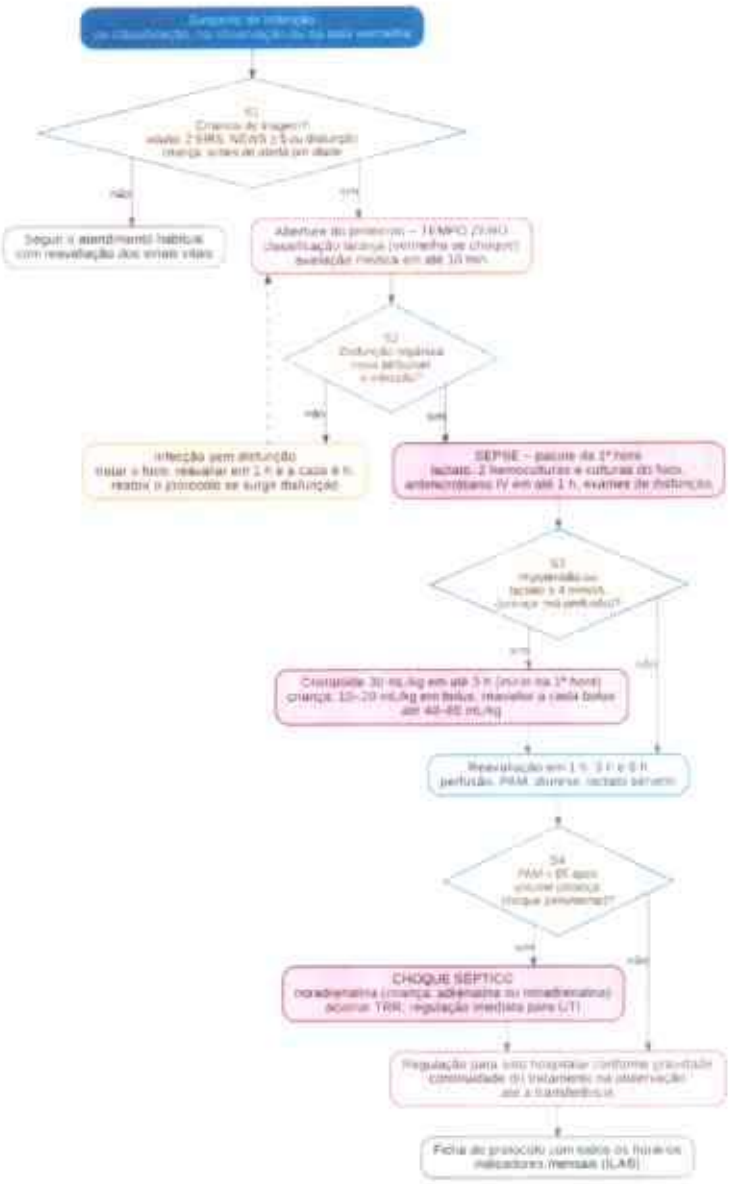
Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero, a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 13 de 15

Anexo I – Fluxograma do protocolo



PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 14 de 15

Figura 10.5 – Fluxograma da sepse

PROTOCOLO

SEPSE E CHOQUE SÉPTICO NO ADULTO E NA CRIANÇA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.004	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 15 de 15

Anexo II – Ficha de registro do protocolo (campos do prontuário eletrônico)

Bloco	Campos
Identificação	Nome, data de nascimento, CNS, peso (real ou estimado), alergias, comorbidades e fatores de risco, uso recente de antimicrobiano ou internação
Tempo zero	Data e hora da abertura do protocolo; setor; profissional; critérios de triagem presentes (SIRS / NEWS / disfunção / sinais pediátricos)
Avaliação médica	Horário; foco provável; disfunções orgânicas presentes; classificação (infecção sem disfunção / sepse / choque séptico / afastado); Phoenix (criança)
Sinais vitais e perfusão	PA, PAM, FC, FR, SpO2, temperatura, Glasgow, TEC, diurese – no tempo zero, em 1 h, 3 h e 6 h e a cada 30 min em vasopressor
Lactato	Horário de coleta e resultado; 2ª dosagem (horário e resultado)
Culturas	Hemoculturas (horário, número de pares, antes do antimicrobiano? sim/não); outras culturas
Antimicrobiano	Fármaco, dose, horário da prescrição, da dispensação e do início da infusão; conformidade com o guia (sim/não/justificativa)
Volume	Cristaloide: volume por bolus, horário de início e término, volume total por kg; sinais de sobrecarga (sim/não)
Vasopressor e outros	Noradrenalina/adrenalina: horário de início, dose máxima, via; hidrocortisona; oxigênio; intubação (horário); sonda vesical
Regulação e desfecho	Horário da solicitação; destino (UTI / enfermaria / observação); horário de saída; alta com contrarreferência; óbito (horário); médico responsável

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 1 de 14

10.8 Protocolo 5 — Atendimento Inicial ao Trauma

Código PRT.DIRTE.SED.005 · versão 00 (minuta) · documento de 3º nível (procedimento) na hierarquia da Norma Zero, modelo do Anexo VII.

1. OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Padronizar o atendimento à vítima de trauma nas UPAs Norte e Sul: reconhecer na chegada a vítima de trauma grave; realizar a avaliação primária sistematizada e as intervenções que salvam a vida; transferir sem atraso para o hospital de referência em trauma, pelo Complexo Regulador Estadual e pelo SAMU 192; e resolver com qualidade, na própria unidade, o trauma menor e as lesões musculoesqueléticas que representam mais de um décimo dos atendimentos das duas unidades.

As causas externas são a principal causa de morte entre 1 e 39 anos no Brasil. Nas UPAs Norte e Sul, os atendimentos com diagnóstico ortopédico ou traumatológico representam, no mínimo, 12,9% e 14,0% do total, e as unidades recebem tanto a vítima trazida pelo SAMU 192 quanto a que chega por meios próprios após acidente de trânsito, queda ou agressão. A UPA não é hospital de trauma: não realiza cirurgia, tomografia nem transfusão. Sua contribuição para a sobrevida está em reconhecer o trauma grave, fazer bem e rápido o que pode ser feito e não reter o usuário além do necessário – a "hora de ouro" começa na cena e não na porta do hospital.

2. APLICABILIDADE

Aplica-se a todos os usuários vítimas de trauma mecânico, térmico, elétrico ou químico atendidos nas UPAs Norte e Sul, de qualquer idade, e às equipes de portaria, recepção, enfermagem, médica (clínica, pediátrica e ortopédica), de radiologia, de farmácia, de serviço social e de transporte.

3. DEFINIÇÃO E SIGLÁRIO

- **Trauma grave**: lesão traumática com risco de morte ou de sequela permanente, identificada por critério fisiológico, anatômico ou de mecanismo (Quadro 10.26), ou politrauma (lesões em dois ou mais sistemas com pelo menos uma ameaçadora à vida).
- **Avaliação primária XABCDE**: sequência de avaliação e tratamento simultâneos das lesões que matam primeiro – X: hemorragia exsanguinante; A: via aérea com proteção

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 2 de 14

da coluna cervical; B: ventilação; C: circulação e controle de hemorragia; D: estado neurológico; E: exposição e controle da hipotermia.

- **Avaliação secundária**: exame completo da cabeça aos pés, com história, após a estabilização das funções vitais.
- **Hora de ouro**: período após o trauma em que o tratamento definitivo da hemorragia e das lesões ameaçadoras à vida tem maior impacto na sobrevida; orienta a meta de porta-saída de 60 minutos.
- **TCE**: traumatismo cranioencefálico, classificado pela escala de coma de Glasgow em leve (14–15), moderado (9–13) e grave (3–8).
- **Código Trauma**: acionamento padronizado da equipe da sala de estabilização e da regulação para a vítima de trauma grave.
- **ATLS**: Advanced Trauma Life Support. **PHTLS**: Prehospital Trauma Life Support. **SCQ**: superfície corporal queimada. **CTQ**: centro de tratamento de queimados. **SRI**: sequência rápida de intubação. **CRU**: Central de Regulação das Urgências. **SAMU**: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **FAST**: ultrassonografia focada no trauma. **CAT**: Comunicação de Acidente de Trabalho. **IML**: Instituto Médico-Legal. **SBAR**: situação, background, avaliação e recomendação (padrão de passagem de caso).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: todo usuário com lesão traumática aguda – acidente de trânsito, queda, agressão, ferimento por arma branca ou de fogo, esmagamento, afogamento com trauma associado, queimadura, choque elétrico, mordedura, corpo estranho – independentemente da gravidade aparente. **Exclusão**: não há; o protocolo define percursos distintos para o trauma grave (Código Trauma) e para o trauma menor, e o usuário pode migrar de um para o outro conforme a evolução.

5. RESPONSABILIDADES

Quadro 10.25 – Responsabilidades no protocolo de trauma

Quem	Responsabilidades
Portaria e recepção	Encaminhar diretamente à sala de estabilização toda vítima com sinais evidentes de gravidade ou trazida pelo SAMU 192, pelo Corpo de Bombeiros ou pela polícia após acidente grave; acionar o enfermeiro; completar o cadastro depois; registrar a forma de chegada e quem trouxe o usuário.

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 3 de 14

Quem	Responsabilidades
Enfermeiro da classificação	Aplicar os critérios de triagem do trauma (Quadro 10.26); ativar o Código Trauma; classificar (vermelha se critério fisiológico; laranja se anatômico ou de mecanismo); no trauma menor, classificar pela dor, pela hemorragia e pela deformidade; registrar mecanismo, horário do trauma e horário da chegada.
Médico líder (clínico da sala de estabilização)	Conduzir a avaliação primária e as intervenções; decidir a transferência; solicitar a regulação em até 20 minutos da chegada; realizar a avaliação secundária enquanto aguarda; fazer a passagem de caso; registrar a ficha do trauma.
Ortopedista	Avaliar e tratar as lesões musculoesqueléticas; reduzir luxações e fraturas simples; confeccionar imobilizações e aparelhos gessados; definir o encaminhamento à ortopedia hospitalar; apoiar o médico líder no politrauma.
Pediatra	Assumir ou apoiar o atendimento da criança traumatizada; calcular doses e volumes por peso; definir o encaminhamento a hospital pediátrico.
Enfermeiro da sala de estabilização	Coordenar a equipe de enfermagem do Código Trauma; garantir materiais e equipamentos (aspirador, via aérea difícil, colar, prancha, cinta pélvica, torniquete, aquecedor de fluidos, drenagem torácica); registrar horários; organizar a transferência.
Técnicos de enfermagem (dois por atendimento)	Monitorizar; puncionar dois acessos calibrosos; coletar exames; administrar fluidos e medicamentos; imobilizar; controlar hemorragias por compressão; aquecer o usuário; anotar horários.
Técnico em radiologia	Realizar as radiografias na sala de estabilização (tórax, pelve) e as demais, com prioridade no Código Trauma e meta de 30 minutos no trauma de membros.
Farmacêutico	Manter o kit trauma (ácido tranexâmico, analgésicos opioides e não opioides, cetamina, sedativos e bloqueador neuromuscular para SRI, cefazolina, soro antitetânico e vacina dupla adulto conforme rede de frio, cristaloides) com dispensação prioritária.
Serviço social	Acolher a família; identificar situações de violência e acionar a rede de proteção; providenciar a notificação compulsória com o médico; orientar sobre a CAT e sobre o registro policial quando cabível.
Diretor Técnico e Encarregado de qualidade e segurança do paciente	Apurar os indicadores; auditar dez fichas por mês por unidade; analisar óbitos e transferências tardias; revisar o protocolo.

6. DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES

6.1 Triagem do trauma e ativação do Código Trauma

Na chegada, o enfermeiro aplica, na ordem, os critérios fisiológicos, anatômicos e de mecanismo do Quadro 10.26, adaptados da diretriz nacional norte-americana de triagem de campo (2021). Um critério fisiológico ou anatômico ativa o Código Trauma e leva o usuário à sala de estabilização (ponto T1 do fluxograma); um critério de mecanismo ou de população especial ativa o Código Trauma com classificação laranja e avaliação médica imediata, que decide entre a sala de estabilização e o consultório. A ativação reúne, em até 5 minutos, o

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 4 de 14

médico líder, o enfermeiro e dois técnicos da sala de estabilização, aciona a radiologia e avisa a coordenação do plantão, que já prepara a regulação.

Quadro 10.25 – Critérios de triagem do trauma

Critérios	Achados
Fisiológicos → vermelha e Código Trauma	Glasgow ≤ 13 ou incapacidade de obedecer a comandos PAS < 90 mmHg (ou < 110 mmHg em maiores de 65 anos); FC > PAS FR < 10 ou > 29 irpm (< 20 irpm em menores de 1 ano); necessidade de suporte ventilatório SpO2 < 90%
Anatômicos → vermelha ou laranja e Código Trauma	Ferimento penetrante em cabeça, pescoço, tronco ou extremidades proximais ao cotovelo ou ao joelho Tórax instável ou deformidade torácica Duas ou mais fraturas de ossos longos proximais Esmagamento, desenluvamento, mutilação ou amputação proximal ao punho ou ao tornozelo Suspeita de fratura de pelve Fratura exposta ou deformidade com ausência de pulso Paralisia ou déficit sensitivo novo Queimadura de 2º ou 3º grau ≥ 20% da SCQ (≥ 10% na criança e no idoso), ou de via aérea, face, mãos, pés, genitais ou circunferencial
Mecanismo → laranja e Código Trauma com avaliação médica imediata	Queda de altura > 6 m no adulto ou > 3 m (ou mais de duas vezes a altura) na criança Colisão automobilística com ejeção, morte de ocupante, intrusão > 30 cm no habitáculo ou capotamento Atropelamento de pedestre ou ciclista arremessado ou atropelado a > 30 km/h Acidente de motocicleta a > 30 km/h ou com separação do veículo Explosão, soterramento
Populações especiais → cor mínima laranja e limiar mais baixo para o Código Trauma	Idade ≥ 65 anos ou < 5 anos Uso de anticoagulante ou antiagregante Gestante com 20 semanas ou mais Queimadura com trauma associado Suspeita de violência

6.2 Avaliação primária e intervenções imediatas (XABCDE)

A avaliação primária é feita pelo médico líder com a equipe, na sequência XABCDE, tratando cada problema assim que é identificado (ponto T2). A passagem de caso do SAMU (mecanismo, sinais vitais na cena, intervenções, horários) é recebida pelo médico e pelo enfermeiro sem interrupção do atendimento.

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 5 de 14

Quadro 10.27 – Avaliação primária e intervenções

Etapa	Avaliação	Intervenções na UPA
X – Hemorragia exsanguinante	Sangramento externo volumoso e ativo	Compressão direta; curativo compressivo; torniquete em membro (registrar o horário de aplicação, revisar em 2 horas) quando a compressão não controla; compressão de ferida juncional com gaze
A – Via aérea e coluna cervical	Fala; ruídos; corpo estranho; sangue e vômito; queimadura de face; trauma cervical	Estabilização manual e colar cervical; aspiração; manobra de tração da mandíbula; cânula orofaríngea; intubação orotraqueal por SRI (cetamina 1–2 mg/kg ou etomidato 0,3 mg/kg + succinilcolina 1,5 mg/kg ou rocurônio 1,2 mg/kg) se Glasgow ≤ 8, obstrução, queimadura de via aérea ou insuficiência respiratória; cricotireoidostomia por punção ou cirúrgica se via aérea impossível
B – Ventilação	FR, simetria, esforço, murmúrio, percussão, enfisema subcutâneo, SpO2	Oxigênio a 15 L/min em máscara com reservatório; descompressão imediata do pneumotórax hipertensivo por punção com agulha calibrosa no 5º espaço intercostal, linha axilar anterior (ou 2º espaço, linha hemiclavicular), seguida de drenagem torácica em selo d'água; curativo de três pontas no ferimento aberto do tórax; ventilação assistida no tórax instável com insuficiência respiratória
C – Circulação	Pulso, PA, perfusão, cor, TEC, sangramento oculto (tórax, abdome, pelve, ossos longos, retroperitônio)	Dois acessos venosos calibrosos (intraósseo se falha em 90 s); cristaloide aquecido a 39 °C, 1 L no adulto (20 mL/kg na criança), com reavaliação e restrição de volume adicional se a resposta for transitória ou ausente (hipotensão permissiva com PAS 80–90 mmHg, exceto no TCE, em que se mantém PAS ≥ 110 mmHg); ácido tranexâmico 1 g IV em 10 min nas primeiras 3 horas do trauma com hemorragia significativa ou choque (15 mg/kg na criança), seguido de 1 g em 8 h; cinta pélvica na suspeita de fratura de pelve; alinhamento e imobilização de fraturas de ossos longos; FAST quando houver ultrassonografista presente
D – Neurológico	Glasgow, pupilas, sinais de lateralização, glicemia, nível de consciência ao longo do tempo	Correção de hipoglicemia; oxigenação e pressão arterial adequadas (evitar hipóxia e hipotensão no TCE); cabeceira a 30° após excluir hipotensão; sinais de herniação (anisocoria, postura anormal): hiperventilação breve para PaCO2 de 30–35 mmHg e solução salina hipertônica 3% (250 mL) ou manitol 0,5–1 g/kg como ponte para a transferência
E – Exposição	Despir completamente; rolamento em bloco com exame do dorso e da coluna; toque retal e vaginal apenas com indicação	Prevenção da hipotermia: cobertores, manta térmica, fluidos aquecidos, ambiente aquecido; temperatura registrada

Os exames da sala de estabilização são a radiografia de tórax e de pelve, a glicemia, o hemograma, a tipagem sanguínea, o coagulograma, a gasometria com lactato, a creatinina e

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 6 de 14

o teste de gravidez em mulheres em idade fértil. Nenhum exame atrasa a solicitação de regulação nem a saída da unidade no trauma grave.

6.3 Regulação e transferência do trauma grave

Toda vítima com Código Trauma ativado por critério fisiológico ou anatômico é regulada para o hospital de referência em trauma – definido pelo Complexo Regulador Estadual (em Palmas, o Hospital Geral de Palmas), com quem a Diretoria Técnica de cada UPA alinha a pré-notificação no primeiro mês de operação – com solicitação em até 20 minutos da chegada e pré-notificação ao hospital, informando mecanismo, horário do trauma, sinais vitais, Glasgow, lesões identificadas, intervenções, volume infundido, ácido tranexâmico e horário do torniquete. O transporte é feito pelo SAMU 192 em suporte avançado; a meta de porta-saída é de 60 minutos. Ativações por mecanismo sem lesão identificada na avaliação médica podem ser mantidas em observação por 6 a 12 horas com reavaliações seriadas, e transferidas se surgir qualquer alteração. Situações que exigem transferência mesmo sem instabilidade: TCE com indicação de tomografia; suspeita de lesão de coluna com déficit; trauma torácico ou abdominal penetrante; fratura de pelve; fratura exposta; amputação; síndrome compartimental; luxação irredutível; lesão vascular; queimadura com critério de CTQ; gestante com 20 semanas ou mais com trauma abdominal.

A passagem de caso segue o padrão SBAR, com a ficha do trauma, as radiografias, os resultados de exames e, na amputação, a parte amputada envolta em gaze úmida com solução salina, em saco plástico fechado, sobre gelo (sem contato direto). Enquanto aguarda a vaga, o usuário permanece na sala de estabilização com reavaliação primária a cada 15 minutos, e a demora é escalonada conforme o capítulo 2 da Proposta Técnica e registrada como fato alheio.

6.4 Avaliação secundária

A avaliação primária e a secundária seguem a sequência do procedimento institucional de avaliação do trauma do ISAC, baseado no ATLS, acrescido aqui do passo X (hemorragia exsanguinante), dos critérios de triagem e das metas de tempo próprias da UPA.

Concluída a avaliação primária e enquanto se aguarda o transporte – ou, no trauma menor, desde o início –, o médico realiza a avaliação secundária: história pelo acrônimo AMPLE (alergias; medicamentos em uso; passado médico e cirúrgico; líquidos e alimentos – última ingestão; eventos e ambiente do trauma), exame físico completo da cabeça aos pés, radiografias dirigidas, analgesia, imobilizações e curativos definitivos, sondagens quando

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 7 de 14

indicadas (sonda vesical contraindicada com sangue no meato, hematoma perineal ou próstata elevada) e reavaliação contínua dos sinais vitais.

Quadro 10.28 – Cuidados da avaliação secundária

Cuidado	Conduta
Analgesia	Dipirona 1 g IV ou paracetamol; morfina 0,05–0,1 mg/kg IV titulada ou fentanil 1 mcg/kg IV no trauma moderado e grave; cetamina 0,1–0,3 mg/kg IV como alternativa no usuário hipotenso; bloqueio anestésico regional pelo ortopedista quando aplicável; anti-inflamatório não esteroidal apenas no trauma menor em usuário sem choque, sem lesão renal e sem risco de sangramento
Profilaxia do tétano	Conforme o Quadro 10.29, para todo ferimento; registro da situação vacinal e da conduta na ficha
Antibiótico	Fratura exposta: cefazolina 2 g IV (3 g se > 120 kg; 30 mg/kg na criança) em até 1 hora da chegada, associada a gentamicina 5 mg/kg/dia nas fraturas com contaminação grosseira; ferimentos por mordedura de mamífero: amoxicilina-clavulanato; ferimentos penetrantes de tórax ou abdome: conforme o hospital de destino
Imobilização	Colar cervical e prancha apenas durante a avaliação e o transporte, com retirada precoce da prancha; talas e imobilizações provisórias após alinhamento, com verificação de pulso, sensibilidade e motricidade antes e depois
Ferimentos	Limpeza com solução salina abundante; anestesia local; exploração; remoção de corpos estranhos visíveis; sutura primária em até 6 a 8 horas (até 24 horas na face) quando limpos; cicatrização por segunda intenção ou sutura tardia nos ferimentos contaminados, com mais de 8 horas ou por mordedura (exceto face); curativo e orientação
Notificação	Violência interpessoal ou autoprovocada, acidente de trabalho grave e acidente com animal peçonhento são de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 217/2023); a notificação é preenchida pelo médico com apoio do serviço social e enviada à vigilância em até 24 horas

Quadro 10.29 – Profilaxia do tétano

História vacinal (doses de toxoide tetânico)	Ferimento limpo e superficial	Ferimento com risco de tétano (sujo, profundo, com corpo estranho, esmagamento, queimadura, mordedura, > 6 h)
Desconhecida ou menos de 3 doses	Vacina (dT ou dTpa) e completar o esquema	Vacina + imunoglobulina antitetânica 250 UI IM (ou soro antitetânico 5.000 UI após teste, se a imunoglobulina não estiver disponível)
3 doses ou mais, última há menos de 5 anos	Nada	Nada
3 doses ou mais, última entre 5 e 10 anos	Nada	Vacina (reforço)
3 doses ou mais, última há mais de 10 anos	Vacina (reforço)	Vacina (reforço); imunoglobulina apenas em imunodeprimidos, desnutridos graves ou idosos com ferimento de alto risco

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 8 de 14

6.5 Traumatismo cranioencefálico

O TCE moderado e grave (Glasgow ≤ 13) segue o Código Trauma, com atenção à via aérea, à prevenção de hipóxia e hipotensão e à transferência para hospital com tomografia e neurocirurgia. No TCE leve (Glasgow 14 a 15), o médico aplica os critérios da regra canadense de tomografia (ponto T3): Glasgow < 15 duas horas após o trauma; suspeita de fratura aberta ou com afundamento; qualquer sinal de fratura de base de crânio; dois ou mais episódios de vômito; idade ≥ 65 anos; amnésia retrógrada superior a 30 minutos; mecanismo perigoso (atropelamento, ejeção, queda de mais de 1 metro ou de cinco degraus); além de anticoagulação ou coagulopatia, convulsão pós-traumática, déficit focal e intoxicação que impeça a avaliação. A presença de qualquer critério indica transferência regulada para tomografia. Na ausência de critérios, o usuário permanece em observação por 6 horas com avaliação neurológica a cada 2 horas e recebe alta com orientações escritas ao acompanhante sobre sinais de alarme (sonolência, vômitos, cefaleia progressiva, convulsão, confusão, assimetria de força) e retorno imediato. Na criança, aplicam-se os critérios PECARN, com observação de 4 a 6 horas nos casos intermediários.

6.6 Trauma musculoesquelético e ferimentos: o trauma menor

A maior parte das vítimas de trauma que chegam às UPAs tem lesões de membros, ferimentos e contusões que a própria unidade resolve (ponto T4). O atendimento segue: avaliação neurovascular do membro (pulso, perfusão, sensibilidade, motricidade) antes e depois de qualquer manipulação; radiografia em duas incidências, incluindo as articulações adjacentes, com meta de 30 minutos entre a solicitação e a imagem; analgesia precoce; redução de luxações simples (ombro, cotovelo, dedos, patela) pelo ortopedista sob analgesia e sedação, com radiografia de controle; alinhamento e imobilização de fraturas com tala gessada ou aparelho gessado, confeccionados pelo ortopedista com o técnico de imobilização, com orientação escrita sobre sinais de compressão; suturas e curativos; e retorno programado na própria UPA para reavaliação, retirada de pontos ou troca de imobilização, registrado como retorno e não como novo atendimento. São encaminhados à ortopedia hospitalar, pela regulação: fraturas expostas, fraturas instáveis ou com desvio que exigem cirurgia, fraturas de fêmur, de quadril e de pelve, luxações irredutíveis, lesões vasculares ou nervosas, síndrome compartimental (dor desproporcional, parestesia, dor à extensão passiva) e fraturas em crianças com envolvimento de placa de crescimento com desvio. O usuário com fratura de

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 9 de 14

quadril, em geral idoso, é regulado com prioridade, porque a cirurgia em até 48 horas reduz a mortalidade.

6.7 Queimaduras

O atendimento inicial interrompe o processo de queimadura (remoção de roupas e adornos, resfriamento com água corrente em temperatura ambiente por 20 minutos, útil até 3 horas após o evento, sem gelo), protege a via aérea (queimadura de face, vibrissas chamuscadas, rouquidão e escarro carbonáceo indicam intubação precoce), estima a superfície corporal queimada (regra dos nove no adulto, tabela de Lund-Browder na criança, palma da mão do usuário como 1%) e a profundidade, e inicia a reposição volêmica com Ringer lactato pela fórmula de Parkland (2 a 4 mL/kg por % de SCQ nas 24 horas, metade nas primeiras 8 horas contadas do evento) nas queimaduras ≥ 20% no adulto e ≥ 10% na criança, com diurese-alvo de 0,5 mL/kg/h (1 mL/kg/h na criança). A analgesia é feita com opioide intravenoso; a ferida recebe limpeza com solução salina, sem rompimento de bolhas íntegras, e curativo com sulfadiazina de prata ou cobertura não aderente. São transferidos ao centro de tratamento de queimados, pela regulação: SCQ > 10% na criança e no idoso ou > 20% no adulto; queimaduras de face, mãos, pés, genitais, períneo ou articulações; de 3º grau; elétricas, químicas ou por inalação; circunferenciais; e queimaduras com trauma associado ou em usuário com comorbidade grave. A queimadura elétrica de alta voltagem exige ECG e monitorização por arritmia, e a química, irrigação prolongada.

6.8 Populações especiais

- **Criança**: peso estimado pela fita de Broselow ou pela fórmula (idade × 2) + 8 kg; volumes de 20 mL/kg; via aérea com cânula sem balonete abaixo de 8 anos ou com balonete de baixo volume; maior risco de hipotermia e de lesão de órgãos internos sem fratura; o pediatra participa de todo Código Trauma pediátrico; suspeita de violência quando a lesão não é compatível com a história ou o desenvolvimento.
- **Pessoa idosa**: reserva fisiológica reduzida e uso frequente de anticoagulantes e betabloqueadores, que mascaram o choque; PAS < 110 mmHg e FC > 90 bpm já são sinais de alarme; tomografia de crânio em todo TCE, mesmo leve, em anticoagulados; atenção à fratura de quadril após queda da própria altura.
- **Gestante**: a partir de 20 semanas, decúbito lateral esquerdo ou deslocamento manual do útero para evitar compressão da veia cava; o volume sanguíneo aumentado retarda os sinais de choque; toda gestante com trauma abdominal ou com mais de 20 semanas

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 10 de 14

é regulada para hospital com obstetrícia, para monitorização fetal e imunoglobulina anti-Rh quando indicada; a radiografia necessária não é adiada.

- **Usuário sob efeito de álcool ou drogas**: a intoxicação não explica rebaixamento de consciência até que o TCE seja excluído por imagem; a agitação é conduzida com segurança para o usuário e a equipe.

6.9 Aspectos legais e sociais

A vítima de violência é acolhida com privacidade; a notificação compulsória é obrigatória e independe do consentimento; os casos de suspeita de violência contra criança e adolescente são comunicados ao Conselho Tutelar, contra a pessoa idosa à autoridade policial e ao Ministério Público, e contra a mulher conforme a Lei nº 10.778/2003 e a Lei Maria da Penha, com o apoio do serviço social e sem quebra do sigilo profissional além do exigido em lei. Vestígios (roupas, projéteis) são preservados em saco de papel, sem manipulação desnecessária, para entrega à autoridade policial mediante registro. O óbito por causa externa não recebe declaração de óbito na UPA: o corpo é encaminhado ao Instituto Médico-Legal por meio da autoridade policial, e a família é acolhida na forma do Manual de acolhimento do capítulo 15 da Proposta Técnica. Acidentes de trabalho recebem orientação sobre a Comunicação de Acidente de Trabalho e relatório médico.

6.10 Registro e fluxograma

A ficha do trauma (Anexo II) registra o mecanismo, os horários, a avaliação primária e as intervenções, a avaliação secundária, os exames, a profilaxia do tétano, a regulação e o desfecho. O Anexo I apresenta o fluxograma, com os pontos de decisão T1 a T4.

7. INDICADORES

Quadro 10.30 – Indicadores do protocolo de trauma

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Solicitação de regulação ≤ 20 min no trauma grave	Códigos Trauma com regulação solicitada em até 20 min da chegada ÷ Códigos Trauma com indicação de transferência × 100	≥ 90%	Mensal
Porta-saída ≤ 60 min no trauma grave	Vítimas de trauma grave transferidas em até 60 min ÷ vítimas transferidas × 100	≥ 80%	Mensal
Avaliação primária completa registrada	Fichas com XABCDE, Glasgow e sinais vitais da chegada registrados ÷ fichas do Código Trauma × 100	≥ 95%	Mensal

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 11 de 14

Indicador	Fórmula	Meta	Periodicidade
Ácido tranexâmico em até 3 h	Vítimas com hemorragia significativa que receberam ácido tranexâmico em até 3 h do trauma ÷ vítimas com indicação × 100	≥ 90%	Mensal
Profilaxia do tétano avaliada	Ferimentos com situação vacinal e conduta registradas ÷ ferimentos atendidos × 100	≥ 95%	Mensal
Tempo solicitação–radiografia ≤ 30 min	Radiografias de trauma de membros realizadas em até 30 min ÷ radiografias solicitadas × 100	≥ 85%	Mensal
Notificação de violência realizada	Casos de violência identificados com notificação registrada ÷ casos identificados × 100	100%	Mensal
Retorno não programado em 48 h após trauma menor	Retornos não programados em até 48 h ÷ altas por trauma menor × 100	≤ 5%	Mensal

8. REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. 10. ed. Chicago: ACS, 2018.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. PHTLS: Prehospital Trauma Life Support. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

NEWGARD, C. D. et al. National guideline for the field triage of injured patients: recommendations of the National Expert Panel on Field Triage, 2021. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, v. 93, n. 2, p. e49-e60, 2022.

CRASH-2 TRIAL COLLABORATORS. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2). Lancet, v. 376, n. 9734, p. 23-32, 2010.

CRASH-3 TRIAL COLLABORATORS. Effects of tranexamic acid on death, disability, vascular occlusive events and other morbidities in patients with acute traumatic brain injury (CRASH-3). Lancet, v. 394, n. 10210, p. 1713-1723, 2019.

STIELL, I. G. et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. Lancet, v. 357, n. 9266, p. 1391-1396, 2001.

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 12 de 14

KUPPERMANN, N. et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study (PECARN). Lancet, v. 374, n. 9696, p. 1160-1170, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014; e Guia de Vigilância em Saúde, 6. ed., 2024 (tétano acidental).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023. Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília: Ministério da Saúde, 2012; e Portaria GM/MS nº 1.273, de 21 de novembro de 2000 (assistência a queimados).

BRASIL. Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); Lei nº 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa); Lei nº 10.778/2003 (notificação de violência contra a mulher); Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha).

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA. PCT – Avaliação do trauma (procedimento institucional de avaliação primária e secundária). ISAC, Gerência de Qualidade.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir dos protocolos institucionais do ISAC e das diretrizes vigentes	Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem das UPAs

10. APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Diretores Técnicos e Coordenadores de Enfermagem (Responsáveis Técnicos) das UPAs Norte e Sul	Especialista da área, designado pelos Diretores Técnicos das UPAs	Gerência de Qualidade do ISAC	Superintendência Técnica do ISAC

Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero; a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 13 de 14

Anexo I – Fluxograma do protocolo

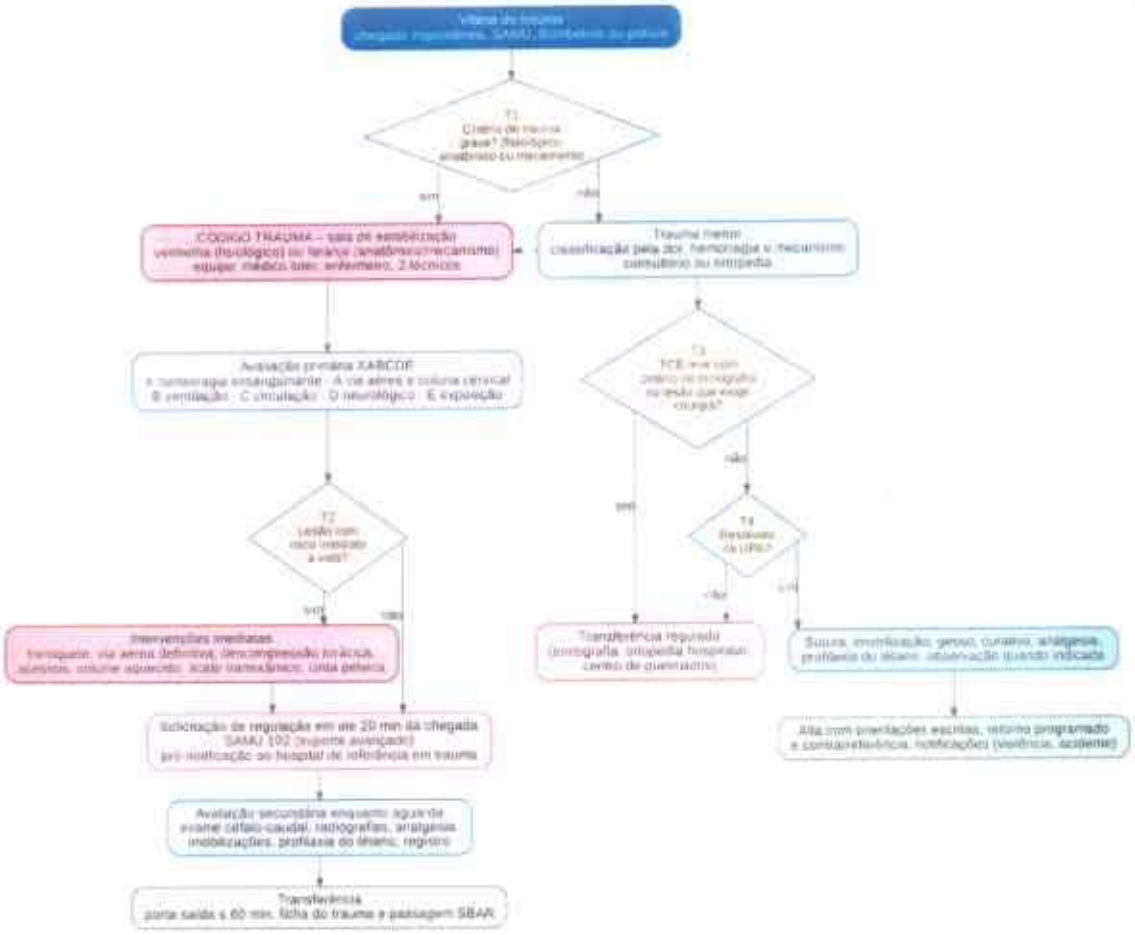


Figura 10.6 – Fluxograma do trauma

PROTOCOLO

ATENDIMENTO INICIAL AO TRAUMA

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
PRT.DIRTE.SED.005	00	na aprovação	12 meses após a publicação	Página 14 de 14

Anexo II – Ficha de registro do protocolo (campos do prontuário eletrônico)

Bloco	Campos
Identificação	Nome, data de nascimento, CNS, peso (real ou estimado), alergias, medicamentos (anticoagulante? betabloqueador?), gestação, situação vacinal antitetânica
Evento	Mecanismo; data e hora do trauma; local; forma de chegada (SAMU / Bombeiros / polícia / próprios meios); intervenções pré-hospitalares e horários; suspeita de violência ou acidente de trabalho
Triagem	Horário de chegada; critérios presentes (fisiológico / anatômico / mecanismo / população especial); Código Trauma ativado (horário); cor
Avaliação primária	X: hemorragia e controle (torniquete: horário); A: via aérea, colar, intubação (horário, fármacos); B: FR, SpO2, ausculta, descompressão/drenagem (horário); C: PA, FC, TEC, acessos, volume (tipo, quantidade, horário), ácido tranexâmico (horário), cinta pélvica; D: Glasgow (O/V/M), pupilas, glicemia, lateralização, E: temperatura, achados do dorso
Reavaliações	Sinais vitais e Glasgow a cada 15 min no Código Trauma; resposta ao volume (responsivo / transitório / não responsivo)
Avaliação secundária	História AMPLE; lesões por segmento; radiografias (horário de solicitação e realização) e achados; analgesia (fármaco, dose, horário); imobilizações; suturas; antibiótico (fratura exposta: horário); profilaxia do tétano (conduta)
Regulação e transferência	Horário da solicitação; destino; pré-notificação (horário e interlocutor); reiterações; meio de transporte; horário de saída; passagem SBAR realizada
Desfecho	Transferido / observação (horário de admissão e critérios) / alta com orientações e retorno programado / óbito (encaminhamento ao IML); notificações realizadas; médico responsável

ÁREA DE ATIVIDADE · PROCESSOS E MANUAIS

11 Manual de rotinas de almoxarifado, farmácia e patrimônio e de transporte sanitário

Este capítulo reúne dois documentos do ISAC: o Manual de Rotinas de Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio, a seguir, e o Manual de Transporte Sanitário, que vem logo depois, em documento próprio, pela extensão que o assunto exige.

O manual adapta ao perfil de uma unidade de pronto atendimento de Porte III as rotinas de farmácia do Instituto Saúde e Cidadania (solicitação de material pelos setores, armazenamento, dispensação em sistema misto, controle de temperatura e reposição do carro de emergência) e a sua Política de Compras, Contratações e Alienações, aprovada pelo Conselho de Administração. Uma UPA de Porte III não tem internação nem centro cirúrgico, mas tem sala vermelha, observação de 24 horas e consumo concentrado em poucos itens de alto giro.

Quadro 11.1 – Rotinas do capítulo e onde estão

Rotina	Onde está
Recebimento, conferência, armazenamento, dispensação e controle de estoque, com pontos de ressuprimento e estoque mínimo	Capítulos III a VI e Anexos I e II
Guarda, controle e escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial	Capítulo VII
Controle de validade, segregação de produtos vencidos e descarte	Capítulo VIII
Tombamento, controle, movimentação e inventário anual de bens, inclusive os cedidos em permissão de uso	Capítulo IX e Anexo IV
Sistema informatizado e integração com a apuração de custos do capítulo 12	Capítulo X
Rotina de acionamento, operação e registro do transporte sanitário	Documento seguinte — Manual de transporte sanitário

11.1 Decisões consolidadas nesta proposta

- **Farmácia única por unidade, com dispensação mista.** Dose individualizada por usuário na observação e cota de setor nas áreas de giro rápido (classificação, medicação e sala de estabilização), como já pratica o Instituto.
- **Farmacêutico nas 24 horas,** responsável técnico pela unidade, com guarda privativa dos medicamentos sujeitos a controle especial e dos de alta vigilância.
- **PVPS antes de PEPS.** A saída segue o critério do primeiro que vence, primeiro que sai, e não apenas o da ordem de entrada.
- **Nenhuma requisição sem centro de custo.** O consumo é baixado no centro de custo do setor requisitante e valorizado pelo custo médio, alimentando o Grupo B da planilha do Anexo VI.

- **O carro de emergência tem prazo.** Rompido o lacre, a reposição ocorre em até 20 minutos, com conferência conjunta da farmácia e da enfermagem e lacre numerado, como no procedimento institucional.
- **Inventário rotativo mensal, além do anual.** A divergência encontrada é corrigida na mesma competência, para que o custo do mês feche com o estoque físico.
- **O bem cedido é vistoriado antes de ser assumido.** O laudo de 30 dias ressalva por escrito o que não funciona, e é ele que protege o Instituto na devolução.

11.2 Articulação com os demais itens da Proposta Técnica

A compra que abastece o estoque descrito aqui segue o processo do capítulo 12, e o consumo apurado alimenta os centros de custo daquele manual. O sistema que registra requisição, lote, validade e saldo é o do capítulo 9. Os kits de síndrome coronariana, sepse e trauma que a farmácia mantém prontos decorrem dos protocolos do capítulo 10. O descarte de resíduos de medicamentos segue o fluxo do capítulo 4, e a organização do serviço de farmácia como serviço de apoio está no capítulo 20. A ambulância de suporte básico cujo custeio e manutenção aparecem no Anexo VI é a do manual de transporte sanitário que segue este texto.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 1 de 21

11.3 Manual de Rotinas de Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio

Código MAN.DIREU.SED.002 · versão 00 (minuta) · documento de 2º nível (norma) na hierarquia da Norma Zero, estruturado no modelo de regimento do Anexo VIII (capítulos, artigos, incisos e alíneas).

CAPÍTULO I – DO OBJETO, DA APLICAÇÃO E DOS FUNDAMENTOS

Art. 1º Este Manual estabelece as rotinas de suprimentos, de assistência farmacêutica e de gestão patrimonial da UPA 24h Norte – José de Souza Dourado e da UPA 24h Sul – Gerson Pires de Aguiar, da entrada do produto na unidade ao seu consumo, descarte ou devolução.

Art. 2º O Manual aplica-se à farmácia, ao almoxarifado, ao setor de patrimônio e a todos os setores requisitantes, e alcança medicamentos, materiais médico-hospitalares, insumos assistenciais, materiais de radiologia, gases medicinais, equipamentos de proteção individual, enxoval, materiais de expediente, de limpeza e de manutenção, bens permanentes e os bens públicos cedidos em permissão de uso.

Art. 3º São fundamentos deste Manual:

I – os itens 5.4 e 5.5 do Termo de Referência, quanto à assistência farmacêutica, aos insumos e ao almoxarifado;

II – o capítulo 13 do Termo de Referência, quanto aos bens públicos e remanescentes;

III – o item 10.3 do Termo de Referência, quanto à guarda, à conservação, ao inventário e à comunicação das aquisições;

IV – a Lei Federal nº 13.019, de 2014, em especial os arts. 35, § 5º, e 36;

V – a Portaria SVS/MS nº 344, de 1998, e a sua regulamentação, quanto aos medicamentos sujeitos a controle especial;

VI – as Resoluções RDC nº 430, de 2020, e nº 658, de 2022, da Anvisa, quanto às boas práticas de distribuição, armazenagem e transporte;

VII – a Resolução RDC nº 222, de 2018, quanto ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

VIII – a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e os protocolos terapêuticos das instâncias municipal, estadual e federal;

IX – os procedimentos operacionais padrão de farmácia do Instituto Saúde e Cidadania relativos a solicitação, armazenamento, dispensação, controle de temperatura e carro de emergência;

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 2 de 21

X – a Política de Compras, Contratações e Alienações do Instituto, quanto à aquisição dos itens aqui tratados.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO E DAS RESPONSABILIDADES

Art. 4º A farmácia e o almoxarifado de cada unidade integram a Coordenação Administrativa, subordinada à Gerência da Unidade, como um só ciclo de suprimento; o farmacêutico responsável técnico conserva a autonomia técnica da profissão na avaliação das prescrições e na guarda dos medicamentos controlados, e as decisões de padronização e de uso de antimicrobianos cabem à Comissão de Farmácia e Terapêutica, vinculada à Diretoria Técnica.

Parágrafo único. As compras são consolidadas pela área de Compras e Contratos da sede, com entrega do fornecedor diretamente em cada unidade, em nome do respectivo estabelecimento, e o recebimento, a guarda e a dispensação são feitos pela equipe da própria unidade.

Art. 5º Compete ao farmacêutico responsável técnico:

I – responder tecnicamente pela farmácia perante o Conselho Regional de Farmácia e a vigilância sanitária;

II – avaliar tecnicamente a prescrição antes da dispensação, quanto a dose, via, frequência, duplicidade, interação e alergia registrada;

III – guardar e dispensar privativamente os medicamentos sujeitos a controle especial e os de alta vigilância;

IV – validar a dispensação de antimicrobianos, observado o protocolo da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

V – manter a escrituração e os balanços exigidos pela legislação sanitária;

VI – participar da padronização de itens com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, na forma do capítulo 14 da Proposta Técnica.

Parágrafo único. A cobertura farmacêutica é de 24 horas, na forma do quadro de pessoal do capítulo 22 da Proposta Técnica, e o responsável técnico tem substituto formalmente registrado.

Art. 6º Compete ao auxiliar ou técnico de farmácia a organização física, a conferência do recebimento, a separação, a montagem dos kits individuais, o abastecimento das áreas e o registro de temperatura, sob supervisão do farmacêutico.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 3 de 21

Art. 7º Compete ao almoxarifado o recebimento, a guarda e a distribuição dos materiais de expediente, de higiene e limpeza, de manutenção predial, do enxoval e dos demais itens não assistenciais, e o controle patrimonial dos bens móveis, na forma do Capítulo IX.

Art. 8º Compete ao setor requisitante conferir fisicamente o que recebe, armazenar adequadamente no setor, zelar pela validade dos itens sob sua guarda e manter o estoque local no nível pactuado.

CAPÍTULO III – DO RECEBIMENTO E DA CONFERÊNCIA

Art. 9º O recebimento de bens e insumos é realizado em área própria, por profissional distinto do que autorizou a compra, e compreende a conferência documental, a conferência física e o aceite no sistema.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 4 de 21

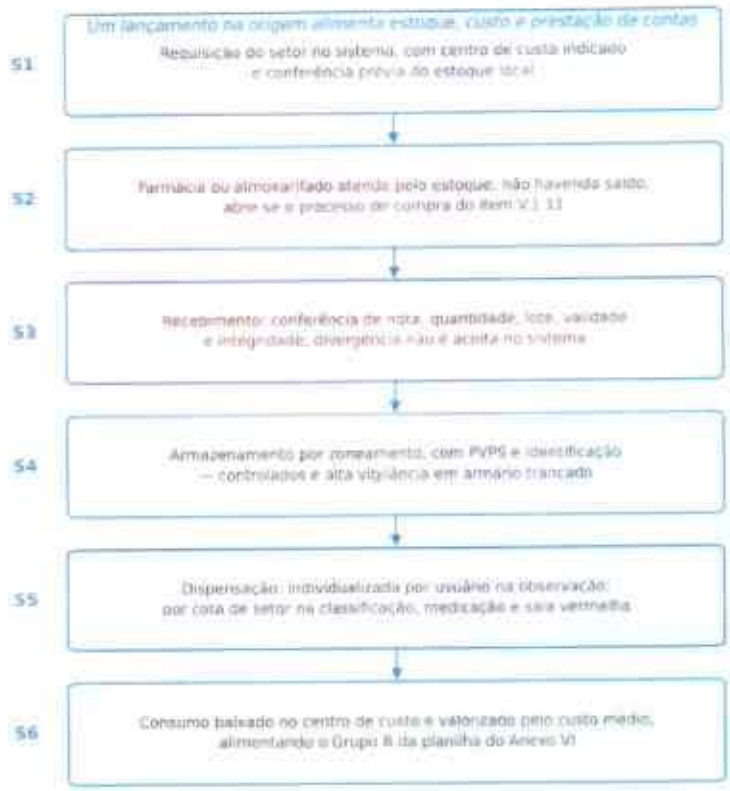


Figura 11.1 – Ciclo do suprimento

Art. 10 A conferência verifica, item a item:

I – a correspondência entre a nota fiscal, o pedido ou contrato e o produto entregue, quanto a descrição, marca, apresentação e quantidade;

II – o lote e o prazo de validade, recusando-se o item cuja validade remanescente seja inferior a 12 meses ou, para itens de baixo giro, inferior ao prazo pactuado na compra;

III – a integridade da embalagem primária e secundária e a ausência de avaria, umidade ou violação;

IV – as condições de transporte dos termolábeis, com verificação do registro de temperatura da caixa térmica e recusa do produto sem comprovação da cadeia de frio;

V – o registro sanitário do produto e, quando exigível, o certificado de análise do lote.

§ 1º Identificada divergência, o item não é aceito no sistema, a ocorrência é registrada e o fornecedor é comunicado no mesmo dia para substituição ou correção, só se efetuando o aceite após a regularização.

§ 2º O recebimento de gases medicinais observa a conferência do lacre, do laudo do lote e da pressão dos cilindros, e a troca é registrada em controle próprio.

§ 3º O aceite no sistema é o ato que gera a entrada no estoque e habilita a liquidação da despesa, na forma do manual do capítulo 12 da Proposta Técnica.

CAPÍTULO IV – DO ARMAZENAMENTO

Art. 11 Aceito o item, o armazenamento é imediato e observa a saída pelo critério do primeiro que vence, primeiro que sai, prevalecendo sobre a ordem de entrada.

§ 1º Todos os locais de estocagem são identificados com a descrição e a apresentação do produto, e é vedado alterar a localização sem atualizar a identificação.

§ 2º Os produtos são mantidos afastados do piso e das paredes, sobre estrados ou prateleiras, ao abrigo de luz solar direta, com circulação de ar.

Art. 12 O estoque é zoneado da seguinte forma:

I – estoque geral de medicamentos e materiais, organizado por forma farmacêutica e, dentro dela, por ordem alfabética;

II – área segregada de antimicrobianos, para controle da dispensação vinculada a protocolo;

III – área de medicamentos isentos de prescrição e de itens de alto giro, de acesso rápido;

IV – armário trancado, de acesso privativo do farmacêutico, para os medicamentos sujeitos a controle especial e os de alta vigilância, organizados por lista;

V – refrigerador exclusivo para termolábeis, entre 2 °C e 8 °C;

VI – área própria para materiais de expediente, de limpeza e de manutenção, no almoxarifado;

VII – área de quarentena, identificada, para itens avariados, vencidos, suspeitos ou sob recolhimento.

§ 1º Os medicamentos com embalagem ou nome semelhantes recebem sinalização de alerta e não são armazenados lado a lado.

§ 2º Os medicamentos de alta vigilância recebem etiqueta de alerta visual quando não a trouxerem da indústria, e a sua dispensação exige dupla conferência.

Art. 13 A temperatura é aferida três vezes ao dia (às 7h, às 13h e às 19h, as duas extremas na troca de plantão), com registro da temperatura atual, da máxima e da mínima, seguido da reinicialização do termômetro.

§ 1º Os parâmetros e as medidas corretivas constam do Anexo I.

§ 2º Verificado desvio, os produtos afetados são segregados e identificados como impróprios até a avaliação do farmacêutico, que decide sobre o aproveitamento ou o descarte e registra a decisão.

§ 3º Não é permitido armazenar alimentos ou bebidas nos refrigeradores de medicamentos.

CAPÍTULO V – DA REQUISIÇÃO E DA DISPENSAÇÃO

Seção I – Da requisição pelos setores

Art. 14 A requisição de materiais e medicamentos é feita pelo setor no sistema informatizado, por profissional responsável, com indicação obrigatória do centro de custo e verificação prévia do estoque local.

§ 1º As requisições de reposição seguem cronograma por setor, reservando-se a requisição extra para a necessidade não prevista.

§ 2º No ato da entrega, o setor confere quantidade, integridade, lote e validade contra o documento de separação, e só então confirma o recebimento no sistema.

§ 3º Havendo falta, troca ou avaria, o item divergente não é aceito, e o setor contata imediatamente a farmácia ou o almoxarifado para o ajuste.

Art. 15 Na indisponibilidade do sistema ou na falta de energia, o abastecimento não é interrompido: a requisição é feita em formulário manual, em duas vias, conferida e assinada por quem entrega e por quem recebe, e lançada retroativamente assim que o sistema retornar.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 7 de 21

Seção II – Da dispensação

Art. 16 A dispensação adota o sistema misto, combinando a dose individualizada por usuário e a cota de setor, conforme a área:

I – dose individualizada, identificada com o nome do usuário, o leito ou a poltrona e o número do atendimento, para os usuários em observação;

II – cota de setor, com reposição por consumo, para a sala de estabilização, a sala de medicação, a classificação de risco e os consultórios, em razão do giro e da urgência do uso;

III – dispensação imediata, mediante prescrição, para o usuário em atendimento que receberá o medicamento na própria unidade.

§ 1º Toda dispensação é precedida de avaliação farmacêutica da prescrição e é registrada no sistema, vinculada ao atendimento do usuário, de modo a permitir a rastreabilidade do item dispensado.

§ 2º Os medicamentos sujeitos a controle especial são separados pelo farmacêutico, acondicionados em embalagem diferenciada e entregues mediante registro, na forma do Capítulo VII.

§ 3º Os antimicrobianos são dispensados mediante protocolo ou justificativa validada, com verificação da duração programada do tratamento.

§ 4º É vedada a dispensação de medicamento para uso domiciliar fora das hipóteses previstas nos protocolos municipais, cabendo à unidade orientar o usuário quanto à farmácia da rede.

Seção III – Do carro de emergência

Art. 17 O carro de emergência é mantido lacrado com lacre numerado, conferido diariamente pela enfermagem quanto à integridade do lacre e ao prazo de validade da ficha de controle.

§ 1º Rompido o lacre, a enfermagem levanta os itens consumidos, guarda as ampolas utilizadas para conferência e solicita a reposição no sistema, marcada como urgência, com comunicação telefônica à farmácia.

§ 2º A farmácia interrompe a rotina, separa os itens, confere validade e integridade e realiza a reposição no setor em até 20 minutos contados da solicitação.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 8 de 21

§ 3º A reposição é conferida em conjunto pela farmácia e pela enfermagem, item a item, contra a ficha de controle, e o carro é relacrado com novo lacre numerado, registrando-se o número, a data, o horário e os responsáveis.

§ 4º Os medicamentos utilizados são prescritos no prontuário do usuário para que a saída seja rastreada e apropriada ao atendimento, e não ao estoque genérico do setor.

§ 5º A composição padronizada do carro é a do Anexo III, alinhada aos protocolos do capítulo 10 da Proposta Técnica.

CAPÍTULO VI – DO CONTROLE DE ESTOQUE, DO RESSUPRIMENTO E DO INVENTÁRIO ROTATIVO

Art. 18 Cada item padronizado tem parâmetros definidos de estoque mínimo, ponto de ressuprimento e estoque máximo, calculados a partir do consumo médio diário, do prazo de entrega do fornecedor e do grau de criticidade do item.

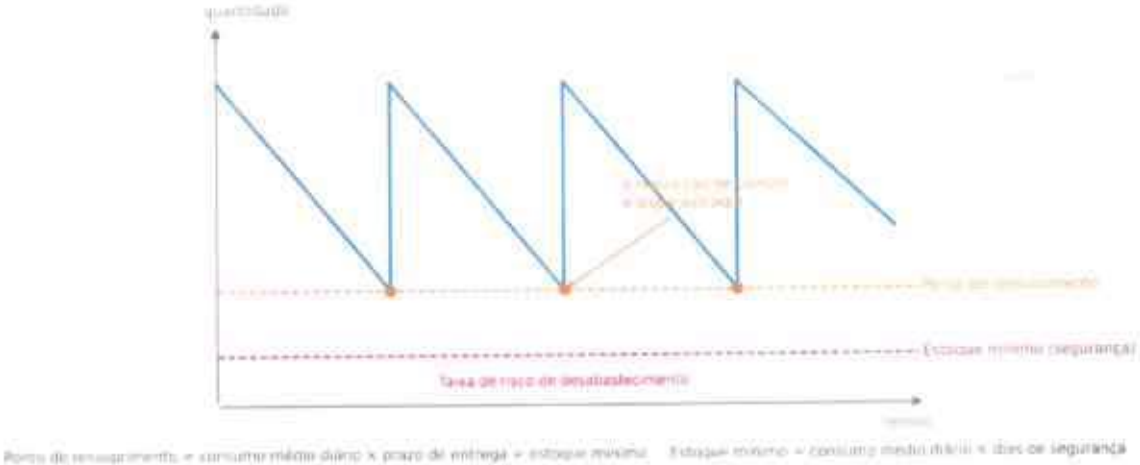


Figura 11.2 – Curva de estoque

§ 1º As fórmulas adotadas e a classificação dos itens constam do Anexo II.

§ 2º Os parâmetros são revistos trimestralmente e sempre que houver alteração relevante do perfil de consumo, observada a sazonalidade apurada no item 6.4 do Termo de Referência.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 9 de 21

§ 3º Atingido o ponto de ressuprimento, o sistema emite alerta e a requisição de compra é disparada no mesmo dia útil, na forma do manual do capítulo 12 da Proposta Técnica.

Art. 19 O estoque é classificado por valor e por criticidade, de modo que o controle seja proporcional ao risco: os itens de maior valor acumulado e os itens críticos para a assistência, ainda que baratos, recebem acompanhamento individual.

Parágrafo único. São itens críticos, entre outros, os dos kits dos protocolos do capítulo 10 da Proposta Técnica, os medicamentos do carro de emergência, os gases medicinais e os insumos sem substituto imediato no mercado local.

Art. 20 O inventário rotativo é mensal, por amostra que privilegie os itens críticos e os de maior valor, e o inventário geral de estoques é realizado ao menos duas vezes ao ano e no encerramento do exercício.

§ 1º A divergência apurada é investigada, justificada e corrigida na mesma competência, de modo que o custo do mês feche com o estoque físico.

§ 2º A acuracidade do estoque é indicador do Anexo V deste Manual.

§ 3º É vedado o ajuste de saldo sem autorização do responsável pelo setor e registro do motivo.

CAPÍTULO VII – DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

Art. 21 Os medicamentos e insumos sujeitos a controle especial, na forma da Portaria SVS/MS nº 344, de 1998, são guardados em armário ou sala trancada, de acesso privativo do farmacêutico responsável técnico ou do seu substituto formalmente designado.

§ 1º As chaves são de porte pessoal do farmacêutico de plantão e transferidas na passagem de plantão mediante registro, vedada a cópia não controlada.

§ 2º Os itens são organizados por lista da Portaria, de modo a permitir o balanço periódico sem manipulação desnecessária.

Art. 22 A dispensação de medicamento sujeito a controle especial observa:

I – prescrição em receituário próprio, conforme a lista a que o medicamento pertença, com retenção quando exigida;

II – separação pelo próprio farmacêutico, com acondicionamento em embalagem diferenciada e identificada;

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 10 de 21

III – registro imediato da saída, com identificação do usuário, do prescritor, do atendimento, do lote e da quantidade;

IV – conferência na entrega ao profissional que administrará o medicamento, com assinatura ou identificação eletrônica de quem recebe;

V – devolução à farmácia, com registro, da fração não utilizada e da ampola, quando aplicável.

Art. 23 A escrituração é mantida em livro ou sistema informatizado com os mesmos requisitos legais, permitindo reconstituir, a qualquer tempo, o saldo de cada substância, e é objeto de balanço periódico e de conferência física mensal, com assinatura do farmacêutico.

§ 1º Os balanços e as demais informações exigidas pela vigilância sanitária são transmitidos nos prazos legais, e os comprovantes de transmissão são arquivados.

§ 2º A perda, o extravio, o furto ou o roubo são comunicados imediatamente à autoridade sanitária e à autoridade policial, com registro em prontuário administrativo e comunicação à Diretoria Técnica e à Secretaria Municipal da Saúde.

§ 3º A documentação de controle especial é guardada pelo prazo legal, separada do demais arquivo, com acesso restrito.

CAPÍTULO VIII – DA VALIDADE, DA SEGREGAÇÃO E DO DESCARTE

Art. 24 O controle de validade é permanente e apoiado em relatório do sistema, com alerta automático para os itens a vencer em 120, 60 e 30 dias.

§ 1º Os itens com vencimento em até 120 dias recebem identificação visual destacada na prateleira e são priorizados na dispensação.

§ 2º Os itens com vencimento em até 60 dias e baixo giro são avaliados para remanejamento entre as duas unidades, formalizado por termo de transferência, ou para devolução ao fornecedor quando o contrato o permitir.

§ 3º A conferência física de validade é mensal, por área, e integra o inventário rotativo.

Art. 25 O produto vencido, avariado, com suspeita de desvio de qualidade ou objeto de recolhimento é segregado imediatamente em área de quarentena identificada, com registro da data, do motivo, do lote e da quantidade, e tem a sua saída bloqueada no sistema.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 11 de 21

Parágrafo único. A suspeita de desvio de qualidade é notificada ao sistema de notificação sanitária e comunicada ao fornecedor e à Gerência de Qualidade.

Art. 26 O descarte observa o fluxo de resíduos do capítulo 4 da Proposta Técnica, com a seguinte destinação:

I – medicamentos vencidos ou impróprios, inclusive os sujeitos a controle especial: resíduo do grupo B, com descarte acompanhado por empresa licenciada e, no caso dos controlados, mediante ata de inutilização na presença do farmacêutico e, quando exigido, da autoridade sanitária;

II – perfurocortantes: grupo E, em recipiente rígido, respeitado o limite de preenchimento;

III – materiais com risco biológico: grupo A, na forma da RDC nº 222, de 2018;

IV – embalagens e materiais sem contaminação: grupo D, com segregação para reciclagem quando houver coleta seletiva.

§ 1º A baixa no estoque por vencimento, avaria ou inutilização é lançada no sistema com o motivo, e o valor correspondente é apropriado como perda no centro de custo, sendo analisado no fechamento mensal do capítulo 12 da Proposta Técnica.

§ 2º A perda por vencimento é indicador do Anexo V e enseja análise de causa quando ultrapassar a meta.

CAPÍTULO IX – DO PATRIMÔNIO

Art. 27 Os bens públicos usados na execução do objeto são recebidos por termo de permissão de uso. Antes da assinatura do termo, cada bem é inventariado e identificado individualmente, com o registro do seu estado de conservação e de funcionamento.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 12 de 21

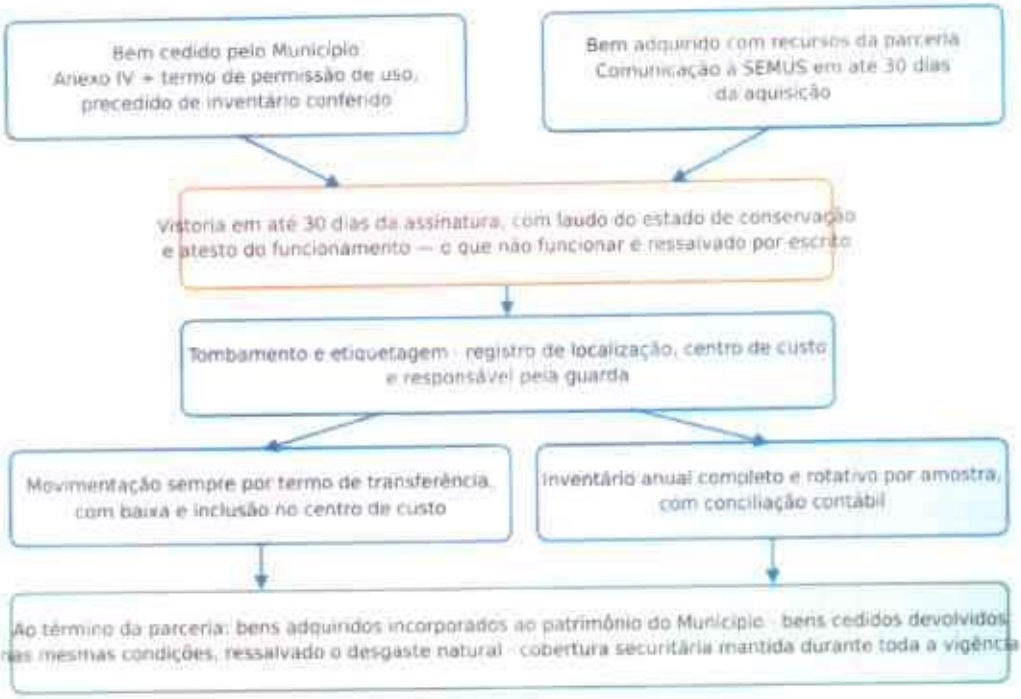


Figura 11.3 – Ciclo do bem patrimonial

Art. 28 No prazo de 30 dias contados da assinatura, o Instituto vistoria os bens cedidos e atesta o seu funcionamento, ressalvando por escrito, no termo de vistoria, todo bem ausente, inservível ou em desacordo com o inventário recebido.

§ 1º A ressalva é condição de proteção na devolução e é comunicada formalmente ao Gestor da Parceria.

§ 2º A cobertura securitária compatível com os bens relacionados no Anexo IV do Termo de Referência é contratada e mantida durante toda a vigência, com apólice à disposição da fiscalização.

Art. 29 Todo bem permanente, cedido ou adquirido com recursos da parceria, é tombado e etiquetado com número de patrimônio, e o registro contém a descrição, a marca, o modelo, o

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 13 de 21

número de série, o valor, a data de incorporação, a localização, o centro de custo e o responsável pela guarda.

§ 1º Os bens cedidos mantêm a numeração patrimonial do Município, acrescida de controle interno que não a substitui nem a oculta.

§ 2º As aquisições de bens móveis realizadas com recursos da parceria são comunicadas à Secretaria Municipal da Saúde no prazo máximo de 30 dias contados da sua ocorrência.

Art. 30 A movimentação de bem entre setores ou entre as unidades é formalizada por termo de transferência assinado pelos responsáveis pela guarda na origem e no destino, com atualização imediata do registro e do centro de custo.

§ 1º É vedada a retirada de bem da unidade sem autorização escrita do Gerente da Unidade e, tratando-se de bem cedido, sem comunicação prévia à Secretaria Municipal da Saúde.

§ 2º A alienação ou a substituição de bem móvel cedido depende de prévia autorização da Secretaria Municipal da Saúde e de avaliação, e o bem substituto é integrado ao patrimônio do Município.

Art. 31 O inventário patrimonial é anual e completo, com laudo do estado de conservação, complementado por inventário rotativo por amostra ao longo do exercício.

§ 1º O resultado é conciliado com o registro contábil e com a relação de bens da prestação de contas, e as divergências são tratadas antes do encerramento do exercício.

§ 2º A relação das aquisições e das movimentações de bens permanentes, bem como as alterações verificadas no inventário dos bens cedidos, integra o relatório trimestral consolidado do Anexo VIII.

§ 3º O bem danificado ou extraviado é objeto de apuração interna, com reposição por conta do Instituto quando houver responsabilidade, ressalvado o desgaste natural decorrente do uso regular.

Art. 32 A manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, a engenharia clínica e a calibração seguem o plano anual descrito no capítulo 20 da Proposta Técnica, e o histórico de cada equipamento é mantido vinculado ao número de patrimônio.

Art. 33 Ao término da vigência, os bens permanentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos da parceria são formalmente transferidos e incorporados ao

patrimônio do Município, e os bens cedidos são devolvidos nas mesmas condições em que recebidos, ressalvado o desgaste natural, mediante inventário final conferido.

CAPÍTULO X – DO SISTEMA INFORMATIZADO E DA INTEGRAÇÃO COM A APURAÇÃO DE CUSTOS

Art. 34 As rotinas deste Manual são operadas no sistema informatizado de gestão descrito no capítulo 9 da Proposta Técnica, em módulos integrados de compras, farmácia, almoxarifado e patrimônio, de modo que o lançamento ocorra uma única vez, na origem do fato.

Parágrafo único. O sistema é o Gesthor Hospitalar, da Shalom Soluções em Tecnologia, de Goiânia/GO, sistema de gestão hospitalar modular, integrado e multiempresa, já usado pelo Instituto no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, em Parnaíba/PI; as rotinas deste Manual são operadas nos seus módulos de estoque, almoxarifado, compras e solicitação de compras, pedido de suprimento, controle de patrimônio e custo hospitalar, sobre uma mesma base, parametrizados na implantação com os itens padronizados, os parâmetros do Anexo II e os perfis de acesso deste Manual, e cada UPA é cadastrada como empresa própria, com o seu CNPJ filial.

Art. 35 O sistema atende, no mínimo, aos seguintes requisitos funcionais, e o que não vier pronto nos módulos do fabricante é parametrizado ou integrado pelo fornecedor, por contrato do Instituto, antes do início da operação:

I – controle de estoque por lote e validade, com rastreabilidade do item do recebimento à dispensação;

II – requisição eletrônica por setor, com centro de custo obrigatório e aceite do recebimento;

III – alerta automático de ponto de ressuprimento, de estoque mínimo e de validade a vencer;

IV – valorização das saídas pelo custo médio ponderado;

V – registro do controle especial com os requisitos da legislação sanitária;

VI – controle patrimonial com número de tombo, localização, centro de custo e responsável;

VII – emissão dos relatórios exigidos pelo Anexo VIII, inclusive a relação de aquisições e movimentações de bens permanentes;

VIII – trilha de auditoria de todo ajuste de saldo, com usuário, data e motivo.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 15 de 21

Art. 36 A integração com a apuração de custos do capítulo 12 da Proposta Técnica opera da seguinte forma: a requisição atendida baixa o item do estoque, valoriza a saída pelo custo médio e apropria o valor ao centro de custo do setor requisitante, compondo o Grupo B da planilha do Anexo VI; o bem patrimonial compõe o controle de bens e, quando couber, a depreciação; e as perdas por vencimento ou avaria são apropriadas como perda no centro de custo correspondente.

Parágrafo único. O fechamento do estoque precede o fechamento de custos da competência, no calendário do manual do capítulo 12 da Proposta Técnica.

CAPÍTULO XI – DOS INDICADORES E DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37 As rotinas deste Manual são monitoradas pelos indicadores do Anexo V, apurados mensalmente e analisados pela Coordenação Administrativa com o farmacêutico responsável técnico.

Art. 38 Este Manual entra em vigor na data de sua aprovação, antes do início da operação, e é revisado a cada 24 meses ou sempre que houver alteração da legislação sanitária, do sistema informatizado, da padronização de itens ou da estrutura física das unidades.

Art. 39 Os casos omissos são resolvidos pela Coordenação Administrativa com o farmacêutico responsável técnico e, quando envolverem bens públicos cedidos, submetidos ao Gestor da Parceria.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir dos procedimentos operacionais padrão de farmácia do ISAC e do Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026	Coordenações Administrativas das UPAs

APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Coordenações Administrativas das UPAs, com os farmacêuticos responsáveis técnicos e o setor de patrimônio	Superintendência Administrativa do ISAC, com as Gerências e as Diretorias Técnicas das Unidades	Gerência de Qualidade do ISAC	Alçada da Norma de Gestão de Documentos para manual de unidade gerida, com ciência ao Gestor da Parceria

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 16 de 21

Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero, a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 17 de 21

ANEXO I – PARÂMETROS DE ARMAZENAMENTO E DE TEMPERATURA

Quadro 11.2 – Parâmetros de armazenamento, monitoramento e medidas corretivas

Condição	Faixa	Instrumento e frequência	Medida corretiva
Termolábeis (refrigerador)	2 °C a 8 °C	Termômetro de máxima e mínima com sensor; leitura 3× ao dia, a cada 8 h, com reinicialização	Abaixo de 2 °C: verificar sensor e ajustar termostato; havendo congelamento, segregar e identificar "não utilizar". Acima de 8 °C: verificar porta e vedação, transferir para refrigerador reserva e acionar o farmacêutico
Ambiente (armários e sala)	15 °C a 25 °C	Termo-higrômetro digital; leitura 3× ao dia	Acionar manutenção da climatização; remanejar itens sensíveis; registrar o período de desvio
Umidade relativa do ar	≤ 70%	Termo-higrômetro digital; leitura diária	Acionar manutenção; avaliar integridade de embalagens de papel e cartucho
Gases medicinais	Conforme o laudo do lote	Conferência de lacre, laudo e pressão a cada recebimento e troca	Recusar o cilindro sem laudo ou com lacre violado; acionar o fornecedor
Caixa térmica de transporte	2 °C a 8 °C no trajeto	Registrador no interior da caixa, conferido no recebimento	Recusar o produto sem comprovação da cadeia de frio

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 18 de 21

ANEXO II – RESSUPRIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DOS ITENS

Os parâmetros são calculados por item e por unidade, a partir do consumo das competências anteriores e do prazo de entrega efetivo de cada fornecedor.

Quadro 11.3 – Fórmulas de ressuprimento

Parâmetro	Fórmula	Observação
Consumo médio diário (CMD)	Consumo do período ÷ número de dias do período	Apurado sobre as três últimas competências, corrigido pela sazonalidade do item 6.4 do TR
Estoque mínimo (segurança)	CMD × dias de segurança	Dias de segurança: 10 para itens críticos, 7 para os demais
Ponto de ressuprimento	CMD × prazo de entrega + estoque mínimo	Atingido o ponto, a requisição de compra é disparada no mesmo dia útil
Estoque máximo	CMD × período de cobertura + estoque mínimo	Cobertura: 30 dias, limitada pela validade remanescente do item
Cobertura atual	Saldo em estoque ÷ CMD	Expressa em dias; é o indicador de leitura diária

Quadro 11.4 – Classificação dos itens e intensidade do controle

Classe	Critério	Controle aplicado
A	Itens que concentram a maior parte do valor consumido	Acompanhamento individual, contagem mensal e negociação direta de contrato
B	Itens de valor intermediário	Contagem trimestral e acompanhamento por grupo
C	Itens de baixo valor acumulado	Contagem semestral, com reposição por lote econômico
Críticos	Itens sem substituto imediato ou vinculados aos protocolos do capítulo 10 da Proposta Técnica, independentemente do valor	Contagem mensal, estoque de segurança ampliado e alerta de cobertura mínima

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 19 de 21

ANEXO III – ROTINA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Quadro 11.5 – Rotina do carro de emergência

Momento	Quem	O que acontece	Prazo
Rotina diária	Enfermagem	Conferência do lacre, do número registrado e da validade da ficha de controle	A cada plantão
Uso	Enfermagem	Rompimento do lacre, atendimento, levantamento dos itens consumidos e guarda das ampolas	Imediato
Solicitação	Enfermagem	Pedido de reposição no sistema, marcado como urgência, com comunicação telefônica à farmácia	Após a estabilização
Prescrição	Médico	Prescrição dos medicamentos utilizados no prontuário do usuário, para rastreabilidade	No mesmo plantão
Separação	Farmácia	Interrupção da rotina, separação, conferência de validade e emissão da ficha de controle atualizada	Dentro dos 20 minutos
Reposição	Farmácia e enfermagem	Conferência conjunta item a item contra a ficha, saneamento de resíduos e ampolas vazias	Dentro dos 20 minutos
Lacração	Farmácia e enfermagem	Novo lacre numerado, com registro do número, data, horário e responsáveis	Ao final da reposição

A composição padronizada do carro é definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica com a Diretoria Técnica e contempla os medicamentos e materiais dos protocolos de parada cardiorrespiratória, síndrome coronariana aguda, acidente vascular cerebral, sepse e trauma do capítulo 10 da Proposta Técnica.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 20 de 21

ANEXO IV – CICLO DO BEM PATRIMONIAL E DOCUMENTOS

Quadro 11.6 – Documentos do ciclo patrimonial, prazos e destinatários

Etapa	Documento	Prazo	Destinatário
Recebimento dos bens cedidos	Termo de permissão de uso e inventário conferido	Na assinatura	SEMUS e Instituto
Vistoria inicial	Termo de vistoria com laudo do estado de conservação e ressalvas	Até 30 dias da assinatura	Gestor da Parceria
Seguro	Apólice compatível com os bens do Anexo IV	Antes do início da operação	À disposição da fiscalização
Aquisição com recursos da parceria	Comunicação da aquisição, com nota fiscal e número de tombo	Até 30 dias da aquisição	SEMUS
Movimentação	Termo de transferência assinado na origem e no destino	No ato	Arquivo da unidade
Inventário rotativo	Relatório de contagem por amostra	Mensal	Coordenação Administrativa
Inventário anual	Inventário completo com laudo de conservação e conciliação contábil	Anual e no encerramento do exercício	Prestação de contas
Relação de bens	Relação de aquisições e movimentações de bens permanentes	Trimestral	Anexo VIII
Encerramento	Termo de transferência dos bens adquiridos e inventário final dos bens cedidos	Ao término da vigência	Município de Palmas

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.002	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 21 de 21

ANEXO V – INDICADORES DE SUPRIMENTOS E PATRIMÔNIO

Quadro 11.7 – Indicadores de suprimentos e patrimônio

Indicador	Fórmula	Meta
Acuracidade do estoque	Itens com saldo físico igual ao do sistema ÷ itens contados	≥ 98%
Ruptura de item crítico	Itens críticos com saldo zero em algum momento ÷ itens críticos	0
Cobertura média de estoque	Saldo ÷ consumo médio diário	Entre 15 e 30 dias
Perda por vencimento	Valor baixado por vencimento ÷ valor consumido no período	≤ 0,5%
Atendimento da requisição	Itens atendidos integralmente ÷ itens requisitados	≥ 95%
Reposição do carro de emergência no prazo	Reposições em até 20 min ÷ reposições realizadas	≥ 95%
Conformidade do lacre	Conferências diárias com lacre íntegro e registrado ÷ conferências devidas	100%
Registro de temperatura	Aferições registradas ÷ aferições devidas (3 por dia)	≥ 98%
Desvios de temperatura tratados	Desvios com medida corretiva registrada ÷ desvios ocorridos	100%
Escrituração de controlados em dia	Balanços transmitidos no prazo ÷ balanços devidos	100%
Bens tombados	Bens com etiqueta e registro completo ÷ bens inventariados	≥ 99%
Divergência patrimonial	Bens não localizados no inventário ÷ bens inventariados	≤ 1%

11.4 Manual de transporte sanitário

Rotina de acionamento, operação e registro do transporte sanitário das UPAs Norte e Sul, que integra o Manual de rotinas do item V.1.10 do Anexo V e é a referência do capítulo 21 para o uso do transporte sanitário nos fluxos de transferência e para a articulação com o SAMU 192.

Para boa parte dos usuários graves que passam pelas UPAs, o atendimento não termina na unidade. O paciente com infarto que precisa de hemodinâmica, o idoso com fratura de fêmur que aguarda cirurgia ou a criança com pneumonia que precisa de leito de internação dependem de uma vaga liberada pelo Complexo Regulador Estadual e de um transporte que chegue a tempo e em segurança. É nessa passagem que o cuidado se torna mais frágil: o paciente sai da sala de estabilização, onde tem monitor, médico e equipe completa, e passa a depender de dois profissionais dentro de um veículo em movimento.

O Termo de Referência trouxe o transporte sanitário para dentro do objeto da parceria (item 5.5.3). Cada UPA passa a ter uma ambulância de suporte básico do Tipo B, em regime de 24 horas, com condutor e técnico de enfermagem dedicados exclusivamente ao transporte (itens 5.5.3.1, 5.5.3.2 e 7.4), abrigada na garagem da própria unidade (item 5.5.3.4) e acionada nos fluxos e com a autorização do Complexo Regulador Estadual. O atendimento pré-hospitalar e a remoção que exige suporte avançado de vida continuam a cargo do SAMU 192, acionado pela Central de Regulação das Urgências (item 5.5.3.3).

Este manual descreve como o ISAC organiza esse serviço nas duas unidades: quando a ambulância da unidade é usada e quando o caso é do SAMU, como se faz o acionamento, como o usuário é preparado e acompanhado no trajeto, quem compõe a tripulação, como o veículo é equipado, limpo e mantido, e como a quilometragem e o combustível são controlados. Tudo o que acontece em um transporte deixa registro com horário, para que a unidade possa demonstrar a sua parte nos indicadores do Anexo II e separar o que depende dela do que depende da disponibilidade de vaga ou de viatura na rede.

11.4.1 Finalidade, abrangência e base normativa

O manual se aplica às UPAs Norte e Sul, à tripulação das duas ambulâncias, aos médicos, enfermeiros e técnicos que preparam e entregam o usuário para o transporte, à Coordenação de Enfermagem, à Diretoria Técnica, à Gerência e à Coordenação Administrativa de cada unidade. As rotinas são as mesmas nas duas UPAs; o que muda de uma para outra está descrito na seção de particularidades. Cada unidade tem o seu veículo, a sua tripulação e a sua garagem. Como o ISAC opera cada UPA com CNPJ de filial próprio, não há compartilhamento de ambulância nem de tripulação entre as unidades: a contingência de cada uma é resolvida dentro dela, pelos meios descritos adiante.

As rotinas seguem as normas a seguir. A atualização da legislação é acompanhada pela Diretoria Técnica, e toda mudança normativa relevante leva à revisão do manual.

Quadro 11.8 – Base normativa do transporte sanitário

Norma	O que regula no transporte sanitário
Portaria GM/MS nº 2.048/2002, consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017	Classificação das ambulâncias (Tipo B: suporte básico, para transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e sem necessidade de intervenção médica no trajeto), tripulação, equipamentos mínimos, capacitação dos profissionais e regras das transferências inter-hospitalares.
Portaria GM/MS nº 10/2017	Atribuições da UPA 24h na Rede de Atenção às Urgências, incluindo a garantia da referência dos usuários que precisam de continuidade do cuidado.
Resolução CFM nº 1.672/2003	Transporte inter-hospitalar: responsabilidade do serviço de origem até a entrega do paciente, contato prévio com o serviço de destino, estabilização antes da remoção e relatório de transferência.
Resolução Cofen nº 713/2022	Atuação da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel.
Lei nº 9.503/1997 (Código de Trânsito Brasileiro), arts. 29, 145 e 145-A, e resoluções do Contran	Prioridade de trânsito dos veículos de emergência e requisitos para conduzir ambulância, incluída a formação específica.
NR-32 e RDC Anvisa nº 222/2018	Biossegurança dos trabalhadores, limpeza e desinfecção do veículo e manejo dos resíduos gerados a bordo.
Lei nº 13.709/2018 (LGPD)	Tratamento dos dados do usuário na ficha de transporte e nas comunicações.
Termo de Referência do Chamamento nº 001/2026	Itens 5.5.3 a 5.5.3.5 (objeto, ambulância, tripulação, SAMU 192, garagem e custos), 7.4 (tripulação no Quadro 7), 10.6.2 (segurança do paciente nas transferências) e Ficha IN 2.3 do Anexo II.

11.4.2 Quando a ambulância da unidade é usada

A ambulância Tipo B de cada UPA existe para uma finalidade: levar o usuário da unidade até outro ponto da rede, quando o Complexo Regulador Estadual libera o destino e define que o transporte pode ser feito em suporte básico. Tudo o que foge dessa finalidade tem outro caminho, porque cada saída da ambulância deixa a unidade sem transporte até o retorno.

Usos previstos

- **Transferência regulada** para internação ou para atendimento especializado em hospital de referência, com vaga liberada pelo Complexo Regulador Estadual.
- **Remoção para exame ou procedimento** não disponível na UPA, como tomografia ou avaliação especializada, quando agendado ou autorizado pela regulação, com retorno do usuário à unidade.
- **Remoção entre as unidades da rede** determinada pela regulação, inclusive para outra UPA, quando o perfil do caso ou a capacidade instalada assim exigirem.

O que não é feito com a ambulância da unidade

- Atendimento pré-hospitalar em via pública ou em domicílio: a chamada é orientada ao SAMU 192.
- Transferência de usuário que precisa de suporte avançado de vida no trajeto: o meio é definido pela Central de Regulação das Urgências e o transporte cabe ao SAMU 192.
- Transporte de alta para o domicílio ou de retorno ao município de origem. Quando o usuário não tem como voltar, o serviço social da unidade articula a solução com a família, com a Secretaria Municipal da Saúde ou com a Secretaria de Saúde do município de origem.
- Transporte de materiais, amostras, documentos ou pessoas que não sejam usuários em transferência e os respectivos acompanhantes.

Critérios para propor o meio de transporte

A decisão sobre o meio de transporte é da regulação (TR, item 5.5.3.3). O que cabe à unidade é informar o quadro do usuário com precisão e propor, de forma justificada, a modalidade adequada. Para que essa proposta não dependa da impressão de cada plantão, o ISAC adota critérios objetivos, apoiados nos escores de alerta precoce já usados na observação e na sala de estabilização (NEWS no adulto e PEWS na criança, conforme o capítulo 2).

Quadro 11.9 – Critérios para a modalidade de transporte

Situação do usuário	Ambulância Tipo B da unidade	Suporte avançado (SAMU 192)
Estabilidade clínica	Sinais vitais estáveis nas últimas 2 horas, NEWS de 0 a 4 ou PEWS baixo	NEWS ≥ 7, qualquer parâmetro isolado com pontuação 3, ou PEWS alto
Via aérea e ventilação	Via aérea pérvia; oxigênio por cateter ou máscara, SpO2 mantida	Intubação, ventilação mecânica, via aérea em risco ou insuficiência respiratória
Circulação	Sem necessidade de droga vasoativa; hidratação de manutenção	Droga vasoativa em infusão, choque, arritmia instável ou marca-passo
Neurológico	Consciente ou com rebaixamento estável e via aérea protegida	Glasgow ≤ 8, convulsão reentrante ou piora neurológica progressiva
Condições tempo-dependentes	Casos já estabilizados, com conduta definida e sem intervenção prevista no trajeto	Síndrome coronariana com supra de ST, AVC em janela de reperfusão e trauma grave, conforme definição da regulação
Medicação no trajeto	Apenas manutenção prescrita, sem necessidade de titulação	Sedação contínua, titulação de drogas ou necessidade provável de intervenção médica
Faixa intermediária	NEWS de 5 ou 6: o médico discute o caso com a regulação médica antes de propor a modalidade	

Nota: na dúvida, prevalece a modalidade de maior suporte.

O médico e o enfermeiro da unidade não embarcam na ambulância Tipo B para compensar a falta de suporte avançado. Retirá-los significaria desfalcar a cobertura mínima do Quadro 6 e a assistência de quem continua na unidade. Quando o usuário precisa de médico a bordo, o

caminho é o SAMU 192. Enquanto a viatura não chega, o usuário permanece na sala de estabilização, com toda a equipe da UPA, como mostra a Figura 11.4.

11.4.3 Organização do serviço em cada UPA

Recursos por unidade

Quadro 11.10 – Recursos do transporte sanitário por unidade

Recurso	UPA Norte	UPA Sul
Ambulância de suporte básico Tipo B, 24 horas	1	1
Postos de tripulação por plantão (diurno e noturno)	1 condutor + 1 técnico de enfermagem	1 condutor + 1 técnico de enfermagem
Técnicos de enfermagem do transporte (Quadro 7)	5	5
Condutores de veículo de urgência (Quadro 7)	5	5
Garagem própria na unidade (TR, item 5.5.3.4)	Sim	Sim
Telefone celular corporativo exclusivo e radiocomunicação	Sim	Sim
Veículo de retaguarda	Incluído no contrato de locação, com entrega em até 4 horas	Incluído no contrato de locação, com entrega em até 4 horas

Fonte: Termo de Referência.

O ISAC disponibiliza a ambulância de cada unidade por locação de veículo já equipado como Tipo B, com manutenção preventiva e corretiva, seguro e veículo de retaguarda incluídos no contrato, e opera o serviço com tripulação própria, contratada pelo regime da CLT (capítulo 24). Os custos do veículo, da tripulação, do combustível, da manutenção, do seguro, do licenciamento e dos insumos de bordo são demonstrados na Planilha de Composição de Custos do Anexo VI, nos grupos correspondentes (TR, item 5.5.3.5).

Responsabilidades

Quadro 11.11 – Responsabilidades no transporte sanitário

Quem	Responde por
Médico assistente	Decisão de transferência, laudo e solicitação no Complexo Regulador, proposta justificada da modalidade de transporte, reavaliação antes da saída, sumário de transferência e prescrição para o trajeto.
Coordenador médico do plantão	Escalonamento com a regulação médica quando não há vaga ou quando a viatura do SAMU não chega; orientação à tripulação nas intercorrências, junto com o médico regulador.
Enfermeiro supervisor do plantão	Referência operacional do transporte no plantão: aciona a tripulação, confere o preparo do usuário e a documentação, faz o contato com o destino, acompanha o tempo de saída e a retenção de maca e registra as ocorrências.
Técnico de enfermagem do transporte	Checagem dos equipamentos e materiais, assistência ao usuário no trajeto, registro dos sinais vitais e das intercorrências e passagem do caso no destino.

Quem	Responde por
Condutor de veículo de urgência	Condução segura, checagem do veículo, controle de quilometragem e de abastecimento, conservação do veículo e da garagem, apoio à movimentação do usuário.
Coordenação de enfermagem	Escala dos técnicos do transporte, supervisão técnica da assistência a bordo, auditoria das fichas de transporte e capacitação, com o NEPES.
Coordenação Administrativa	Escala dos condutores, acompanhamento do contrato de locação do veículo (conduzido pela área de compras e contratos da sede), manutenção, documentação, seguro, cartão-combustível, conferência de quilometragem e de consumo e relatório mensal do transporte.
Diretoria Técnica	Aprovação e revisão deste manual, dos critérios clínicos e da maleta de bordo, e interlocução técnica com o Complexo Regulador e com a Central de Regulação das Urgências.

A divisão entre a Coordenação de Enfermagem e a Coordenação Administrativa é a do organograma do capítulo 23.

Base operacional, prontidão e comunicação

A tripulação permanece na base da unidade, em local próximo à garagem e com acesso direto à sala de estabilização, de modo que a ambulância possa sair logo após a autorização. A prontidão é contínua nas 24 horas: a ambulância só deixa a unidade para transportes regulados, para abastecimento programado e para manutenção. Nesses dois últimos casos, a saída é feita em horário de menor demanda, depois de comunicada ao enfermeiro supervisor, e fica registrada. Se a ambulância entrar em manutenção corretiva, o veículo de retaguarda é acionado.

A ambulância tem telefone celular corporativo exclusivo e equipamento de radiocomunicação, como exige a Portaria GM/MS nº 2.048/2002 para o Tipo B. Ficam afixados na viatura e cadastrados no telefone os contatos do Complexo Regulador Estadual, da Central de Regulação das Urgências, da sala de estabilização, do enfermeiro supervisor do plantão e da Coordenação Administrativa. As comunicações clínicas no trajeto seguem o método SBAR.

11.4.4 Rotina de acionamento

O acionamento começa na decisão médica de transferência e termina com a ambulância saindo da unidade ou com o usuário entregue à equipe do SAMU 192. A Figura 11.4 mostra o percurso completo, com os pontos de decisão T1 a T4. Os códigos T não se confundem com os pontos D1 a D8 do fluxo assistencial do capítulo 2, do qual este fluxo é a continuação.

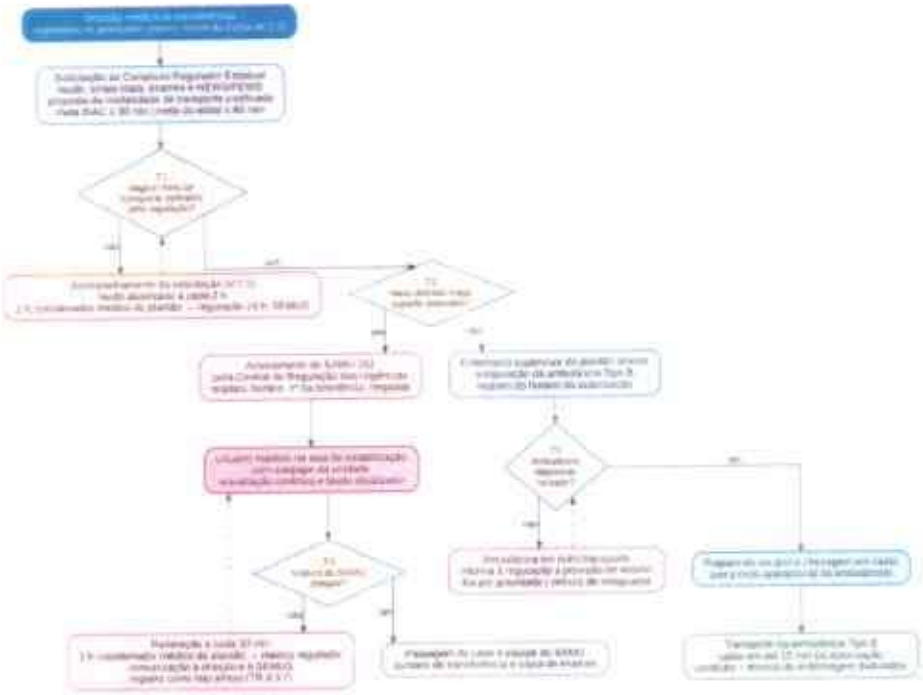


Figura 11.4 – Acionamento do transporte na transferência

Legenda dos fluxogramas. Caixa azul-escura: início ou passagem de caso. Caixa azul-clara: etapa. Caixa laranja: regulação, escalonamento ou desvio. Caixa vermelha: situação crítica. Caixa verde: desfecho. Losango: ponto de decisão. Linha tracejada: retorno ao ponto de decisão.

Da decisão de transferência à solicitação

O médico registra no prontuário eletrônico a decisão de transferência, e o horário desse registro é o marco inicial da Ficha IN 2.3 do Anexo II. Em seguida, com apoio do enfermeiro, registra a solicitação no sistema do Complexo Regulador Estadual, com laudo completo, sinais vitais, resultados de exames, escore de alerta e a proposta da modalidade de transporte, justificada pelos critérios da seção anterior. A meta interna do ISAC para esse intervalo é de até 30 minutos, com folga sobre a meta de 60 minutos do edital. Enquanto não houver vaga, a solicitação é acompanhada e escalonada conforme o capítulo 2: laudo atualizado a cada 2 horas ou a cada mudança clínica, contato do coordenador médico do plantão com a regulação médica às 2 horas e comunicação à Secretaria Municipal da Saúde às 6 horas (ponto T1).

Autorização e acionamento da tripulação

Liberada a vaga, a regulação define o meio de transporte (ponto T2). Se o meio for a ambulância da unidade, o enfermeiro supervisor do plantão registra o horário da autorização e aciona a tripulação. A meta interna é que a ambulância saia em até 15 minutos contados da

autorização. O prazo é possível porque a tripulação é dedicada, o veículo fica pronto desde a checagem de início de plantão e o preparo do usuário começa assim que a vaga é solicitada, e não quando é liberada.

Quando o meio definido é o SAMU 192

Se a regulação indicar suporte avançado, a equipe aciona o SAMU 192 pela Central de Regulação das Urgências e registra no prontuário o horário do acionamento, o número da ocorrência, o nome do interlocutor e a resposta obtida, como determina o item 5.5.3.3 do Termo de Referência. O usuário permanece na sala de estabilização, sob os cuidados da equipe da unidade, com reavaliação contínua. Se a viatura não chegar (ponto T3), o enfermeiro reitera o pedido a cada 30 minutos. Com 1 hora sem viatura, o coordenador médico do plantão fala diretamente com o médico regulador, e a direção da unidade e a Secretaria Municipal da Saúde são comunicadas. Todo o período de espera fica registrado como fato alheio à atuação da unidade, para os fins do item 8.3.7 do Termo de Referência. Com a chegada da viatura, o caso é passado à equipe do SAMU com o sumário de transferência e a cópia dos exames.

Demandas simultâneas e ambulância indisponível

Se a ambulância estiver em outro transporte quando uma nova autorização chegar (ponto T4), o enfermeiro supervisor informa ao Complexo Regulador a previsão de retorno e o tempo estimado até a disponibilidade. Quando houver mais de um usuário à espera, a ordem de saída segue a gravidade clínica, definida pelo médico com a regulação, e não a ordem de chegada das autorizações. Se a espera puser em risco o usuário, ou se a ambulância estiver fora de operação, o caso é levado à regulação para definição de outro recurso, e a Coordenação Administrativa aciona o veículo de retaguarda. A ambulância de uma UPA não cobre a outra.

Transferências para fora de Palmas

Transferências para outros municípios só ocorrem por determinação do Complexo Regulador. Como deixam a unidade sem ambulância por várias horas, o enfermeiro supervisor comunica a saída à Coordenação Administrativa — fora do horário administrativo, ao Gerente em sobreaviso —, que aciona o veículo de retaguarda sempre que a ausência estimada passar de 4 horas. A tripulação faz a viagem dentro da jornada; se a previsão de retorno ultrapassar o fim do plantão, a troca de tripulação é programada antes da saída, respeitados os limites de jornada e de descanso do condutor.

11.4.5 Operação do transporte

Cada transporte feito com a ambulância da unidade segue o mesmo ciclo, da autorização até a volta da ambulância à prontidão. A Figura 11.5 mostra esse ciclo, com os pontos de decisão T5 e T6.

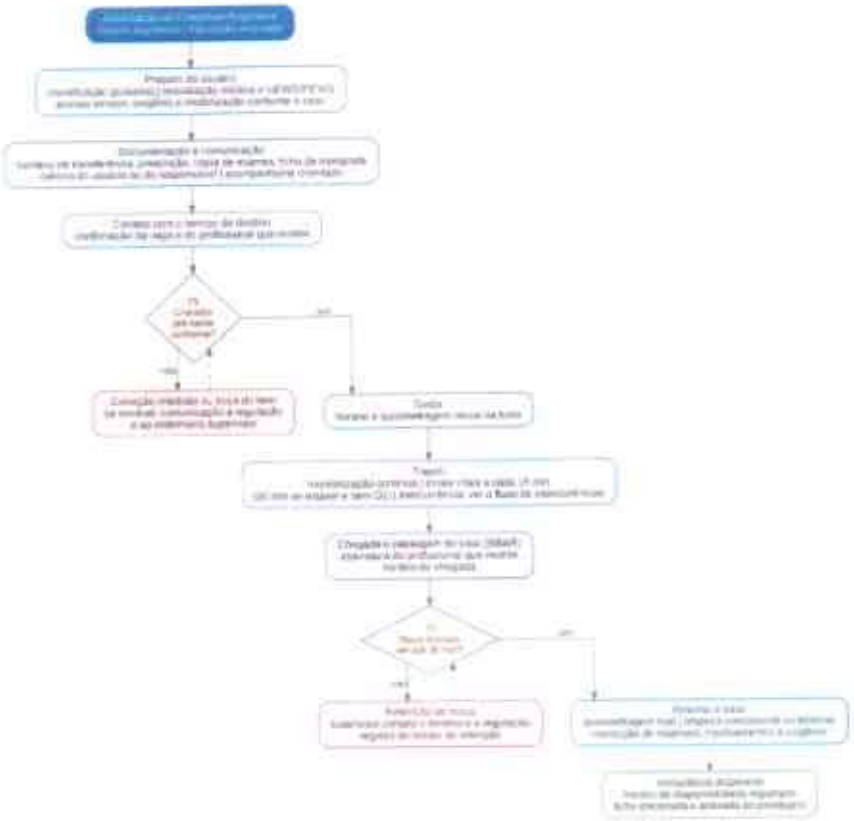


Figura 11.5 – Ciclo operacional da ambulância Tipo B

Preparo do usuário

Antes da saída, o médico reavalia o usuário e confirma que o quadro continua compatível com o suporte básico. Se o escore de alerta tiver subido para a faixa de suporte avançado, a modalidade é rediscutida com a regulação antes do embarque. O enfermeiro confere a identificação (pulseira com nome completo e data de nascimento), o acesso venoso fixado e permeável, o oxigênio necessário para o trajeto com margem de segurança, a imobilização, as sondas e os drenos fixados, as alergias sinalizadas e as medicações da prescrição que devem ser administradas durante o transporte. O usuário e o acompanhante são informados sobre o destino, o motivo da transferência e o tempo previsto de deslocamento.

Documentos que acompanham o usuário

Quadro 11.12 – Documentos que acompanham o usuário no transporte

Documento	Conteúdo	Responsável
Sumário de transferência	Identificação, história, exame físico, hipóteses diagnósticas, exames realizados, tratamento instituído, estado atual e motivo da transferência	Médico assistente

Documento	Conteúdo	Responsável
Prescrição para o trajeto	Medicações e cuidados a manter durante o transporte, com doses e horários	Médico assistente
Cópia dos exames	Laudos laboratoriais, eletrocardiograma e imagens, impressos ou em mídia	Enfermeiro
Ficha de transporte	Dados da solicitação, horários, quilometragem, sinais vitais e intercorrências (campos no Quadro 11.18)	Técnico de enfermagem e condutor
Registro de ciência	Ciência do usuário ou do responsável sobre a transferência; em caso de recusa, termo próprio com orientação sobre os riscos	Enfermeiro
Pertences	Relação de pertences entregues ao acompanhante ou encaminhados com o usuário	Enfermeiro

O enfermeiro supervisor faz contato com o serviço de destino antes da saída, confirma a vaga e o setor e anota o nome do profissional que vai receber o usuário. O contato prévio evita a chegada a um serviço que não está preparado e é exigência da Resolução CFM nº 1.672/2003.

Checagem pré-saída

Além da checagem completa feita no início de cada plantão, a tripulação confirma, antes de cada saída, os itens que mudam de um transporte para outro: pressão dos cilindros de oxigênio, carga do oxímetro, do aspirador e do desfibrilador, maca travada e cintos em condições de uso, maleta conferida e lacrada, material de imobilização compatível com o usuário e documentação completa (ponto T5). Um item fora de conformidade é corrigido na hora ou substituído com material da unidade. Se a correção não for possível, o enfermeiro supervisor comunica a regulação e aciona a retaguarda.

Durante o trajeto

O técnico de enfermagem viaja no compartimento do paciente, ao lado da maca, com o usuário monitorizado por oxímetro. Os sinais vitais são registrados na saída e na chegada e, no trajeto, a cada 15 minutos, ou a cada 30 minutos para o usuário estável e sem oxigênio. O acompanhante viaja sentado, com cinto de segurança. O condutor dirige em velocidade compatível com o estado do usuário e com as condições da via. Os sinais luminosos e sonoros são usados quando a condição clínica justificar a prioridade de trânsito prevista no art. 29 do Código de Trânsito Brasileiro, e nunca como rotina. O condutor não usa o telefone com o veículo em movimento: as comunicações são feitas pelo técnico ou com a ambulância parada.

Chegada, passagem do caso e retenção de maca

No destino, o técnico de enfermagem passa o caso ao profissional que recebe o usuário, no método SBAR, entrega a documentação e colhe a assinatura, com nome, registro profissional e horário, na ficha de transporte. O serviço de origem é responsável pelo usuário até esse momento. Se a maca da ambulância ficar retida porque o destino não tem leito ou maca para

receber o usuário (ponto T6), a tripulação comunica o enfermeiro supervisor aos 30 minutos. O supervisor faz contato com a chefia do serviço de destino e com a regulação, e o tempo de retenção é registrado. A retenção deixa a UPA sem ambulância e é tratada como indicador próprio.

Retorno e prontidão

De volta à base, o condutor registra a quilometragem final e a tripulação faz a limpeza concorrente, repõe os materiais e os medicamentos usados e confere o oxigênio. Se o usuário estava em precaução de contato, de gotículas ou de aerossóis, é feita a limpeza terminal antes de novo uso. Concluída a reposição, a tripulação informa ao enfermeiro supervisor que a ambulância está disponível, e o horário fica registrado. A ficha de transporte é encerrada e anexada ao prontuário do usuário.

Intercorrências no trajeto

A Figura 11.6 mostra a conduta diante de uma intercorrência durante o transporte (pontos T7 a T10). Na piora clínica, o técnico de enfermagem avalia o usuário e faz contato imediato com o médico regulador e com o médico da UPA de origem, que orientam a conduta e o destino: seguir para o serviço previsto, desviar para o serviço de urgência mais próximo indicado pela regulação ou voltar à UPA, se ela estiver mais perto, com aviso prévio à sala de estabilização. Na parada cardiorrespiratória, o técnico inicia a reanimação e usa o desfibrilador externo automático, e o condutor estaciona em local seguro, aciona o SAMU 192 e ajuda nas compressões. Na pane do veículo, o condutor estaciona em local seguro e sinaliza a via; com o usuário estável, é acionado o veículo de retaguarda ou, por meio da regulação, outra ambulância. No acidente de trânsito, o condutor sinaliza o local, a tripulação avalia os ocupantes, aciona o SAMU 192 e a autoridade de trânsito e comunica a direção da unidade; é lavrado boletim de ocorrência e, se houver trabalhador ferido, emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho.

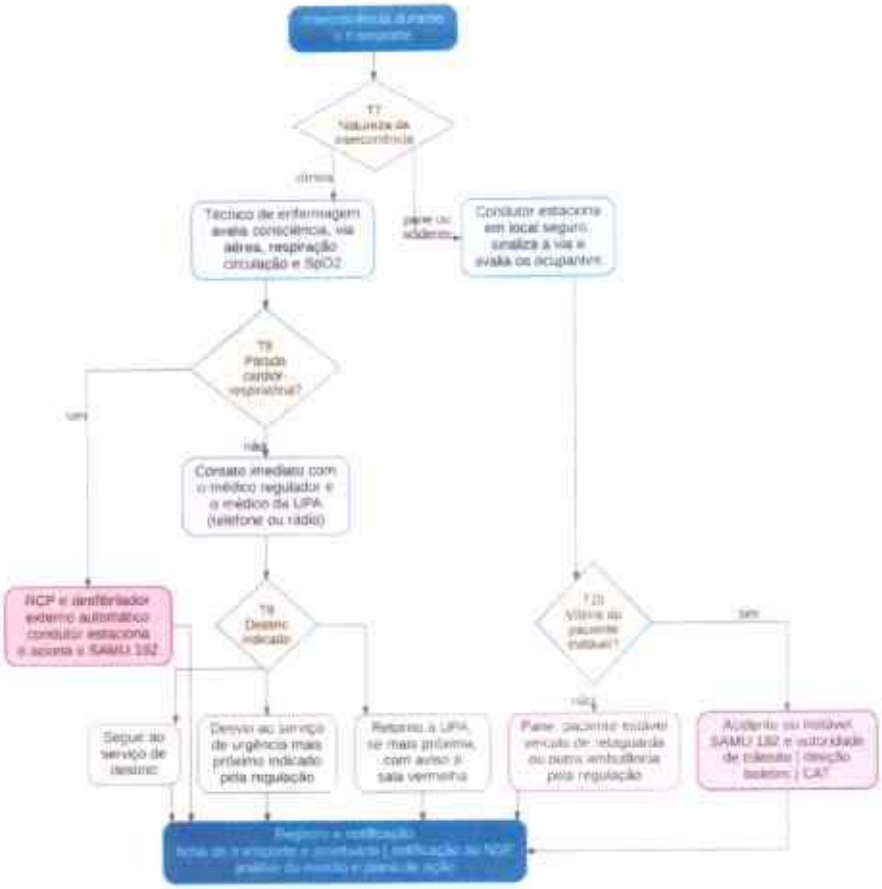


Figura 11.6 – Conduta diante de intercorrências durante o transporte

Toda intercorrência é registrada na ficha de transporte e no prontuário e notificada ao Núcleo de Segurança do Paciente, que analisa o evento e propõe as medidas de prevenção. Os eventos com dano ao usuário são levados também à Comissão de Revisão de Óbitos, quando houver óbito, e às reuniões de discussão de casos da educação permanente.

11.4.6 Tripulação

Composição e escala

Em cada plantão, a ambulância de cada UPA tem um condutor de veículo de urgência e um técnico de enfermagem, nas 24 horas, conforme o item 5.5.3.1 do Termo de Referência. Os dois postos, cobertos 7 dias por semana em plantões de 12 horas na escala 12x36, somam cinco condutores e cinco técnicos de enfermagem por unidade, os números do Quadro 7. As escalas são publicadas mensalmente com as demais escalas da unidade, e a ausência de um tripulante é coberta pela rotina de postos críticos do capítulo 24, com meta de reposição em até 2 horas.

Quadro 11.13 – Tripulação do transporte sanitário por unidade

Função	Postos diurnos	Postos noturnos	UPA Norte	UPA Sul	Jornada
Técnico de enfermagem — transporte sanitário	1	1	5	5	12x36
Condutor de veículo de urgência	1	1	5	5	12x36
Total por unidade	2	2	10	10	

Fonte: Termo de Referência.

Dedicação exclusiva

A tripulação é dedicada exclusivamente ao transporte sanitário e não é computada na cobertura assistencial das áreas internas (itens 5.5.3.2 e 7.4). Na prática, o técnico de enfermagem do transporte não é remanejado para a medicação, a observação ou a sala de estabilização, nem mesmo para cobrir falta, e o condutor não assume funções de portaria, de maqueiro ou de motorista administrativo. O tempo em que a ambulância está na base é usado nas atividades do próprio serviço: checagem e conservação do veículo e dos equipamentos, reposição de materiais, limpeza, registros e capacitação. A regra consta da escala e é conferida nas auditorias da Coordenação de Enfermagem.

Requisitos para a função

Quadro 11.14 – Requisitos da tripulação

Função	Requisitos
Condutor de veículo de urgência	Idade mínima de 21 anos; Carteira Nacional de Habilitação na categoria exigida para o veículo (CTB, art. 143), com preferência pela categoria D, com a observação de exercício de atividade remunerada; não ter cometido mais de uma infração gravíssima nos últimos 12 meses (CTB, art. 145). Curso especializado para condutor de veículo de emergência e treinamento de prática veicular em situação de risco (CTB, art. 145), com reciclagem a cada cinco anos, na forma do Contran (CTB, art. 145-A). Capacitação em suporte básico de vida e em movimentação e imobilização de pacientes, conforme a Portaria GM/MS nº 2.048/2002.
Técnico de enfermagem — transporte	Registro ativo no Coren-TO. Experiência em urgência e emergência, preferencialmente em atendimento pré-hospitalar ou transporte. Certificação em suporte básico de vida e capacitação em atendimento ao trauma e em transporte de pacientes.

A seleção segue o edital de processo seletivo do ISAC descrito no capítulo 24, com avaliação prática de direção para os condutores e de habilidades em suporte básico de vida para os técnicos de enfermagem.

Atribuições

Condutor de veículo de urgência. Conduzir a ambulância com segurança e dentro das normas de trânsito; fazer a checagem do veículo no início do plantão (freios, pneus, luzes,

sinais luminosos e sonoros, níveis de óleo e água, combustível, documentação); registrar a quilometragem de cada saída e de cada chegada; abastecer com o cartão-combustível e registrar o abastecimento; apoiar a movimentação e o embarque do usuário; auxiliar o técnico de enfermagem na reanimação e nas intercorrências; zelar pela conservação do veículo e da garagem; comunicar imediatamente qualquer defeito à Coordenação Administrativa.

Técnico de enfermagem do transporte. Conferir os equipamentos, os materiais, os medicamentos e o oxigênio no início do plantão e antes de cada saída; receber o usuário e a documentação na unidade; prestar a assistência de enfermagem no trajeto, sob supervisão do enfermeiro e conforme a prescrição médica; verificar e registrar os sinais vitais; reconhecer a piora clínica e acionar a regulação; iniciar o suporte básico de vida; passar o caso no destino; fazer a limpeza concorrente e participar da terminal; repor os materiais usados; preencher a ficha de transporte e os registros no prontuário.

Capacitação

A tripulação tem trilha própria na matriz do Programa de Educação Permanente (capítulo 25), com carga anual mínima de 46 horas, que inclui direção defensiva e condução de veículo de emergência, transporte seguro do paciente grave, suporte básico de vida com uso do desfibrilador, atendimento ao trauma e imobilização, limpeza e desinfecção da ambulância, checagem de equipamentos, comunicação com a regulação e proteção de dados. As simulações de parada cardiorrespiratória e de trauma são feitas também dentro da ambulância, com a equipe da sala de estabilização. Nenhum tripulante assume a escala sem ter concluído a integração e a capacitação específica do transporte.

Passagem de plantão da tripulação

A troca de tripulação é feita ao lado da ambulância. A tripulação que sai informa as ocorrências do plantão, os materiais consumidos e não repostos e qualquer defeito observado; a que entra faz a checagem completa e assina o checklist. O condutor que entra confere o odômetro e o nível de combustível registrados no diário de bordo. Se a ambulância estiver em transporte na hora da troca, a passagem é feita no retorno, e a tripulação que sai permanece até a entrega, com o tempo excedente registrado.

Segurança da tripulação

A tripulação usa uniforme com faixas refletivas e equipamentos de proteção individual adequados a cada transporte, mantém o esquema vacinal previsto no programa de saúde ocupacional e viaja com cinto de segurança sempre que a assistência ao usuário permitir. A jornada e o descanso do condutor são controlados pela escala e pelo ponto eletrônico, e não se admite dobra de plantão na condução. Os casos de agressão ou de ameaça durante o transporte seguem o Programa de Prevenção e Enfrentamento à Agressão Física, Moral ou Psicológica do ISAC (PRO.DGP.SED.005), com registro e apoio ao trabalhador.

11.4.7 Veículo, equipamentos e conservação

Especificação da ambulância

Cada ambulância atende à especificação do Tipo B da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 e aos itens listados no item 5.5.3.1 do Termo de Referência. O ISAC acrescenta o desfibrilador externo automático e o material pediátrico, porque a parada cardiorrespiratória no trajeto não pode esperar a chegada de outra viatura e porque as duas unidades atendem número expressivo de crianças.

Quadro 11.15 – Equipamentos da ambulância Tipo B

Grupo	Itens
Veículo e sinalização	Veículo tipo furgão com compartimento do paciente separado; sinalizadores ópticos e acústicos; iluminação interna; identificação da unidade e do SUS; equipamento de radiocomunicação e telefone celular corporativo; extintor de incêndio.
Maca e fixação	Maca articulada com rodas e sistema de travamento; cintos para o paciente; banco com cinto para o técnico e para o acompanhante; suporte para soro.
Oxigenoterapia e aspiração	Rede de oxigênio com cilindro fixo, válvula, manômetro visível e régua com saídas para fluxômetro com umidificador e para aspirador; cilindro e unidade portátil de oxigênio; aspirador; máscaras, cateteres e extensões.
Ventilação e monitorização	Reanimador manual (bolsa-válvula-máscara) adulto e infantil com reservatório; cânulas orofaríngeas de vários tamanhos; oxímetro de pulso; esfigmomanômetro adulto e infantil; estetoscópio; glicosímetro; termômetro; desfibrilador externo automático com pás adulto e pediátricas.
Imobilização	Prancha longa e prancha curta; colares cervicais de vários tamanhos, incluídos os pediátricos; imobilizador lateral de cabeça; talas para membros; colete imobilizador dorsal; bandagens triangulares.
Materiais de consumo	Luvas, gazes, compressas, ataduras, esparadrapo, tesoura de ponta romba, protetores para queimados e eviscerados, equipos, cateteres venosos, soluções para infusão, cobertores, lençóis e sacos para resíduos.
Maleta de urgência	Maleta de urgência com medicamentos básicos, conforme a lista padronizada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica; kit de parto; maleta pediátrica.
Proteção da equipe	Óculos, máscaras cirúrgicas e respiradores, aventais, coletes refletivos e lanterna.

Fonte: Portaria GM/MS nº 2.048/2002 e Termo de Referência.

Maleta de medicamentos

A composição da maleta de urgência é definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, com base na lista padronizada das unidades, e revista uma vez por ano ou sempre que o perfil dos transportes indicar. A maleta fica lacrada, com lacre numerado, e é conferida pela farmácia uma vez por semana e a cada abertura. O técnico de enfermagem só administra medicamentos prescritos pelo médico da unidade ou orientados pelo médico regulador, com registro na ficha de transporte. Medicamentos sujeitos a controle especial não ficam em estoque a bordo: quando prescritos para o trajeto, seguem com o usuário em dose individualizada, dispensada pela farmácia com a escrituração do capítulo 11.

Checklist de início de plantão

No início de cada plantão, o condutor e o técnico de enfermagem conferem o veículo e o compartimento do paciente com o checklist abaixo, no sistema ou em formulário, com assinatura dos dois. A ambulância só é declarada disponível depois da checagem. Qualquer item fora de conformidade é comunicado ao enfermeiro supervisor e à Coordenação Administrativa e registrado com a providência adotada.

Quadro 11.16 – Checklist de início de plantão da ambulância

Bloco	O que é conferido	Quem confere
Veículo	Documentos (licenciamento e seguro); odômetro e nível de combustível; pneus e estepe; freios; luzes e sinais luminosos e sonoros; óleo e água; limpeza; avarias	Condutor
Comunicação	Telefone corporativo com carga; rádio funcionando; lista de contatos atualizada	Condutor
Oxigênio	Pressão dos cilindros fixo e portátil; troca quando abaixo de um terço da carga; fluxômetro e umidificador	Técnico de enfermagem
Equipamentos	Oxímetro, aspirador, desfibrilador e glicosímetro ligados e testados; baterias carregadas	Técnico de enfermagem
Maca e imobilização	Maca e travas; cintos; pranchas, colares, talas e imobilizadores completos	Técnico de enfermagem
Maleta e materiais	Lacre da maleta íntegro e número conferido; materiais de consumo nas quantidades padrão; validades	Técnico de enfermagem
Biossegurança	Registro da última limpeza terminal; EPI disponível; saco e caixa para perfurocortantes	Técnico de enfermagem

Limpeza e desinfecção

A limpeza da ambulância segue as normas da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, com os mesmos produtos padronizados para as áreas críticas da unidade. Os resíduos gerados a bordo são segregados no próprio veículo e depositados no abrigo da unidade, de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (capítulo 4).

Quadro 11.17 – Rotina de limpeza e desinfecção da ambulância

Tipo	Quando	Como	Quem
Concorrente	Após cada transporte	Remoção de resíduos, limpeza e desinfecção da maca, das superfícies tocadas e dos equipamentos usados; troca da roupa da maca	Tripulação
Terminal	Semanal, após transporte de usuário em precaução de contato, gotículas ou aerossóis, e após contaminação com sangue ou secreções	Retirada dos equipamentos; limpeza e desinfecção de teto, paredes, piso, bancos, armários e equipamentos; registro em planilha	Tripulação, com apoio da higienização

Tipo	Quando	Como	Quem
Externa	Semanal ou quando necessário	Lavagem externa do veículo, em local próprio	Condutor ou serviço contratado

Manutenção preventiva e corretiva

A manutenção do veículo segue o plano do fabricante, com revisões programadas a cada 10.000 km ou a cada 6 meses, o que ocorrer primeiro, a cargo da locadora e acompanhadas pela Coordenação Administrativa, que agenda as revisões em horário de menor demanda e aciona o veículo de retaguarda durante a parada. Os defeitos encontrados na checagem ou no uso são comunicados no mesmo plantão, e a ambulância só volta a operar depois de liberada. Os equipamentos médicos de bordo entram no plano de manutenção e de calibração da engenharia clínica (capítulo 20), com etiqueta de controle em cada um. Cada ambulância tem prontuário do veículo, com o histórico de revisões, reparos, pneus, sinistros e trocas de equipamentos.

Documentação, seguro e licenciamento

A Coordenação Administrativa mantém em dia e acompanha os vencimentos do licenciamento anual, do seguro do veículo, com cobertura de responsabilidade civil e de acidentes pessoais dos ocupantes, da licença sanitária do veículo, requerida pelo ISAC à vigilância sanitária municipal antes do início da operação, do cadastro da ambulância no CNES da unidade e das habilitações e cursos dos condutores. As multas de trânsito são apuradas e o condutor é identificado no prazo legal. O documento do veículo e a apólice do seguro ficam a bordo.

Veículo de retaguarda

O contrato de locação prevê veículo de retaguarda equipado como Tipo B, entregue na unidade em até 4 horas sempre que a ambulância estiver em manutenção, avariada ou ausente por transferência longa. Até a chegada da retaguarda, as transferências autorizadas são levadas ao Complexo Regulador para definição de outro recurso, e a indisponibilidade é registrada com início, fim e motivo.

Conservação da garagem

A garagem de cada unidade é bem público cedido. Ela é vistoriada e fotografada na assunção e entra no inventário patrimonial descrito no capítulo 11. O ISAC mantém o espaço limpo, iluminado, sinalizado e livre de objetos estranhos ao serviço. A garagem também não é usada como depósito. A conservação predial entra no plano de manutenção do capítulo 20. A chave da ambulância fica sob guarda da tripulação em serviço, e uma chave reserva fica com a Coordenação Administrativa.

11.4.8 Controle de quilometragem e de combustível

O controle de quilometragem e de combustível mostra se cada quilômetro rodado corresponde a um transporte regulado e se o consumo está dentro do esperado para o veículo. Esses números sustentam o custo do serviço na prestação de contas. A Figura 11.7 mostra como os registros se cruzam.

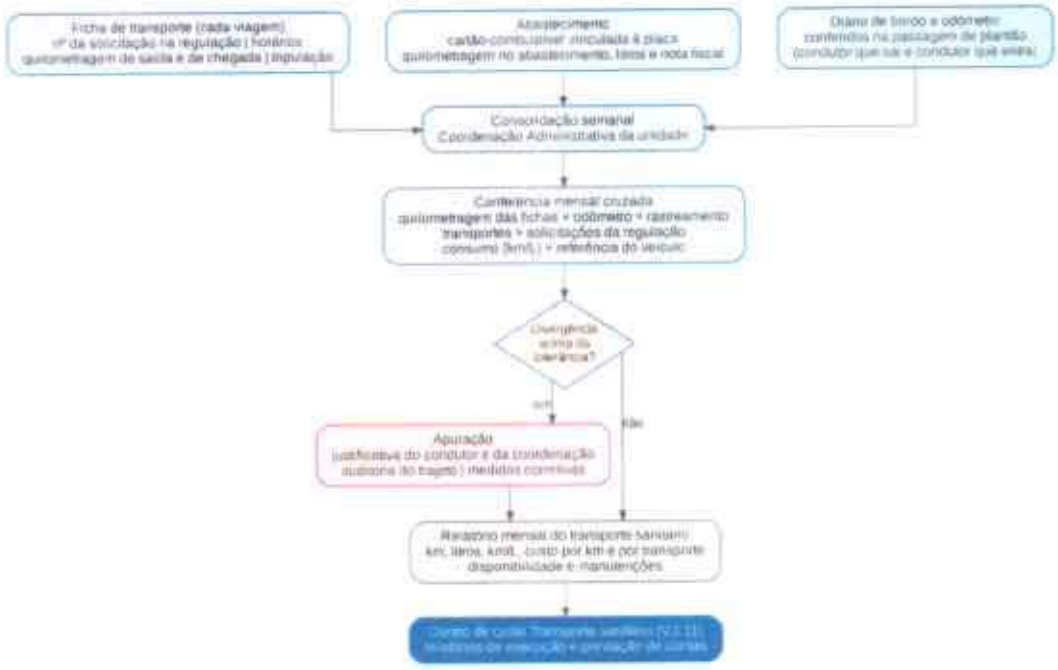


Figura 11.7 – Controle de quilometragem e combustível

Registro por viagem

Cada saída da ambulância gera uma linha no diário de bordo, com data, finalidade (transporte, abastecimento ou manutenção), número da solicitação no Complexo Regulador quando for transporte, origem e destino, horários, quilometragem de saída e de chegada e nome do condutor. A quilometragem é lida no odômetro e registrada na hora, e não no fim do plantão. O veículo tem rastreamento por GPS, exigido no contrato de locação, cujo relatório de trajetos é usado na conferência mensal.

Abastecimento

O abastecimento é feito com cartão-combustível vinculado à placa da ambulância, com limite mensal e bloqueio para outro tipo de combustível. Em cada abastecimento, o condutor informa a quilometragem no terminal do posto, e a nota fiscal é anexada ao diário de bordo. O tanque é mantido acima da metade, de modo que a ambulância nunca precise abastecer com usuário a

bordo. O abastecimento é feito, sempre que possível, logo depois de um transporte, no caminho de volta.

Conferência e tolerâncias

A Coordenação Administrativa consolida os registros toda semana e faz, no fim do mês, a conferência cruzada. Ela compara a quilometragem das fichas com a do odômetro e com o rastreamento, cada transporte com uma solicitação registrada na regulação e o consumo médio em quilômetros por litro com a referência do veículo. Diferenças acima de 10% no consumo, ou qualquer quilometragem sem viagem correspondente, são apuradas: o condutor e a coordenação apresentam justificativa, o trajeto é auditado, e as medidas corretivas e disciplinares seguem a Política de Consequências do ISAC.

Relatório mensal e custos

O relatório mensal do transporte sanitário traz, por unidade, o número de transportes por destino e por finalidade, a quilometragem total, os litros consumidos, o consumo médio, o custo por quilômetro e por transporte, a disponibilidade da ambulância, as manutenções realizadas e os indicadores deste manual. Os valores alimentam o centro de custo Transporte sanitário, na apuração de custos do capítulo 12, e os relatórios de execução da parceria.

11.4.9 Registros e informação

Todo transporte deixa registro em três lugares: no prontuário eletrônico do usuário, na ficha de transporte e, quando houver acionamento do SAMU 192, no registro de acionamentos da unidade. Os horários são o eixo desses registros. A Figura 11.8 mostra os sete marcos registrados em cada transporte e os intervalos que viram indicadores.



Figura 11.8 – Marcos de tempo do transporte

Quadro 11.18 – Campos da ficha de transporte

Bloco	Campos
Identificação	Unidade; nome, prontuário e data de nascimento do usuário; número da solicitação no Complexo Regulador; origem e destino; finalidade
Horários	Decisão de transferência (M1); solicitação (M2); autorização (M3); saída (M4); chegada (M5); liberação da maca (M6); disponibilidade (M7)
Veículo	Placa; quilometragem de saída e de chegada; condutor
Assistência	Diagnóstico e motivo da transferência; escore de alerta na saída; dispositivos (acesso, sonda, oxigênio e fluxo); sinais vitais na saída, no trajeto e na chegada; medicamentos administrados
Intercorrências	Descrição, horário, contato com a regulação, orientação recebida e conduta
Entrega	Nome, categoria, registro profissional e assinatura de quem recebe; horário; observações
Acompanhante	Nome e vínculo; pertences entregues

O registro de acionamentos do SAMU 192 traz, para cada caso, o horário de cada contato com a Central de Regulação das Urgências, o número da ocorrência, o nome do interlocutor, a resposta obtida, o horário de chegada da viatura e o tempo total de espera. É esse registro que permite demonstrar, na apuração das metas, que a demora não decorreu da atuação da unidade (TR, itens 5.5.3.3 e 8.3.7).

Os dados pessoais registrados na ficha se limitam ao necessário para a identificação e a segurança do usuário. As comunicações por telefone e rádio não mencionam o nome do usuário quando o canal não for reservado. As fichas são guardadas junto ao prontuário, pelo prazo de guarda do prontuário, e o diário de bordo e os comprovantes de abastecimento ficam com a documentação da parceria, pelo prazo exigido na prestação de contas.

11.4.10 Indicadores e metas internas

O transporte sanitário é acompanhado por indicadores próprios, apurados mensalmente por unidade a partir da ficha de transporte, do diário de bordo e dos registros de manutenção. Os resultados são analisados pela Diretoria Técnica e pela Coordenação Administrativa, apresentados na reunião mensal de gestão da unidade e levados aos relatórios de execução da parceria.

Quadro 11.19 – Indicadores do transporte sanitário

Indicador	Cálculo	Meta interna
Tempo entre decisão de transferência e solicitação (Ficha IN 2.3)	Média dos intervalos M1 a M2	≤ 30 min (edital ≤ 60 min)
Tempo de saída da ambulância	% dos transportes com intervalo M3 a M4 dentro da meta	≥ 90% em até 15 min
Retenção de maca no destino	Média dos intervalos M5 a M6 e nº de retenções acima de 30 min	Acompanhamento, com comunicação de cada caso

Indicador	Cálculo	Meta interna
Disponibilidade operacional da ambulância	Horas disponíveis ÷ horas do mês × 100	≥ 97%
Conformidade do checklist de início de plantão	Plantões com checklist completo ÷ plantões × 100	100%
Completude da ficha de transporte	Fichas com todos os campos obrigatórios ÷ transportes × 100	≥ 95%
Registro completo dos acionamentos do SAMU 192	Acionamentos com horário, nº da ocorrência e resposta ÷ acionamentos × 100	100%
Eventos adversos no transporte	Eventos notificados ÷ transportes × 100	Acompanhamento; nenhum evento grave evitável
Consumo de combustível	Km rodados ÷ litros consumidos, comparado à referência do veículo	Variação ≤ 10%
Manutenção preventiva no prazo	Revisões realizadas no prazo ÷ revisões programadas × 100	100%
Limpeza terminal conforme a rotina	Limpezas terminais realizadas ÷ programadas ou indicadas × 100	100%

11.4.11 Particularidades da UPA Norte e da UPA Sul

UPA Norte – José de Souza Dourado

A UPA Norte recebe em média 392 atendimentos por dia e atende também demanda espontânea de Porto Nacional, especialmente da região de Luzimangues. A sala de estabilização tem 6 leitos, um deles reservado à pediatria, o que aumenta a chance de haver mais de um usuário grave aguardando transferência ao mesmo tempo. Por isso, na UPA Norte, a fila por gravidade e a comunicação com a regulação sobre a ambulância em uso são acompanhadas de perto pelo enfermeiro supervisor. Os usuários de Luzimangues transferidos seguem o mesmo fluxo regulado; o retorno deles ao domicílio após a alta é articulado pelo serviço social com o município de origem.

UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar

A UPA Sul recebe em média 455 atendimentos por dia e é referência regional, pela Resolução CIB/TO nº 001/2017, para Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia. É, portanto, a unidade com mais usuários de outros municípios. As transferências desses usuários seguem o fluxo regulado deste manual, e o retorno ao município de origem depois da alta cabe às secretarias municipais, com apoio do serviço social da unidade. A UPA Sul atende mais crianças (16,8% dos atendimentos, contra 12,0% na UPA Norte) e mais casos ortopédicos (14,0%). A reposição do material pediátrico e de imobilização da ambulância é conferida com atenção especial, e as simulações de trauma pediátrico entram no calendário da tripulação.

11.4.12 Implantação

O transporte sanitário funciona desde o primeiro dia de gestão. As ações de implantação seguem as fases do cronograma físico de execução da parceria.

Quadro 11.20 – Cronograma de implantação do transporte sanitário

Fase	Ações	Produto
Pré-assunção	Contratação da locação das duas ambulâncias, com equipamentos, seguro e retaguarda. Vistoria e registro fotográfico das garagens cedidas. Seleção, integração e capacitação específica das tripulações (capítulos 24 e 25). Pactuação dos fluxos e contatos com o Complexo Regulador Estadual e com a Central de Regulação das Urgências; acesso ao sistema de regulação. Cartão-combustível, diário de bordo, ficha de transporte e checklist disponíveis no sistema.	Ambulâncias equipadas e tripulações escaladas antes do primeiro plantão
Assunção (dias 1 a 30)	Operação 24 horas nas duas unidades. Checklist em todos os plantões e auditoria diária das fichas pelo enfermeiro supervisor. Registro de todos os acionamentos do SAMU 192.	Serviço em operação com registros completos
Estabilização (dias 31 a 60)	Primeiro relatório mensal do transporte sanitário. Simulação de parada cardiorrespiratória e de acidente com cada tripulação. Ajuste das rotinas a partir das ocorrências do primeiro mês.	Relatório mensal e rotinas ajustadas
Consolidação (dias 61 a 90)	Série de indicadores com três meses. Revisão deste manual e apresentação dos resultados à Secretaria Municipal da Saúde.	Manual revisado e indicadores estabelecidos
Execução ordinária (mês 4 em diante)	Relatórios mensais, conferência de quilometragem e de combustível, manutenção programada e educação permanente.	Serviço em regime

11.4.13 Revisão do manual

Este manual é revisto uma vez por ano pela Diretoria Técnica, com a participação da Coordenação de Enfermagem, da Coordenação Administrativa, do Núcleo de Segurança do Paciente e da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Também é revisto sempre que houver mudança nas normas, nos fluxos pactuados com o Complexo Regulador ou na frota, ou quando a análise de um evento adverso indicar necessidade. Cada nova versão é apresentada às tripulações e às equipes da sala de estabilização antes de entrar em vigor, e a mudança é incluída nas passagens de plantão do mês seguinte, como prevê o Programa de Educação Permanente.

AREA DE ATIVIDADE · PROCESSOS E MANUAIS

12 Manual de rotinas administrativo-financeiras e de gestão de custos

A gestão de uma parceria de R$ 81,8 milhões ao ano, executada em duas unidades com contabilidade segregada, não se sustenta em boa intenção administrativa: sustenta-se em rotina escrita, alçada definida e documento que se deixa auditar. O manual apresentado a seguir é o instrumento que fixa essa rotina para a UPA 24h Norte e a UPA 24h Sul — de como se compra uma caixa de luva a como se fecha o custo do mês e se protocola a prestação de contas no dia 20.

Ele não é um texto redigido para o certame. O Instituto Saúde e Cidadania já opera com uma Política de Compras, Contratações e Alienações aprovada pelo Conselho de Administração em 14 de janeiro de 2020 e registrada no 1º Ofício de Brasília sob o protocolo nº 156.793, e com uma Política de Gestão de Custos aprovada pela Presidência, que adota o custeio por absorção e a apuração por centros de custo em todas as unidades geridas. O que este manual faz é traduzir essas duas normas institucionais para o regime jurídico desta parceria — a Lei Federal nº 13.019/2014, o Decreto Municipal nº 2.121/2021, alterado pelo Decreto Municipal nº 2.958/2026, e o Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026.

O manual é apresentado em texto integral, como minuta, na forma do item 1.8 do Anexo V. É também o documento que cumprirá a obrigação do item 10.4, alínea "f", do Termo de Referência, que determina o encaminhamento à Secretaria Municipal da Saúde, em até 45 dias da assinatura, do regulamento próprio de compras e contratações com recursos públicos.

12.1 O que o manual resolve

Cinco perguntas organizam o texto. Como se compra, com que critério e com que registro de cotação. Como se paga, como se recebe o repasse e como se movimenta a conta específica da parceria. Como se apura o custo e como ele é rateado entre os centros de custo, em correspondência com os Grupos A a D da planilha do Anexo VI. Como se guarda e se identifica o documento contábil e fiscal. E como se produz, mês a mês, a prestação de contas que o Anexo VIII exige. Os capítulos respondem a essas perguntas na ordem em que o dinheiro percorre a parceria.

Quadro 12.1 – Estrutura do manual

Capítulo	Conteúdo
I	Objeto, aplicação às duas unidades e fundamentos normativos
II	Organização administrativo-financeira, segregação de funções e alçadas
III	Compras e contratações: fases, critérios de seleção e registro das cotações
IV	Conta bancária específica, contas a pagar, contas a receber e conciliação
V	Apuração e rateio de custos por centro de custo, em correspondência com os Grupos A a D do Anexo VI

Capítulo	Conteúdo
VI	Guarda, organização e identificação da documentação contábil e fiscal
VII	Elaboração dos relatórios e das prestações de contas, com prazos de fechamento
VIII	Controles internos, auditoria independente e transparência
IX	Vigência, revisão e casos omissos

12.2 Decisões consolidadas nesta proposta

- **Uma parceria, duas contabilidades.** O ISAC constitui filial com CNPJ próprio por unidade gerida. A escrituração, os centros de custo, o quadro de pessoal e os relatórios são produzidos separadamente para a UPA Norte (CNES 2755289) e para a UPA Sul (CNES 2492555), e consolidados apenas no que o Termo de Referência exige consolidado.
- **Conta específica por finalidade.** São três contas distintas: a conta da parceria, a conta do fundo de provisão para despesas trabalhistas e a conta do complemento do piso da enfermagem. Nenhuma recebe recurso de origem diversa, e nenhuma é usada para finalidade diversa.
- **Custeio por absorção, como na política institucional.** Todos os custos diretos e indiretos necessários à prestação do serviço são apropriados aos centros de custo produtivos, auxiliares e administrativos, com rateio por direcionador declarado e auditável.
- **Três por cento é teto, não meta.** Os custos indiretos compartilhados com a sede são apropriados pelo valor efetivamente incorrido, com memória de rateio mensal, observado o limite do item 9.6.2. Não há, em nenhum percentual, despesa a título de taxa de administração ou de gerência.
- **O limite de 70% é controle mensal, não apuração anual.** A relação entre a despesa do Grupo A e a despesa total de custeio de cada unidade é apurada no fechamento de cada competência, com alerta formal à Diretoria Geral quando ultrapassar 67%.
- **Documento sem identificação não entra no processo.** Toda nota fiscal, recibo e comprovante de pagamento recebe, no corpo do documento, o número do Termo de Colaboração e a identificação da unidade, antes de ser liquidado e arquivado.
- **O relatório do dia 20 começa no dia 1º.** O calendário interno de fechamento é regressivo a partir do prazo legal, de modo que o protocolo seja o último ato de um processo já conferido, e não uma corrida.

12.3 Articulação com os demais itens da Proposta Técnica

Este manual não se basta. O controle de estoque, a dispensação e o inventário patrimonial estão no manual do capítulo 11, e aqui entram apenas no ponto em que viram requisição de compra, consumo apropriado ao centro de custo e bem tombado. O sistema informatizado que sustenta as rotinas é o do capítulo 9. O quadro de pessoal que alimenta o Grupo A é o do

capítulo 22, e a política de seleção e contratação que o origina é a do capítulo 24. A planilha de composição de custos do Anexo VI é o espelho financeiro deste manual: o plano de contas descrito no Capítulo V reproduz, conta a conta, os Grupos A a D ali apresentados.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 1 de 30

12.4 Manual de Rotinas Administrativo-Financeiras e de Gestão de Custos

Código MAN.DIREU.SED.003 · versão 00 (minuta) · documento de 2º nível (norma) na hierarquia da Norma Zero, estruturado no modelo de regimento do Anexo VIII (capítulos, artigos, incisos e alíneas).

CAPÍTULO I – DO OBJETO, DA APLICAÇÃO E DOS FUNDAMENTOS

Art. 1º Este Manual estabelece as rotinas administrativas, financeiras, contábeis e de apuração de custos aplicáveis à execução do Termo de Colaboração celebrado entre o Município de Palmas, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, e o Instituto Saúde e Cidadania, para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde da UPA 24h Norte – José de Souza Dourado e da UPA 24h Sul – Gerson Pires de Aguiar.

Art. 2º O Manual aplica-se a todos os empregados, dirigentes, prestadores de serviço e fornecedores que participem, em qualquer medida, de ato de compra, contratação, pagamento, recebimento, escrituração, apropriação de custo ou prestação de contas custeado com recursos da parceria.

Parágrafo único. A observância deste Manual é condição de regularidade do ato administrativo e financeiro, e o seu descumprimento sujeita o responsável às medidas da Política de Consequências do Instituto, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal.

Art. 3º As rotinas deste Manual observam:

I – a Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, em especial os arts. 45, 46, 51 e 58 a 72;

II – o Decreto Municipal nº 2.121, de 2021, alterado pelo Decreto Municipal nº 2.958, de 2026, em especial os arts. 70 a 84-B;

III – o Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026, em especial os capítulos 9, 10 e 20 e o seu Anexo VIII;

IV – a Política de Compras, Contratações e Alienações do Instituto Saúde e Cidadania, aprovada pelo Conselho de Administração em 14 de janeiro de 2020 e registrada sob o protocolo nº 156.793 no 1º Ofício de Brasília;

V – a Política de Gestão de Custos do Instituto Saúde e Cidadania, versão 01, de 12 de novembro de 2025;

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 2 de 30

VI – a Norma de Gestão de Documentos do Instituto, quanto à elaboração, à aprovação e à revisão deste Manual;

VII – as Normas Brasileiras de Contabilidade aplicáveis às entidades sem finalidade de lucros, em especial a ITG 2002 (R1);

VIII – a Lei Federal nº 13.709, de 2018, quanto ao tratamento de dados pessoais contidos em documentos financeiros e de folha de pagamento.

Art. 4º Em caso de divergência entre este Manual e as normas institucionais do Instituto, prevalece, na execução desta parceria, a regra mais restritiva ou mais exigente em termos de controle, publicidade e comprovação da despesa.

Art. 5º A execução financeira da parceria é segregada por unidade, ainda que centralizada em alguns processos de apoio, e cada unidade possui inscrição própria no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, na condição de filial, com escrituração contábil autônoma.

§ 1º A segregação alcança a escrituração contábil, os centros de custo, o quadro de pessoal, os contratos com terceiros, o controle patrimonial e os relatórios exigidos pelo Anexo VIII.

§ 2º Quando um mesmo contrato ou aquisição atender às duas unidades, o processo registrará desde a solicitação o critério de divisão entre elas, e a despesa será apropriada proporcionalmente, vedado o lançamento integral em uma única unidade.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA E DAS ALÇADAS

Art. 6º A execução administrativo-financeira da parceria é dirigida pela Diretoria Geral das UPAs, exercida pelo Superintendente Administrativo e Financeiro do Instituto, e executada pelas áreas de Gestão Financeira e Contabilidade e de Compras e Contratos da sede e, em cada UPA, pelo Gerente da Unidade, responsável administrativo-financeiro, a quem se vinculam a Coordenação Administrativa (farmácia, almoxarifado e patrimônio) e a recepção e o faturamento, na estrutura do regimento interno do capítulo 6 da Proposta Técnica e do organograma do capítulo 23 da Proposta Técnica.

Art. 7º Compete à Diretoria Geral das UPAs:

I – responder pela regularidade da execução financeira perante o Gestor da Parceria e a Comissão de Monitoramento e Avaliação;

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 3 de 30

II – autorizar previamente, na forma da Política de Compras do Instituto e do Anexo II deste Manual, a compra acima de R$ 20.000,00 não realizada em plataforma eletrônica de compras e a contratação de serviço acima de R$ 160.000,00;

III – aprovar o orçamento anual de cada unidade e acompanhar a sua execução;

IV – assinar, em conjunto com a Presidência ou com quem esta designar, a movimentação da conta específica;

V – encaminhar os relatórios e as prestações de contas à Superintendência de Atenção Especializada, após o visto de liberação do Controle Interno da sede;

VI – responder às notificações, aos pedidos de esclarecimento e às glosas, nos prazos deste Manual.

Art. 8º Compete à Gestão Financeira da sede do Instituto consolidar as informações de custos, monitorar a aplicação da Política de Gestão de Custos, operar o fluxo de acompanhamento e cobrança dos repasses contratuais e promover a capacitação das equipes das unidades. Por meio da Gestão Financeira e Contabilidade, a sede movimenta a conta específica, programa os pagamentos, concilia, escritura por centro de custo de cada unidade e monta os relatórios e as prestações de contas.

Art. 9º Compete à equipe de prestação de contas da sede do Instituto, a mesma que acompanha as prestações de contas das demais unidades geridas pelo Instituto, prestar às UPAs assessoramento específico na elaboração dos relatórios e das prestações de contas: implantar a rotina antes do primeiro relatório, definir com a Gestão Financeira e Contabilidade da sede e com os Gerentes das Unidades o modelo de cada documento na ordem do Anexo VIII do Termo de Referência, acompanhar o fechamento de cada competência e conferir o atendimento dos requisitos de forma e de conteúdo antes do envio ao Controle Interno.

Art. 10 Compete ao Controle Interno da sede do Instituto, independente das unidades e de quem elabora os relatórios, aplicar a lista de conferência do Anexo IV antes de cada protocolo, testar por amostragem os documentos de despesa e emitir o visto de liberação, sem o qual nenhum relatório ou prestação de contas é protocolizado; e, depois do pronunciamento da Secretaria Municipal da Saúde, conferir a versão a publicar e liberar a sua publicação, na forma do capítulo 17 da Proposta Técnica.

Art. 11 Compete ao Gerente de cada unidade, que exerce a função de Diretor da unidade prevista na Política de Compras do Instituto, executar o orçamento da sua unidade, autorizar as compras e as contratações da unidade na alçada do Anexo II, analisar criticamente a

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 4 de 30

evolução dos custos sob a sua responsabilidade, propor medidas de correção e atestar o recebimento de bens e serviços no âmbito da unidade.

Art. 12 As funções de solicitar, autorizar, cotar, contratar, receber, liquidar, pagar e conciliar são exercidas por pessoas distintas, observada a segregação de funções descrita no Anexo II.

§ 1º É vedado que o mesmo agente autorize a despesa e efetue o respectivo pagamento.

§ 2º É vedado que o responsável pela conciliação bancária tenha perfil de inclusão ou de aprovação de pagamentos no sistema bancário.

§ 3º A acumulação excepcional de funções, por ausência eventual, é formalizada por designação escrita, com prazo determinado, e registrada no processo correspondente.

Art. 13 É vedada a participação, na decisão de compra ou de contratação, de agente que tenha com o fornecedor relação de parentesco até o terceiro grau, vínculo societário, de emprego ou de prestação de serviço, devendo o impedimento ser declarado por escrito e juntado ao processo.

CAPÍTULO III – DAS COMPRAS E DAS CONTRATAÇÕES

Seção I – Dos princípios e da forma do processo

Art. 14 As compras e contratações de bens, obras e serviços custeadas com recursos da parceria observam os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade e da eficiência, e são precedidas de consulta de preços e, quando o objeto exigir, de verificação da capacidade técnica do fornecedor.

Art. 15 O processo de compras e contratações é sempre formal, físico ou eletrônico, autuado de forma sequencial segundo o padrão "Compras (ou Contratações) nº sequencial/ano – unidade", e é integralmente disponibilizado no sítio eletrônico do Instituto, na forma da Política de Compras e da Lei Federal nº 12.527, de 2011.

Parágrafo único. Os processos relativos a esta parceria recebem identificação adicional com o número do Termo de Colaboração e com a sigla da unidade beneficiada, de modo que a sua extração para a prestação de contas seja imediata.

Art. 16 O processo de compras e contratações observa as fases da figura constante deste Manual, na seguinte ordem: solicitação; autorização de abertura; termo de referência; consulta de preços; recebimento das propostas e apuração da melhor proposta; autorização da despesa; formalização; recebimento e ateste; liquidação; e pagamento.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 5 de 30

Processo formal, físico ou eletrônico, publicado no sítio do ISAC

C1 Solicitação formal do setor ao Gerente da Unidade, com justificativa da necessidade e posição de estoque

↓

C2 Autorização de abertura e autuação do processo (Compras/Contratações nº sequencial/ano – unidade)

↓

C3 Termo de referência do objeto (dispensado para material médico e medicamento padronizados)

↓

C4 Consulta de preços, publicada e não sigilosa (aviso no site do ISAC; jornal acima de R$ 160.000,00) → Dispensa ou inexigibilidade: motivação e juntada ao processo

↓

C5 Recebimento das propostas e mapa comparativo (mínimo de 2 interessados; deserta, repete-se a cotação)

↓

C6 Julgamento objetivo pelo termo de referência (escolha diversa do menor preço exige motivação escrita)

↓

C7 Autorização da despesa na alçada e formalização (contrato ou ordem de compra, com dotação na parceria)

↓

C8 Recebimento, ateste, liquidação e pagamento por transferência eletrônica da conta específica

Todo documento recebe, no corpo, o número do Termo de Colaboração e a identificação da unidade.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 6 de 30

Figura 12.1 – Fases das compras e contratações

Seção II – Da solicitação e do termo de referência

Art. 17 A solicitação de compra ou de contratação é formal, parte do setor requisitante e é dirigida ao Gerente da Unidade, instruída com a justificativa da necessidade, a especificação do objeto, o quantitativo pretendido, a posição atualizada do estoque, quando for o caso, e a indicação do centro de custo a ser onerado.

§ 1º O Gerente da Unidade verifica a pertinência e a compatibilidade com o orçamento da unidade e, estando justificada, autoriza a abertura do processo, conduzido pela área de Compras e Contratos da sede, na alçada do Anexo II.

§ 2º A solicitação que não indique o centro de custo é devolvida ao requisitante, sem autuação.

Art. 18 Nenhum procedimento de cotação é aberto sem termo de referência, do qual constarão a descrição do objeto, os prazos de entrega ou de execução, a vigência contratual, as obrigações da contratada e os critérios de aceitação, servindo de base para a contratação e para a isonomia entre os interessados.

§ 1º É dispensado o termo de referência na compra de materiais médico-hospitalares e de medicamentos constantes do rol de padronização da unidade, caso em que a solicitação se instrui com a posição de estoque e, quando o item não for padronizado, com a autorização da Diretoria Técnica.

§ 2º Nos casos de dispensa e de inexigibilidade, o termo de referência é igualmente exigido como referencial da contratação, acompanhado da justificativa da hipótese invocada.

Seção III – Da consulta de preços e do registro das cotações

Art. 19 A consulta de preços não é sigilosa, é publicada e permanece acessível ao público, observadas as seguintes regras de divulgação:

I – aviso no sítio eletrônico do Instituto e, quando cabível, em plataforma eletrônica especializada e no Diário Oficial do Município de Palmas;

II – acima de R$ 160.000,00 (cento e sessenta mil reais) de valor estimado, também em jornal de grande circulação na área territorial da unidade;

III – abaixo de R$ 16.000,00 (dezesseis mil reais), ou em situação de urgência devidamente caracterizada, a divulgação pode ser simplificada, mantida a consulta a fornecedores do ramo e o registro no processo.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 7 de 30

Art. 20 O registro das cotações é feito em mapa comparativo de preços, juntado ao processo, do qual constam, para cada proposta recebida:

I – identificação do proponente, com razão social, inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica e dados de contato;

II – data e meio de recebimento da proposta, com cópia integral do documento ou do correio eletrônico;

III – descrição do item ofertado, marca, modelo, unidade de fornecimento e quantidade;

IV – preço unitário e total, condições de pagamento, prazo de entrega e prazo de validade da proposta;

V – declaração do proponente quanto à inexistência de impedimento e à veracidade das informações.

§ 1º A consulta é dirigida a, no mínimo, três fornecedores do ramo, e o processo registra as tentativas sem resposta, com identificação do destinatário e da data.

§ 2º Havendo menos de dois interessados, repete-se a cotação nos mesmos moldes; persistindo a situação, pode ser procedida a dispensa da consulta de preços, com a devida motivação.

§ 3º O mapa comparativo é assinado por quem o elaborou e por quem o conferiu, e integra o processo que instrui a prestação de contas.

Seção IV – Dos critérios objetivos de seleção

Art. 21 A escolha da melhor proposta é objetiva e orientada pelo termo de referência, podendo considerar, além do preço, os seguintes critérios, previamente definidos e ponderados no instrumento convocatório da cotação:

I – adequação técnica do bem ou serviço à especificação, atestada pela área requisitante;

II – prazo de entrega ou de execução e capacidade de atendimento continuado;

III – condições de garantia, de assistência técnica e de reposição;

IV – qualificação do fornecedor, aferida por atestados de idoneidade técnica ou por avaliação de especialista, conforme a complexidade do objeto;

V – regularidade fiscal, trabalhista e sanitária do fornecedor;

VI – custo total de propriedade, quando o objeto envolver consumo, manutenção ou insumo vinculado.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 8 de 30

§ 1º Quando a escolha se basear unicamente no preço, dispensa-se documento formal de apuração, servindo o despacho de autorização da compra.

§ 2º Quando a escolha não recair sobre a proposta de menor valor, a decisão é motivada e fundamentada por escrito, com demonstração do critério que a justificou.

§ 3º A decisão sobre a melhor oferta cabe à Gerência de Compras da sede, com a homologação do Gerente da Unidade e, nas hipóteses de autorização prévia do Anexo II, da Superintendência Administrativa do Instituto, que exerce a Diretoria Geral das UPAs.

Art. 22 A qualificação dos fornecedores de materiais médico-hospitalares, medicamentos e produtos para saúde exige, além da regularidade fiscal:

I – registro do produto no Ministério da Saúde, publicado no Diário Oficial da União, para fabricante e distribuidor;

II – carta de autorização de comercialização emitida pelo fabricante, no caso de distribuidor ou representante;

III – licença de funcionamento emitida pela vigilância sanitária;

IV – certificado de responsabilidade técnica emitido pelo conselho regional de classe, ou o protocolo de assunção da responsabilidade;

V – certificado de boas práticas de fabricação e controle expedido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para o fabricante;

VI – autorização especial para medicamentos sujeitos a controle especial, na forma da Portaria SVS/MS nº 344, de 1998.

Seção V – Da dispensa, da inexigibilidade e das vedações

Art. 23 A consulta de preços pode ser dispensada, mediante justificativa escrita juntada ao processo, nas hipóteses da Política de Compras do Instituto, entre elas o início de contrato de gestão emergencial, a urgência que atinja o objeto da parceria, a cotação deserta, a existência de ata de registro de preços vigente ou de contrato similar do Instituto em outra unidade com o mesmo objeto.

Art. 24 É inexigível a consulta de preços quando a competição for inviável, especialmente na contratação de serviços médicos de plantão e consultas, de serviços jurídicos, contábeis, de compliance e de auditoria, na aquisição de bens fornecidos por produtor ou representante exclusivo, comprovada a exclusividade, e na contratação de serviços técnicos de natureza

singular com profissionais de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação.

Art. 25 É vedada, com recursos da parceria:

I – a despesa a título de taxa de administração, de gerência ou similar, em qualquer percentual;

II – o pagamento, a qualquer título, de servidor ou empregado público, salvo nas hipóteses legalmente admitidas;

III – a contratação de fornecedor cujo sócio ou dirigente seja dirigente do Instituto ou cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, de dirigente do Instituto ou de agente público da Secretaria Municipal da Saúde com atuação na parceria;

IV – o pagamento antecipado, salvo quando a prática do mercado o impuser, caso em que serão exigidas garantias e a justificativa constará do processo;

V – o fracionamento de despesa com o propósito de afastar a modalidade de divulgação ou a alçada aplicável.

Seção VI – Dos contratos e do recebimento

Art. 26 A contratação de serviços continuados é formalizada por contrato escrito, com objeto determinado, forma de medição, preço, vigência, obrigações das partes, hipóteses de rescisão e indicação expressa de que a despesa é custeada com recursos do Termo de Colaboração, com o seu número expresso.

§ 1º Os contratos são relacionados mensalmente, com identificação do contratado, do objeto, da forma de medição e do valor mensal, para instruir o relatório trimestral consolidado.

§ 2º A prorrogação e a alteração contratual são precedidas de avaliação da vantajosidade, com pesquisa de preços atualizada quando a vigência ultrapassar doze meses.

Art. 27 O recebimento de bens e serviços é atestado por agente distinto do que autorizou a despesa, mediante conferência de quantidade, especificação, validade e condições de entrega, com registro no sistema e entrada no estoque ou no patrimônio, na forma do manual do capítulo 11 da Proposta Técnica.

Parágrafo único. O ateste é condição da liquidação, e nenhum pagamento é processado sem ele.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 10 de 30

CAPÍTULO IV – DA EXECUÇÃO FINANCEIRA, DA CONTA ESPECÍFICA E DAS CONTAS A PAGAR E A RECEBER

Seção I – Da conta bancária específica

Art. 28 Os recursos da parceria são recebidos e movimentados exclusivamente em conta corrente bancária específica, isenta de tarifa, aberta pelo Instituto logo após a assinatura, em banco público indicado pela Secretaria Municipal da Saúde, e usada somente para a execução do objeto, como determina o art. 51 da Lei nº 13.019/2014.

§ 1º São mantidas, adicionalmente, conta específica para o fundo de provisão de despesas trabalhistas e conta específica para os recursos do complemento do piso salarial da enfermagem, vedada em ambas a utilização para finalidade diversa.

§ 2º O extrato da conta do fundo de provisão é encaminhado trimestralmente à Secretaria Municipal da Saúde.

§ 3º Os dados de todas as contas, com agência, número e finalidade, são informados ao Gestor da Parceria no ato da assinatura e sempre que alterados.

Art. 29 Enquanto não são usados, os recursos ficam aplicados: em caderneta de poupança, se o uso estiver previsto para um mês ou mais; em fundo de curto prazo ou em operação de mercado aberto com títulos da dívida pública, se o uso estiver previsto para antes disso.

Parágrafo único. Os rendimentos só podem ser usados no objeto da parceria, prestam contas como os demais recursos e aparecem em linha própria do relatório.

Art. 30 Os pagamentos são feitos por transferência eletrônica, com identificação do beneficiário final. Pagamento em espécie só ocorre em caso excepcional, autorizado e justificado, e a autorização fica registrada no processo.

§ 1º É vedado o saque em espécie para formação de fundo fixo sem autorização expressa da Diretoria Geral e sem prestação de contas do fundo na mesma competência.

§ 2º O beneficiário do pagamento é, obrigatoriamente, o emitente do documento fiscal, vedado o pagamento a terceiro não identificado no processo.

Seção II – Das contas a pagar

Art. 31 A rotina de contas a pagar compreende as etapas de recepção do documento fiscal, conferência, liquidação, programação, aprovação e pagamento, com os seguintes controles:

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 11 de 30

I – conferência tríplice entre o pedido ou contrato, o documento fiscal e o ateste de recebimento, com verificação de quantidade, preço e condições pactuadas;

II – identificação, no corpo do documento fiscal, do número do Termo de Colaboração e da unidade a que a despesa se refere;

III – verificação da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária do fornecedor, quando exigível;

IV – apuração e retenção dos tributos devidos na fonte, com recolhimento nos prazos legais;

V – classificação contábil e apropriação ao centro de custo e ao grupo de despesa correspondentes;

VI – inclusão na programação semanal de pagamentos, por data de vencimento;

VII – aprovação na alçada do Anexo II e liberação bancária por duas assinaturas.

§ 1º Documento fiscal sem ateste, sem identificação da parceria ou com divergência não sanada não é liquidado, e a pendência é comunicada ao fornecedor e ao setor requisitante em até dois dias úteis.

§ 2º A programação de pagamentos observa a ordem cronológica das exigibilidades, ressalvadas as despesas cuja antecipação seja necessária para evitar interrupção de serviço essencial, justificada no processo.

§ 3º As despesas com pessoal e os respectivos encargos têm prioridade sobre as demais, de modo a preservar a regularidade das obrigações trabalhistas e previdenciárias.

Seção III – Das contas a receber e do acompanhamento do repasse

Art. 32 O repasse mensal da parceria é monitorado diariamente pela Gestão Financeira, que confronta o valor creditado com o valor pactuado, desdobrado em parcela fixa e parcela variável, e com as eventuais deduções e glosas comunicadas pela Secretaria Municipal da Saúde.

§ 1º Verificada a ausência do crédito na data prevista, o atraso é registrado em controle próprio e comunicado, no mesmo dia, à Diretoria Geral e ao Gerente da Unidade, com indicação do valor pendente e dos impactos potenciais, na forma do fluxo institucional de comunicação e cobrança de atrasos de repasses.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 12 de 30

§ 2º Persistindo o atraso por um dia útil após o vencimento, a Diretoria Geral expede ofício de cobrança ao Município, com identificação do contrato, valor e competência, fundamentação contratual, dias de atraso e impactos assistenciais e financeiros.

§ 3º O controle é atualizado diariamente até a regularização, e o recebimento é comunicado às unidades com a atualização do cronograma de pagamentos.

Art. 33 A liberação de cada parcela depende da apresentação do último relatório mensal de execução já exigível, da comprovação da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária do Instituto e da inexistência de prestação de contas pendente, cabendo à Gestão Financeira e Contabilidade da sede manter calendário de validade das certidões, com renovação iniciada trinta dias antes do vencimento.

Art. 34 Constituem receitas da parceria, além do repasse, os rendimentos das aplicações financeiras e os valores eventualmente restituídos por fornecedores, todos creditados na conta específica e demonstrados no relatório da competência.

Seção IV – Da conciliação bancária

Art. 35 A conciliação da conta específica e das aplicações é diária quanto ao saldo e mensal quanto à composição, e consiste no confronto entre o extrato bancário, o razão contábil e os registros de contas a pagar e a receber.

§ 1º As partidas em aberto são identificadas, justificadas e tratadas até o fechamento da competência, vedada a sua manutenção por mais de uma competência sem manifestação formal da Gestão Financeira e Contabilidade da sede.

§ 2º O relatório de conciliação é assinado por quem o elaborou e por quem o revisou, e acompanha o extrato e as notas de esclarecimento das movimentações exigidas pelo Anexo VIII.

§ 3º A conciliação é executada por agente sem perfil de inclusão ou de aprovação de pagamentos.

CAPÍTULO V – DA APURAÇÃO E DO RATEIO DE CUSTOS

Seção I – Do método

Art. 36 A apuração de custos da parceria adota o método de custeio por absorção, previsto na Política de Gestão de Custos do Instituto, apropriando aos serviços todos os custos diretos e indiretos necessários à sua prestação.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 13 de 30

§ 1º Custo direto é o que se identifica objetivamente com um centro de custo, mediante requisição, folha de pagamento, contrato ou documento fiscal específico.

§ 2º Custo indireto é o que beneficia mais de um centro de custo ou mais de uma unidade e demanda rateio por direcionador.

Art. 37 A estrutura de custos reproduz, conta a conta, os quatro grupos de despesa da Planilha de Composição de Custos do Anexo VI do Termo de Referência, de modo que o custo apurado na contabilidade e o custo apresentado na proposta sejam a mesma informação, lida em dois instrumentos.

Quadro 12.2 – Plano de contas da parceria

Grupo	Conteúdo	Origem do dado na rotina mensal
A – Recursos humanos	Remuneração celetista, benefícios, encargos sociais e trabalhistas, provisões de férias, décimo terceiro e rescisões, demais despesas de pessoal e profissionais contratados sob regime de pessoa jurídica	Folha de pagamento por centro de custo, notas fiscais dos prestadores pessoa jurídica e memória de provisões
B – Material de consumo	Medicamentos, material médico-hospitalar e insumos, material de radiologia, gases medicinais, equipamentos de proteção individual, enxoval e uniformes, materiais de manutenção, limpeza, descartáveis e expediente, combustíveis e lubrificantes	Requisições atendidas pelo almoxarifado e pela farmácia, valorizadas pelo custo médio (capítulo 11 da Proposta Técnica)
C – Serviços de terceiros	Manutenção e engenharia clínica, locação de equipamentos, serviços médicos especializados e de apoio diagnóstico, tecnologia da informação e prontuário eletrônico, vigilância, energia, telefonia e internet, resíduos, conservação predial, rouparia e lavanderia, alimentação, processamento de materiais, transporte sanitário e guarda de prontuários	Medição contratual do mês, atestada pelo gestor do contrato, e documento fiscal correspondente
D – Outras despesas	Custos indiretos compartilhados com a sede, na forma do item 9.6 do Termo de Referência, e demais despesas necessárias, especificadas e justificadas	Memória de rateio dos custos indiretos e lançamentos específicos justificados

Seção II – Dos centros de custo

Art. 38 A apuração é estruturada em centros de custo por unidade, classificados em produtivos, auxiliares e administrativos, conforme o mapa do Anexo III deste Manual.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 14 de 30

§ 1º Centros produtivos são os que prestam atendimento direto ao usuário; auxiliares, os que apoiam a assistência; administrativos, os de direção, gestão e suporte.

§ 2º A criação, a fusão ou a extinção de centro de custo depende de autorização da Gestão Financeira e Contabilidade da sede, com ciência da Diretoria Geral, e é registrada com a data de vigência, preservada a comparabilidade das séries históricas.

§ 3º Nenhum lançamento é efetuado sem centro de custo, sendo vedada a utilização de centro genérico ou de conta transitória para despesa identificável.

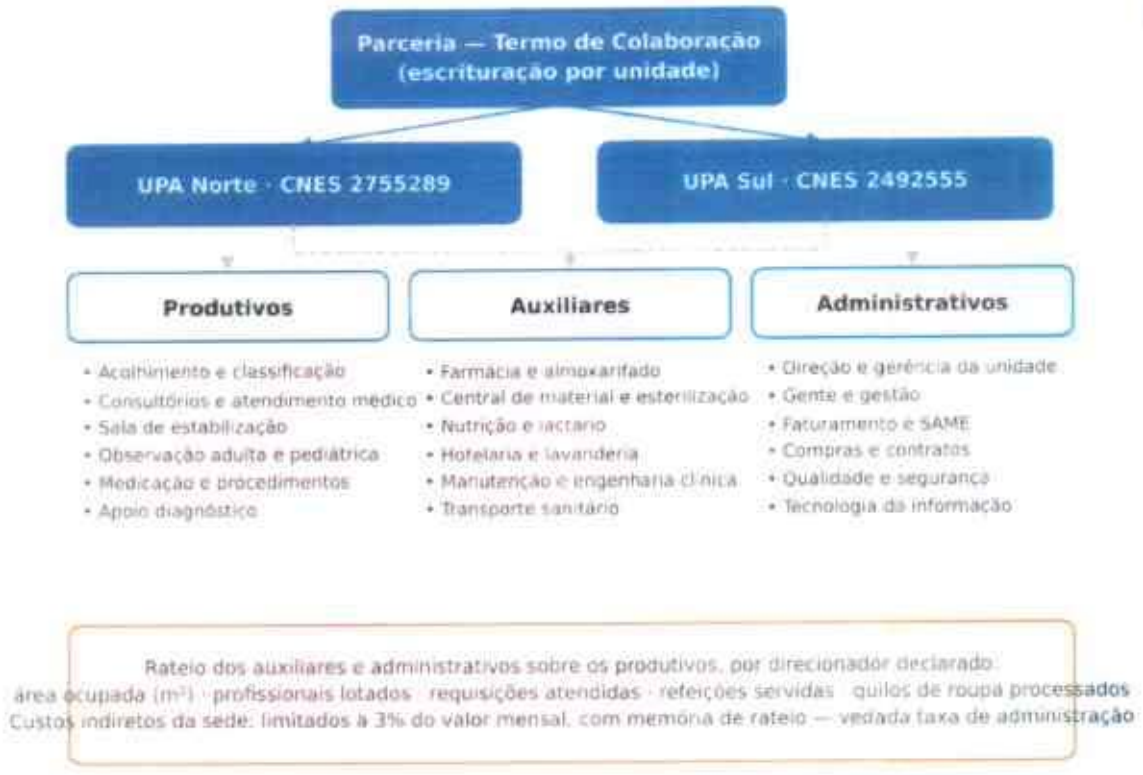


Figura 12.2 – Centros de custo e rateio

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 15 de 30

Seção III – Do rateio

Art. 39 Os custos dos centros auxiliares e administrativos são rateados sobre os centros produtivos por direcionadores declarados, mensuráveis e auditáveis, mantidos estáveis ao longo do exercício.

§ 1º Os direcionadores adotados são os do Anexo III, entre eles a área ocupada em metros quadrados, o número de profissionais lotados, as requisições atendidas, as refeições servidas e os quilos de roupa processados.

§ 2º A alteração de direcionador é motivada, aprovada pela Diretoria Geral, comunicada ao Gestor da Parceria e aplicada a partir da competência seguinte, vedada a aplicação retroativa.

§ 3º A memória de rateio de cada competência é documento integrante do relatório mensal e permite reconstituir, a partir do valor total, o valor apropriado a cada centro de custo.

Art. 40 Os custos indiretos compartilhados com a sede ou com o núcleo gerencial do Instituto são apropriados pelo valor efetivamente incorrido e comprovado, rateados por critério objetivo, e ficam limitados a 3% (três por cento) do valor total mensal da parceria, com desdobramento analítico da composição e demonstração do critério adotado.

§ 1º Não há, em qualquer percentual, despesa a título de taxa de administração, de gerência ou similar, nem cobrança de percentual desvinculado de despesa real.

§ 2º A composição dos custos indiretos é detalhada em planilha específica do relatório mensal, com identificação da despesa de origem, do valor total, do direcionador e do valor apropriado à parceria.

§ 3º O controle do limite é apurado mensalmente e acumuladamente no exercício, e a aproximação do teto é comunicada à Diretoria Geral.

Art. 41 A despesa com pessoal é controlada mensalmente em relação ao limite de 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio de cada unidade, computada a totalidade do Grupo A, nela incluídos os profissionais contratados sob regime de pessoa jurídica, como autônomos ou por intermédio de cooperativas, ainda que a despesa seja lançada em grupo diverso.

§ 1º Atingido o percentual de 67% (sessenta e sete por cento) em duas competências consecutivas, a Diretoria Geral das UPAs, com o Gerente da unidade e a Gestão Financeira da sede, apresenta à Presidência análise de causa e plano de ajuste.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 16 de 30

§ 2º O enquadramento de serviço terceirizado fora do limite observa os requisitos do item 9.7.1.2 do Termo de Referência e é declarado expressamente, com a memória de cálculo correspondente.

Seção IV – Do fechamento e dos relatórios gerenciais

Art. 42 O fechamento de custos de cada competência observa o calendário do Anexo I e produz, por unidade:

I – demonstrativo da composição e da evolução dos custos, por grupo de despesa;

II – custo total e custo unitário por atendimento, por classificação de risco e por linha de cuidado, quando aplicável;

III – custo por centro de custo, com os valores diretos e os valores recebidos por rateio;

IV – comparativo entre o orçado e o realizado, com análise das variações relevantes;

V – ranking de custos para comparação entre as duas unidades e com as demais unidades geridas pelo Instituto.

Parágrafo único. As variações superiores a 10% (dez por cento) em relação à média das três competências anteriores são analisadas e justificadas por escrito pelo gestor do centro de custo.

Art. 43 A gestão de custos é suportada por sistema informatizado integrado, descrito no capítulo 9 da Proposta Técnica, que mantém a integração entre o módulo de compras, o almoxarifado, a farmácia, o patrimônio, a folha de pagamento e a contabilidade, de modo que o lançamento ocorra uma única vez na origem.

CAPÍTULO VI – DA DOCUMENTAÇÃO CONTÁBIL E FISCAL

Art. 44 A escrituração contábil da parceria é própria, segregada por unidade, executada conforme os princípios de contabilidade e as Normas Brasileiras de Contabilidade aplicáveis às entidades sem finalidade de lucros, e permite identificar, a qualquer tempo, a origem e a aplicação dos recursos.

Art. 45 Todo documento comprobatório de despesa custeada com recursos da parceria recebe, no corpo do documento, a identificação do número do Termo de Colaboração e da unidade a que se refere, aposta antes da liquidação.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 17 de 30

§ 1º A identificação é feita por carimbo ou por anotação indelével no documento físico e por campo próprio no documento eletrônico, e alcança notas fiscais, recibos, faturas, comprovantes de pagamento, guias de recolhimento e folhas de pagamento.

§ 2º Documento que ampare despesa compartilhada entre as duas unidades recebe a identificação de ambas, com indicação do critério e do valor atribuído a cada uma.

§ 3º Documento sem a identificação deste artigo não é aceito na prestação de contas e retorna ao setor responsável para regularização antes do arquivamento.

Art. 46 Os documentos originais que comprovam as despesas são mantidos em boa ordem e guarda, organizados por competência, por unidade e por grupo de despesa, em arquivo físico na sede administrativa de cada unidade e em repositório digital com cópia de segurança.

§ 1º Cada processo de despesa é digitalizado integralmente em arquivo PDF pesquisável, nomeado segundo o padrão "competência – grupo – número do processo – fornecedor", e indexado de modo a permitir a recuperação por fornecedor, por centro de custo e por documento fiscal.

§ 2º O acesso ao arquivo é controlado por perfil, com registro de quem acessou e quando, e os documentos que contenham dados pessoais recebem o tratamento previsto na Lei Federal nº 13.709, de 2018.

§ 3º Os documentos permanecem à disposição da Secretaria Municipal da Saúde, do Controle Interno, das Auditorias do Sistema Único de Saúde e dos órgãos de controle externo pelo prazo legal, contado da apresentação da prestação de contas final.

Art. 47 A movimentação de documentos entre as unidades e a sede é registrada em protocolo, e a retirada de documento original do arquivo depende de autorização do Gerente da Unidade, para os documentos da unidade, ou da Gestão Financeira e Contabilidade da sede, para os da sede, com registro do responsável e do prazo de devolução.

Art. 48 Os livros contábeis e fiscais são registrados nos órgãos competentes, e as demonstrações contábeis do exercício são auditadas por auditor independente registrado no Conselho Regional de Contabilidade, com o respectivo relatório juntado à prestação de contas parcial.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 18 de 30

CAPÍTULO VII – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Seção I – Dos instrumentos e dos prazos

Art. 49 A prestação de contas da parceria compreende o relatório mensal de execução e monitoramento, o relatório trimestral consolidado, a prestação de contas parcial, ao final de cada exercício, e a prestação de contas final, ao término da vigência, apresentados em formato digital, em arquivo PDF pesquisável, protocolizados na Superintendência de Atenção Especializada e organizados na ordem do Anexo VIII do Termo de Referência, identificados por unidade.

Quadro 12.3 – Prazos de fechamento

Instrumento	Prazo de apresentação	Fechamento interno	Responsável pela consolidação
Relatório mensal de execução e monitoramento	Até o dia 20 do mês subsequente à competência	Dia 18 do mês subsequente	Gerentes das Unidades (instrução) e Gestão Financeira da sede (montagem); assinatura da Diretoria Geral
Relatório trimestral consolidado	Até o dia 20 do mês subsequente ao encerramento do trimestre	Dia 18 do mês subsequente	Gestão Financeira da sede, com os Gerentes das Unidades; assinatura da Diretoria Geral
Demonstrativo analítico do piso da enfermagem	Até o 5º dia útil de cada mês	3º dia útil	Setor de Gente e Gestão, com o financeiro
Prestação de contas parcial	Até 90 dias do encerramento do exercício	75 dias do encerramento	Gestão Financeira e Contabilidade da sede, com a auditoria
Prestação de contas final	Até 90 dias do término da vigência, prorrogáveis por 15 dias	75 dias do término	Gestão Financeira e Contabilidade da sede e Diretoria Geral, com a Presidência

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 19 de 30



O mesmo ciclo alimenta o relatório trimestral consolidado (dia 20 do mês seguinte ao trimestre), a prestação de contas parcial (90 dias do encerramento do exercício) e a final (90 dias do término da parceria).

Figura 12.3 – Ciclo mensal de fechamento

Seção II – Do relatório mensal

Art. 50 O relatório mensal de execução e monitoramento é instruído com o relatório de execução do objeto, com o comparativo entre metas pactuadas e resultados alcançados e os componentes do IN 1 e do IN 2; o demonstrativo da produção assistencial e da origem dos usuários; o relatório da pesquisa de satisfação; o relatório econômico-financeiro das despesas por unidade e por grupo de despesa; o relatório sintético da folha de pagamento; o demonstrativo do fluxo de caixa da conta específica; e o demonstrativo dos custos indiretos apropriados no mês, com a respectiva memória de rateio.

Parágrafo único. A rotina interna de montagem observa o calendário do Anexo I e a lista de conferência do Anexo IV, conta com o assessoramento da equipe de prestação de contas da sede, e o relatório somente é protocolizado após o visto de liberação do Controle Interno da sede, independente da unidade e de quem o elaborou.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 20 de 30

Seção III – Do relatório trimestral consolidado

Art. 51 O relatório trimestral consolidado reúne os documentos dos três relatórios mensais e acrescenta o relatório trimestral de execução do objeto com as tabelas de memória de cálculo do Anexo III do Termo de Referência; o demonstrativo consolidado da produção e da origem dos usuários; o relatório da pesquisa de satisfação do trimestre; o relatório de execução financeira com a demonstração do nexo entre receita e despesa; as folhas de pagamento sintética e analítica; a relação dos servidores públicos cedidos; a memória de cálculo da dedução correspondente; as certidões de regularidade e a relação de demandas judiciais; o demonstrativo do fluxo de caixa e das aplicações; as cópias de notas fiscais e comprovantes de pagamento identificados pelo número do Termo de Colaboração; os extratos bancários com notas de esclarecimento; o demonstrativo dos custos indiretos com a demonstração do limite de 3%; a relação dos contratos firmados; a relação das aquisições e movimentações de bens permanentes; o relatório das ações de educação permanente; o relatório de débitos e créditos vencidos; o relatório da Ouvidoria; e o balancete analítico de verificação do trimestre.

Art. 52 A apuração trimestral dos indicadores determina o ajuste da parcela variável, e a manifestação do Instituto sobre o resultado apurado é apresentada no prazo de 15 (quinze) dias úteis contados da notificação, instruída com a memória de cálculo e os documentos que a sustentem.

Seção IV – Das prestações de contas parcial e final

Art. 53 A prestação de contas parcial e a final são instruídas com o relatório de execução do objeto e o relatório de execução financeira, ambos assinados pelo representante legal, com as informações de impacto e satisfação, com os relatórios trimestrais consolidados do período e, na final, com o comprovante de devolução do saldo remanescente e o inventário atualizado dos bens remanescentes e cedidos.

Parágrafo único. Os relatórios observam, no que couber, os modelos dos Anexos VII, X, XI e XII do Decreto Municipal nº 2.121/2021.

Seção V – Do tratamento de notificações, glosas e saneamento

Art. 54 Recebida notificação de irregularidade, de inexecução ou de glosa, a Diretoria Geral autua processo interno de resposta, com as seguintes providências:

I – registro da notificação no controle de pendências, com prazo final e responsável, no dia do recebimento;

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 21 de 30

II – levantamento documental e análise técnica do apontamento, com manifestação da área responsável;

III – elaboração do plano de providências, com ação, responsável e prazo, apresentado no prazo fixado pela Administração;

IV – devolução de recursos, quando cabível, no prazo de 30 (trinta) dias da notificação, com comprovação;

V – acompanhamento até o encerramento do apontamento, com registro da decisão final.

Parágrafo único. Os apontamentos reiterados são tratados como causa de revisão deste Manual e dos controles correspondentes.

CAPÍTULO VIII – DOS CONTROLES INTERNOS, DA AUDITORIA E DA TRANSPARÊNCIA

Art. 55 São controles internos permanentes da execução administrativo-financeira da parceria:

I – a segregação de funções e a matriz de alçadas do Anexo II;

II – a conciliação bancária e a conferência tríplice dos pagamentos;

III – a conferência mensal do limite de despesa com pessoal e do limite de custos indiretos;

IV – a conferência, por amostragem de 10% (dez por cento) dos processos de despesa da competência, da regularidade documental e da identificação pela parceria;

V – o inventário periódico de estoques e de bens patrimoniais, na forma do capítulo 11 da Proposta Técnica;

VI – os indicadores do Anexo V deste Manual, apurados mensalmente.

Art. 56 As demonstrações contábeis do Instituto são auditadas anualmente por auditoria independente, e os processos de compras, contas a pagar e prestação de contas são objeto de auditoria pelo Controle Interno da sede com periodicidade semestral, cujos relatórios são apresentados à Presidência e à Diretoria Geral das UPAs.

Art. 57 O Instituto assegura à Secretaria Municipal da Saúde, ao Controle Interno, às Auditorias do Sistema Único de Saúde e aos órgãos de controle externo o livre acesso, a qualquer tempo, a todos os atos e fatos relacionados à execução da parceria, incluídos processos de compra, contratos, documentos fiscais, extratos e registros contábeis.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 22 de 30

Art. 58 São publicados no Portal de Transparência do Instituto os relatórios de execução e as prestações de contas, depois do ato da Secretaria Municipal da Saúde que encerra a análise de cada instrumento e da liberação pelo Controle Interno da sede, e os processos de compras e contratações e as demais informações exigidas pela legislação de transparência, na forma do capítulo 17 da Proposta Técnica.

CAPÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 59 Este Manual entra em vigor na data de sua aprovação, antes do início da operação das unidades, e será encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde em até 45 dias da assinatura do Termo de Colaboração, conforme o item 10.4, alínea "f", do Termo de Referência, em conjunto com o manual de gestão de pessoas.

Art. 60 O Manual é revisado a cada 24 (vinte e quatro) meses ou sempre que ocorrer alteração do Termo de Colaboração, da legislação aplicável, da estrutura organizacional, do sistema informatizado ou das políticas institucionais que lhe servem de base, bem como diante de apontamento reiterado dos órgãos de controle.

Art. 61 Os casos omissos são resolvidos pela Diretoria Geral e, quando envolverem interpretação das normas da parceria, submetidos ao Gestor da Parceria; os que envolverem interpretação da Política de Compras do Instituto são resolvidos pelo Conselho de Administração.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir da Política de Compras, Contratações e Alienações e da Política de Gestão de Custos do ISAC e do Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026	Diretoria Geral das UPAs

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 23 de 30

APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Gestão Financeira e Contabilidade da sede, com os Gerentes das Unidades	Superintendência Administrativa do ISAC, com o Controle Interno da sede	Gerência de Qualidade do ISAC	Presidência do ISAC; encaminhamento à Secretaria Municipal da Saúde em 45 dias da assinatura, na forma do item 10.4, "f", do Termo de Referência

Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero; a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 24 de 30

ANEXO I – CALENDÁRIO DE FECHAMENTO E DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

O calendário é regressivo a partir do prazo legal: o protocolo é o último ato de um processo já conferido. Os dias indicados são dias corridos, salvo quando expresso em dias úteis, e antecipam-se quando recaírem em sábado, domingo ou feriado.

Quadro 12.4 – Calendário interno de fechamento, por competência

Quando	O que acontece	Responsável
Diariamente	Conferência do crédito do repasse, conciliação de saldo e registro de atrasos	Financeiro da sede
Dia 1 ao 5	Encerramento dos lançamentos da competência, inventário de estoque e apropriação do consumo por centro de custo	Contabilidade e almoxarifado
3º dia útil	Fechamento do demonstrativo analítico do piso da enfermagem	Gente e Gestão
5º dia útil	Envio do demonstrativo do piso da enfermagem à Secretaria Municipal da Saúde	Gestão Financeira da sede
Dia 8 ao 10	Apuração dos custos por centro de custo, memória de rateio e fechamento dos Grupos A a D	Contabilidade de custos
Dia 12 ao 15	Conciliação bancária da competência, extratos, notas de esclarecimento, conferência do limite de 70% e do limite de 3%	Financeiro e controladoria
Dia 16 ao 18	Montagem do relatório mensal por unidade, com o assessoramento da equipe de prestação de contas da sede	Gestão Financeira da sede e equipe de prestação de contas, com os Gerentes das Unidades
Dia 19	Conferência pela lista do Anexo IV, teste amostral das despesas e visto de liberação	Controle Interno da sede
Dia 20	Protocolo do relatório mensal na Superintendência de Atenção Especializada	Diretoria Geral
Mês seguinte ao trimestre, dia 18	Consolidação trimestral e memórias de cálculo do IN 1 e do IN 2, com o assessoramento da sede	Gestão Financeira da sede e Diretoria Geral
Mês seguinte ao trimestre, dia 19	Conferência final e visto de liberação do relatório trimestral	Controle Interno da sede
Mês seguinte ao trimestre, dia 20	Protocolo do relatório trimestral consolidado	Diretoria Geral
75 dias do encerramento do exercício	Fechamento da prestação de contas parcial, com as demonstrações auditadas	Contabilidade, auditoria e Diretoria Geral
90 dias do encerramento do exercício	Protocolo da prestação de contas parcial	Representante legal

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 25 de 30

Quando	O que acontece	Responsável
75 dias do término da vigência	Fechamento da prestação de contas final, inventário e apuração do saldo	Gestão Financeira e Contabilidade da sede e Gerentes das Unidades
90 dias do término da vigência	Protocolo da prestação de contas final e devolução do saldo remanescente	Representante legal

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 26 de 30

ANEXO II – MATRIZ DE ALÇADAS E SEGREGAÇÃO DE FUNÇÕES

A matriz distribui, entre agentes distintos, os atos de solicitar, autorizar, cotar, decidir, receber, liquidar, pagar e conciliar, e segue a Política de Compras, Contratações e Alienações do Instituto. O Gerente da Unidade, que nela exerce a função de Diretor da unidade, autoriza as compras e as contratações da sua unidade. Dependem de autorização prévia da Superintendência Administrativa do ISAC, que exerce a Diretoria Geral das UPAs, a compra acima de R$ 20.000,00 não realizada em plataforma eletrônica de compras e a contratação de serviço acima de R$ 160.000,00. A dispensa e a inexigibilidade da consulta de preços são autorizadas pelo Presidente, pelo Superintendente Administrativo ou pelo Gerente da Unidade. A consulta de preços de valor estimado acima de R$ 160.000,00 é publicada também em jornal de grande circulação, e a de valor abaixo de R$ 16.000,00 pode ter divulgação simplificada, com cotação a três fornecedores. Os valores de alçada valem para esta parceria e só se alteram com a revisão da Política de Compras pelo Conselho de Administração, comunicada ao Gestor da Parceria.

Quadro 12.5 – Matriz de alçadas e vedações de acumulação

Ato	Quem executa	Quem autoriza	Quem não pode acumular
Solicitação de compra ou de contratação	Setor requisitante	Gerente da Unidade	Quem cota e quem recebe
Autorização de abertura do processo	Compras e Contratos da sede (autuação)	Gerente da Unidade	Quem cota
Consulta de preços e mapa comparativo	Compras e Contratos da sede (comprador)	Gerência de Compras da sede	Quem solicita e quem paga
Decisão sobre a melhor proposta	Gerência de Compras da sede	Gerente da Unidade; Superintendência Administrativa do ISAC, nas autorizações prévias	Quem recebe o bem
Compra até R$ 20.000,00, ou de qualquer valor em plataforma eletrônica de compras	Compras e Contratos da sede (ordem de fornecimento)	Gerente da Unidade	Quem efetua o pagamento
Compra acima de R$ 20.000,00 não realizada em plataforma eletrônica	Compras e Contratos da sede (ordem de fornecimento)	Gerente da Unidade, com autorização prévia da Superintendência Administrativa do ISAC	Quem efetua o pagamento
Contratação de serviço até R$ 160.000,00	Compras e Contratos da sede (autorização de contratualização)	Gerente da Unidade	Quem efetua o pagamento

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 27 de 30

Ato	Quem executa	Quem autoriza	Quem não pode acumular
Contratação de serviço acima de R$ 160.000,00	Compras e Contratos da sede (autorização de contratualização)	Gerente da Unidade, com autorização prévia da Superintendência Administrativa do ISAC	Quem efetua o pagamento
Dispensa e inexigibilidade da consulta de preços	Compras e Contratos da sede, com a justificativa	Presidente, Superintendente Administrativo ou Gerente da Unidade	Quem efetua o pagamento
Recebimento e ateste	Setor requisitante ou almoxarifado	Gerente da Unidade	Quem autorizou a despesa
Liquidação	Gestão Financeira da sede	Gestor financeiro da sede designado pela Diretoria Geral	Quem atestou o recebimento
Pagamento	Tesouraria	Duas assinaturas, sendo uma da Presidência ou de quem designar	Quem autorizou a despesa
Conciliação bancária	Contabilidade e controladoria da sede	Gestão Financeira da sede	Quem inclui ou aprova pagamento

ANEXO III – CENTROS DE CUSTO E DIRECIONADORES DE RATEIO

O mapa abaixo vale para cada unidade. Os direcionadores são apurados mensalmente e registrados na memória de rateio da competência; a base física de cada direcionador (área ocupada por setor, em m², sobre a área útil de 1.918,05 m² na UPA Norte e 1.811,39 m² na UPA Sul) é levantada na vistoria de assunção e atualizada quando a ocupação mudar.

Quadro 12.6 – Centros de custo e direcionadores

Natureza	Centros de custo	Direcionador de rateio
Produtivos	Acolhimento e classificação de risco; consultórios e atendimento médico; sala de estabilização; observação adulta; observação pediátrica; medicação e procedimentos; apoio diagnóstico	Recebem o rateio; não distribuem
Auxiliares – farmácia e almoxarifado	Dispensação, controle de estoque e distribuição	Requisições atendidas no período
Auxiliares – central de material	Processamento de materiais	Caixas ou pacotes processados
Auxiliares – nutrição	Produção e distribuição de refeições	Refeições servidas
Auxiliares – hotelaria e lavanderia	Higienização, rouparia e resíduos	Área ocupada (m²) e quilos de roupa processados
Auxiliares – manutenção e engenharia clínica	Manutenção predial, equipamentos e tecnologia da informação	Ordens de serviço atendidas e área ocupada (m²)
Auxiliares – transporte sanitário	Operação da ambulância de suporte básico	Acionamentos atendidos
Administrativos	Direção e gerência; Gente e Gestão; faturamento e SAME; compras e contratos; qualidade e segurança do paciente; Ouvidoria	Profissionais lotados no centro de custo
Custos indiretos da sede	Estrutura central compartilhada, no limite de 3% do valor mensal	Critério objetivo declarado na memória de rateio mensal

ANEXO IV – LISTA DE CONFERÊNCIA DOS RELATÓRIOS E DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

A lista é aplicada antes do protocolo pelo Controle Interno da sede, independente de quem elaborou o relatório, e o seu visto é condição para o envio.

Quadro 12.7 – Lista de conferência por instrumento

Verificação	Mensal	Trimestral	Parcial e final
Documentos separados e identificados por unidade	Sim	Sim	Sim
Arquivo PDF pesquisável, na ordem do Anexo VIII	Sim	Sim	Sim
Comparativo de metas com os componentes do IN 1 e do IN 2	Sim	Sim	Sim
Produção assistencial e origem dos usuários	Sim	Sim	Sim
Pesquisa de satisfação, com metodologia e amostragem	Sim	Sim (amostragem do Quadro 12.8)	Sim
Despesas por unidade e por grupo de despesa (A a D)	Sim	Sim	Sim
Folha de pagamento sintética	Sim	Sintética e analítica	Sim
Fluxo de caixa da conta específica e das aplicações	Sim	Sim	Sim
Custos indiretos com memória de rateio e limite de 3%	Sim	Sim	Sim
Notas fiscais e comprovantes com o número do Termo de Colaboração	Amostra	Sim	Sim
Extratos bancários com notas de esclarecimento	Não	Sim	Sim
Certidões de regularidade e relação de demandas judiciais	Não	Sim	Sim
Relação de contratos, aquisições e bens permanentes	Não	Sim	Sim
Servidores cedidos e memória da dedução correspondente	Não	Sim	Sim
Educação permanente, Ouvidoria e débitos vencidos	Não	Sim	Sim
Balancete analítico de verificação	Não	Sim	Sim
Demonstrações contábeis e relatório do auditor independente	Não	Não	Sim
Inventário atualizado e devolução de saldo remanescente	Não	Não	Final
Visto de liberação do Controle Interno da sede	Sim	Sim	Sim

MANUAL

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.003	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 30 de 30

ANEXO V – INDICADORES DO PROCESSO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO

Os indicadores são apurados mensalmente pela Gestão Financeira da sede com o Gerente de cada unidade e apresentados à Diretoria Geral das UPAs e à Presidência, e as metas são revistas ao fim do primeiro trimestre de operação, quando houver série própria das unidades.

Quadro 12.8 – Indicadores, fórmulas e metas do processo administrativo-financeiro

Indicador	Fórmula	Meta
Pontualidade da prestação de contas	Relatórios protocolizados no prazo ÷ relatórios devidos	100%
Conformidade documental	Processos com documentação completa e identificada ÷ processos auditados por amostra	≥ 98%
Processos de compra com três cotações	Processos com três ou mais propostas ÷ processos sujeitos a cotação	≥ 90%
Compras por dispensa ou inexigibilidade	Valor contratado por dispensa e inexigibilidade ÷ valor total contratado	≤ 20%
Prazo médio do processo de compra	Dias entre a solicitação e a ordem de compra	≤ 15 dias
Pagamentos em dia	Pagamentos realizados até o vencimento ÷ total de pagamentos	≥ 98%
Partidas de conciliação em aberto	Partidas não conciliadas ao fim da competência	Zero acima de 30 dias
Despesa com pessoal	Grupo A ÷ despesa total de custeio da unidade	≤ 70%, alerta em 67%
Custos indiretos	Custos indiretos apropriados ÷ valor mensal da parceria	≤ 3%
Variação do custo por atendimento	Custo unitário da competência ÷ média das três anteriores	Variação ≤ 10%
Glosas sofridas	Valor glosado ÷ valor repassado na competência	≤ 0,5%
Atendimento a notificações	Respostas apresentadas no prazo ÷ notificações recebidas	100%

ÁREA DE ATIVIDADE · INCREMENTO DE ATIVIDADES

13 Proposta de projetos assistenciais que ampliem a resolutividade

Na conversa final da visita técnica de 7 de outubro de 2026, as equipes das duas unidades falaram sobre os principais desafios do dia a dia e sobre o que já foi tentado para enfrentá-los. Dessa conversa e do que a visita mostrou, saem dois pontos em que a resolutividade pode crescer: o usuário que volta à unidade depois da alta, hoje entregue em papel, e para quem faria diferença um acompanhamento ativo nos dias seguintes; e o usuário grave que aguarda, na sala de estabilização, um diagnóstico de imagem fora das seis horas diurnas de ultrassonografia, já que a radiografia, disponível nas 24 horas, não responde a todas as perguntas do trauma e do choque.

Os dois projetos a seguir tratam desses pontos. Não são exigidos pelo Termo de Referência, aproveitam a estrutura que a proposta já monta (o prontuário eletrônico do capítulo 9, o aparelho de ultrassom do capítulo 19, o NEPES) e têm indicador próprio, cronograma e responsável. Valem para as duas unidades.

13.1 Projeto 1 — Retorno Seguro: acompanhamento ativo depois da alta

13.1.1 Objetivo, população e resultado esperado

O retorno não programado em até 48 horas é o indicador do Anexo II que mede a resolutividade do atendimento (ficha IN 2.4): cada retorno é, em princípio, um desfecho que não resolveu. O projeto tem por objetivo reduzir esse retorno e encurtar o tempo até que a piora seja reconhecida, por meio do contato ativo com quem recebeu alta com maior risco de voltar.

População-alvo: usuários que recebem alta das duas unidades em uma das seguintes situações — pessoa idosa com 70 anos ou mais; criança com menos de 5 anos com desidratação, febre ou broncoespasmo; dor torácica de baixo risco liberada pelo protocolo do capítulo 10; alta da observação depois de mais de 12 horas; usuário frequente, com três ou mais atendimentos em 30 dias; e alta com antimicrobiano iniciado na unidade. A estimativa inicial é de 8% a 12% das altas, o que corresponde a cerca de 30 a 50 contatos por dia por unidade.

Resultado esperado: queda de 20% na taxa de retorno não programado em 48 horas da população-alvo em relação à linha de base dos três primeiros meses, sem aumento dos retornos graves, e identificação precoce, antes de 24 horas, dos casos que precisam voltar.

13.1.2 Atividades

1. **Marcação na alta.** O prontuário identifica automaticamente o usuário da população-alvo e pede ao médico a confirmação do critério e do telefone de contato; o usuário recebe, no comprovante de alta, a informação de que será procurado.
2. **Mensagem em 24 horas.** A solução de mensageria integrada ao sistema do capítulo 9 envia mensagem automática com três perguntas simples (melhorou, ficou igual ou piorou; conseguiu o medicamento; tem consulta marcada na unidade de saúde), sem dado clínico na mensagem. Quem responde que piorou recebe, na hora, a lista de sinais de alarme e a orientação de voltar à UPA se algum deles estiver presente.
3. **Ligação para quem não respondeu ou piorou.** O Encarregado de qualidade e segurança do paciente da unidade liga em até 24 horas nos dias úteis; para as altas de sexta-feira a domingo e de véspera de feriado, a ligação é feita no primeiro dia útil seguinte, com prioridade na lista do dia. A ligação segue roteiro estruturado e escala de sinais de alarme por condição.
4. **Decisão.** Sinal de alarme: o usuário é orientado a voltar; o retorno é identificado no prontuário como "retorno por busca ativa", conta normalmente no IN 2.4 e é analisado à parte na revisão mensal; sem sinal de alarme e sem seguimento: agenda na unidade de Atenção Primária pela contrarreferência do capítulo 21; sem medicamento: articulação com a farmácia da rede pelo serviço social.
5. **Análise mensal.** Os retornos da população-alvo são revisados por diagnóstico, e o achado volta às equipes como ajuste de protocolo ou de orientação de alta.

O contato respeita a Lei nº 13.709/2018: o telefone é usado só para essa finalidade, o usuário pode recusar o contato na alta, e a mensagem não contém diagnóstico.

13.1.3 Indicadores

Quadro 13.1 – Indicadores do Projeto Retorno Seguro

Indicador	Fórmula	Meta
Retorno não programado em 48 horas da população-alvo	Retornos não programados em 48 h ÷ altas da população-alvo	Redução de 20% sobre a linha de base até o 12º mês
Cobertura do contato	Usuários contatados em até 48 h ÷ usuários da população-alvo	≥ 80%
Piora identificada precocemente	Usuários orientados a voltar ÷ usuários com sinal de alarme no contato	100%
Seguimento na Atenção Primária	Usuários com consulta agendada ou confirmada na APS ÷ contatados	≥ 60%

13.1.4 Cronograma e recursos

Quadro 13.2 – Cronograma do Projeto Retorno Seguro

Período	Atividade
Mês 1	Configuração da marcação no prontuário e da mensageria integrada; roteiros de ligação por condição
Meses 2 e 3	Operação em uma unidade (UPA Sul, de maior demanda pediátrica) e apuração da linha de base
Mês 4	Ajuste dos roteiros e extensão à UPA Norte
Meses 5 a 12	Operação nas duas unidades; análise mensal; relatório semestral à Comissão de Monitoramento e Avaliação

Recursos humanos: as mensagens são automáticas, e as ligações a quem não responde ou relata piora são feitas, em jornada diária nos dias úteis, pelo Encarregado de qualidade e segurança do paciente de cada unidade, sem retirar profissional dos postos assistenciais e sem custo adicional; o serviço social atende os casos de acesso a medicamento; o Encarregado faz também a análise mensal. **Recursos materiais**: envio automático de mensagens e marcação da população-alvo, contratados com o fornecedor como parametrização e integração do sistema do capítulo 9 na pré-assunção, e um telefone por unidade.

13.2 Projeto 2 — Ultrassonografia à beira do leito na sala de estabilização

13.2.1 Objetivo, população e resultado esperado

A ultrassonografia formal está disponível em um turno de seis horas em cada unidade, e a tomografia só no hospital de referência. Fora desse turno, o médico da sala de estabilização decide transferir, expandir volume, drenar ou observar sem a informação que um exame de poucos minutos à beira do leito daria. O projeto capacita os médicos que cobrem a sala de estabilização na ultrassonografia point-of-care (protocolos FAST e e-FAST no trauma, avaliação do choque, da dispneia e da parada cardiorrespiratória, acesso vascular guiado) e protocola o seu uso nas 24 horas.

População-alvo: usuários admitidos na sala de estabilização com trauma, choque, dispneia aguda grave, parada cardiorrespiratória ou necessidade de acesso venoso difícil — na média das duas unidades, cerca de 10 a 15 por dia.

Resultado esperado: decisão terapêutica mais rápida e mais precisa no usuário grave — tempo entre a admissão na sala e a decisão de conduta definitiva reduzido em 20%; transferências por "investigação de imagem" reduzidas; e acesso venoso difícil obtido na primeira tentativa guiada, sem punção central às cegas.

13.2.2 Atividades

1. **Formação.** Curso de 16 horas, 8 teóricas a distância e 8 práticas, para os médicos que cobrem a sala de estabilização, conduzido pelo ultrassonografista da equipe e por emergencista com formação em ultrassonografia point-of-care, com avaliação prática e 25 exames supervisionados por médico antes da habilitação.
2. **Protocolo.** Indicações, achados que mudam conduta e registro estruturado no prontuário, com imagem arquivada; o exame à beira do leito não substitui o exame formal, que é solicitado quando indicado.
3. **Habilitação registrada.** O médico só realiza o exame depois de habilitado, e a habilitação consta do registro consultado pela escala, como as habilitações da enfermagem.
4. **Revisão de qualidade.** O ultrassonografista revisa, no seu turno, uma amostra das imagens arquivadas e dá devolutiva individual.

13.2.3 Indicadores

Quadro 13.3 – Indicadores da ultrassonografia à beira do leito

Indicador	Fórmula	Meta
Uso indicado	Usuários da população-alvo com exame à beira do leito registrado ÷ usuários da população-alvo	≥ 70% a partir do 6º mês
Tempo até a decisão definitiva	Mediana do tempo entre a admissão na sala de estabilização e o registro da conduta definitiva	Redução de 20% sobre a linha de base
Acesso venoso guiado na primeira tentativa	Acessos obtidos na 1ª tentativa ÷ acessos guiados	≥ 80%
Concordância na revisão	Exames concordantes na revisão ÷ exames revisados	≥ 90%
Médicos habilitados	Médicos da escala da sala de estabilização habilitados ÷ total da escala	≥ 80% no 6º mês

13.2.4 Cronograma e recursos

Quadro 13.4 – Cronograma da ultrassonografia à beira do leito

Período	Atividade
Meses 1 e 2	Protocolo aprovado pela Diretoria Técnica; módulo teórico a distância; linha de base
Meses 2 a 4	Módulos práticos e exames supervisionados; primeiras habilitações
Meses 4 a 12	Uso protocolado nas 24 horas; revisão mensal de imagens; turmas para novos médicos

Recursos humanos: médicos da escala da sala de estabilização, em 16 horas de educação permanente do primeiro ano, dentro da jornada, previstas na nota do Quadro 25.2 do capítulo 25; ultrassonografista da equipe como instrutor e revisor; NEPES na organização. **Recursos materiais**: o aparelho de ultrassonografia de cada unidade, locado para o serviço do capítulo 19, com transdutor linear e convexo, que fica disponível na sala de estabilização fora do turno do ultrassonografista.

13.3 Declaração

O **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC** declara que a execução dos projetos assistenciais descritos neste item, o Projeto Retorno Seguro e o Projeto de ultrassonografia à beira do leito na sala de estabilização, **não implica acréscimo ao valor da parceria, redução das metas pactuadas nem remanejamento de recursos vinculados às atividades obrigatórias**, sendo executados com a estrutura, os sistemas, os equipamentos e as equipes já dimensionados na Proposta Técnica e na Proposta Financeira, nos termos do item V.1.12 do Anexo V.

Os resultados dos dois projetos são apresentados à Comissão de Monitoramento e Avaliação no relatório semestral e publicados na página da parceria, na forma do capítulo 17.

SEÇÃO FA.2

Área de Qualidade

Capítulos 14 a 25 · itens V.2.1 a V.2.12 do Anexo V

Item do Anexo V	Capítulo da proposta	Fls.
Qualidade objetiva — comissões e núcleos		
V.2.1	14 Comissões e núcleos	0379
Qualidade subjetiva		
V.2.2	15 Manual de acolhimento com classificação de risco	0437
V.2.3	16 Proposta de ouvidoria e pesquisa de satisfação	0460
V.2.4	17 Publicização das prestações de contas e dos resultados assistenciais	0468
Implementação e funcionamento dos serviços		
V.2.5	18 Organização e funcionamento das áreas assistenciais	0477
V.2.6	19 Organização do apoio diagnóstico	0492
V.2.7	20 Organização dos serviços de apoio	0497
V.2.8	21 Contrarreferência e articulação com a Rede de Atenção à Saúde	0505
Política de gestão do trabalho		
V.2.9	22 Quadro de pessoal por área e categoria profissional	0518
V.2.10	23 Organograma e atribuições dos cargos	0534
V.2.11	24 Gestão de pessoas	0551
V.2.12	25 Programa de Educação Permanente	0686

AREA DE QUALIDADE · QUALIDADE OBJETIVA — COMISSÕES E NÚCLEOS

14 Comissões e núcleos

As comissões e os núcleos são o modo pelo qual uma unidade de saúde examina o próprio trabalho. É neles que os profissionais que estão no atendimento revisam os prontuários, analisam os óbitos, investigam as infecções, discutem os incidentes e decidem o que precisa mudar. Funcionam quando têm composição enxuta, calendário fixo, pauta orientada por dados e ata com responsáveis e prazos. Sem isso, tornam-se apenas uma exigência formal, e é essa diferença que o ISAC procura garantir nas unidades que administra.

Para as UPAs Norte e Sul, o ISAC propõe dez instâncias, cada uma com um único modelo de constituição e um único regimento, válidos para as duas unidades. A maior parte funciona de forma integrada: uma só comissão, com membros das duas UPAs, que analisa separadamente os dados de cada unidade e mantém registros e indicadores por CNES. Esse arranjo evita duplicar reuniões, favorece a padronização de protocolos e permite comparar o desempenho de uma unidade com o da outra.

Três instâncias seguem regra diferente porque as suas normas assim determinam. A Comissão de Ética Médica e a Comissão de Ética de Enfermagem são eleitas pelos profissionais de cada estabelecimento e vinculadas aos respectivos conselhos, e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio é constituída por estabelecimento, conforme a NR-5. Nesses casos o regimento também é único, mas na implantação cada UPA elege ou constitui a sua comissão.

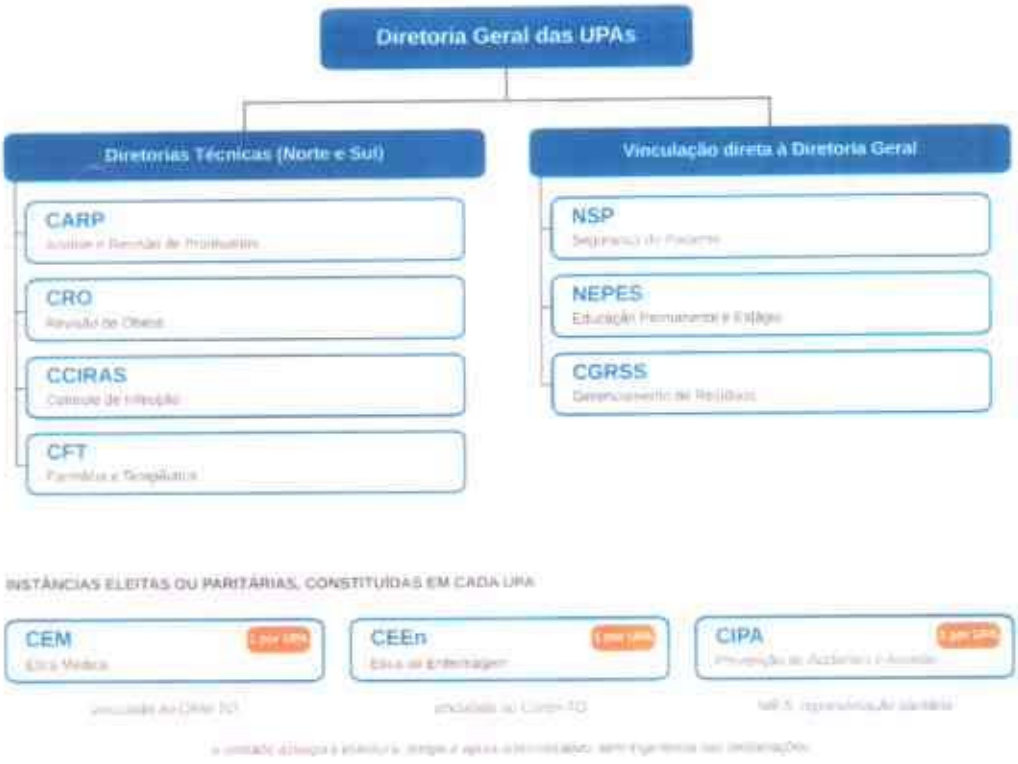


Figura 14.1 – Vinculação das comissões e núcleos

14.1 Regras comuns a todas as instâncias

- Os membros são profissionais do quadro das próprias unidades e exercem a função sem prejuízo das suas atribuições, com tempo reservado na escala para reuniões e atividades.
- As reuniões ordinárias seguem calendário anual aprovado na primeira reunião, com convocação e pauta prévias, e podem ser presenciais ou por videoconferência.
- Toda reunião gera ata numerada e assinada, com deliberações, responsáveis e prazos, arquivada em meio digital por no mínimo cinco anos.
- As instâncias técnicas apresentam relatório trimestral de atividades e indicadores à direção, por unidade, que alimenta os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS. As comissões de ética reportam-se aos seus conselhos, com sigilo.
- As instâncias trabalham em rede: a revisão de prontuários alimenta a revisão de óbitos e as comissões de ética; a revisão de óbitos e a CCIRAS alimentam o Núcleo de

Segurança do Paciente; a CCIRAS e a Comissão de Farmácia definem juntas o uso de antimicrobianos; e o NEPES transforma os achados de todas em capacitação.

As instâncias técnicas são instaladas no primeiro mês de gestão. As eleitas e a CIPA são instaladas logo que concluídos os processos de escolha, nos prazos das respectivas normas; até lá, as demandas éticas são encaminhadas diretamente aos conselhos pela Diretoria Clínica e pela Coordenação de Enfermagem.

Quadro 14.1 – Síntese das comissões e dos núcleos propostos

Instância	Abrangência	Coordenação	Vinculação	Reuniões ordinárias	Instalação
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP)	Única, com membros das duas UPAs	Médico	Diretorias Técnicas das duas UPAs	Mensal	Mês 1
Comissão de Revisão de Óbitos (CRO)	Única, com membros das duas UPAs	Médico	Diretorias Técnicas das duas UPAs	Mensal	Mês 1
Comissão de Ética Médica (CEM)	Uma por UPA, eleita	Médico eleito	CRM-TO	Bimestral	Mês 3
Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn)	Uma por UPA, eleita	Enfermeiro eleito	Coren-TO	Mensal	Mês 4
Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)	Única, com membros das duas UPAs	Médico	Diretorias Técnicas das duas UPAs	Mensal (executor semanal)	Mês 1
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA)	Uma por UPA, paritária	Designado pela organização	Organização (NR-5)	Mensal	Mês 3
Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	Única, com membros das duas UPAs	Médico	Diretorias Técnicas das duas UPAs	Mensal	Mês 1
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS)	Única, com membros das duas UPAs	RT do PGRSS	Diretoria Geral	Mensal, depois bimestral	Mês 1
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Único, com referência em cada UPA	Encarregados de qualidade (enfermeiros)	Diretoria Geral	Mensal	Mês 1
Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde (NEPES)	Único, com referência em cada UPA	Enfermeiro	Diretoria Geral	Mensal	Mês 1

Para cada instância, as seções seguintes apresentam a finalidade, a proposta de constituição, a minuta de regimento interno, o cronograma de atividades do primeiro ano e os indicadores com que a direção acompanhará o seu funcionamento.

14.2 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP)

Em uma UPA, o prontuário é ao mesmo tempo registro clínico, prova do atendimento prestado e fonte de todos os indicadores do contrato. Cada tempo de espera, cada reavaliação e cada desfecho só existe, para a SEMUS e para os órgãos de controle, se estiver registrado. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários é a instância que verifica, todo mês, se esse registro está completo, legível, assinado e fiel ao que aconteceu.

A comissão avalia amostras de prontuários das duas unidades, devolve as não conformidades aos profissionais e às coordenações, e acompanha a correção. Trabalha junto com a equipe de tecnologia da informação para que o próprio sistema impeça as falhas mais frequentes, como a ausência do horário da classificação ou da reavaliação.

Base normativa: Resolução CFM nº 1.638/2002, que define o prontuário e torna obrigatória a comissão de revisão nos estabelecimentos que prestam assistência médica; Resolução CFM nº 1.821/2007, sobre o prontuário eletrônico; Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

14.2.1 Proposta de constituição

Quadro 14.2 – Composição proposta da CARP

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Coordenador	Médico clínico do corpo clínico	1	1
Membro	Médico pediatra	1	1
Membro	Enfermeiro – um de cada UPA	2	2
Membro	Representante do serviço de arquivo e faturamento – um de cada UPA	2	2
Membro	Representante da tecnologia da informação (prontuário eletrônico)	1	–
Secretário	Profissional administrativo	1	–

Forma de designação. Os membros são designados por portaria do Diretor Técnico de cada unidade, ouvido o corpo clínico, e a coordenação é obrigatoriamente exercida por médico, como determina a Resolução CFM nº 1.638/2002.

Mandato. 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Vinculação. Diretorias Técnicas das duas UPAs.

14.2.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – CARP

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é órgão técnico permanente, de caráter consultivo, normativo e educativo, vinculada às Diretorias Técnicas das duas UPAs.

Art. 2º A CARP tem por finalidade assegurar a qualidade, a completude e a fidedignidade dos registros em prontuário dos atendimentos realizados nas UPAs.

Parágrafo único. A CARP observa, entre outras, as seguintes normas: Resolução CFM nº 1.638/2002, que define o prontuário e torna obrigatória a comissão de revisão nos estabelecimentos que prestam assistência médica; Resolução CFM nº 1.821/2007, sobre o prontuário eletrônico; Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Art. 3º A CARP é única para as duas unidades e reúne membros de ambas. Os seus registros, análises, indicadores e relatórios são mantidos separadamente por unidade, identificada pelo respectivo CNES (UPA Norte, CNES 2755289; UPA Sul, CNES 2492555).

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A CARP tem a seguinte composição:

I – coordenador: médico clínico do corpo clínico (1 titular e 1 suplente);

II – membro: médico pediatra (1 titular e 1 suplente);

III – membro: enfermeiro – um de cada UPA (2 titulares e 2 suplentes);

IV – membro: representante do serviço de arquivo e faturamento – um de cada UPA (2 titulares e 2 suplentes);

V – membro: representante da tecnologia da informação (prontuário eletrônico) (1 titular);

VI – secretário: profissional administrativo (1 titular).

Art. 5º Os membros são designados por portaria do Diretor Técnico de cada unidade, ouvido o corpo clínico, e a coordenação é obrigatoriamente exercida por médico, como determina a Resolução CFM nº 1.638/2002.

Parágrafo único. Os membros são escolhidos entre os profissionais das unidades e exercem a função sem prejuízo das suas atribuições, com tempo reservado na escala para as reuniões e as atividades da comissão.

Art. 6º O mandato é de 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Art. 7º Perde o mandato o membro que faltar, sem justificativa, a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco alternadas no período de doze meses, ou que se desligar das unidades. O suplente substitui o titular nas ausências e, em caso de vacância, assume até a nova designação, que se faz pelo tempo restante do mandato.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CARP:

I – avaliar mensalmente amostra de prontuários de cada UPA, estratificada por cor da classificação de risco e por tipo de desfecho, com no mínimo 30 (trinta) prontuários por unidade;

II – verificar a presença dos itens obrigatórios do prontuário: identificação do usuário, anamnese, exame físico, exames complementares e seus resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico, tratamento e evolução, com data, hora, nome, registro no conselho e assinatura do profissional;

III – verificar o registro dos marcos de tempo do atendimento de urgência – chegada, classificação de risco, primeiro atendimento médico, reavaliações, decisão de transferência e desfecho – dos quais dependem os indicadores do Anexo II;

IV – verificar a completude da contrarreferência à Atenção Primária e do sumário de transferência;

V – devolver as não conformidades aos profissionais e às coordenações, com prazo de correção, e acompanhar a sua resolução;

VI – propor ajustes no prontuário eletrônico que previnam falhas de registro, como campos obrigatórios e alertas;

VII – zelar pelo sigilo e pela proteção dos dados pessoais, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados;

VIII – encaminhar à Comissão de Ética Médica ou à Comissão de Ética de Enfermagem, conforme o caso, os achados que configurem possível infração ética;

IX – articular-se com a Comissão de Revisão de Óbitos e com o Núcleo de Segurança do Paciente, compartilhando achados relevantes;

X – propor à Diretoria Técnica e ao NEPES capacitações sobre registro clínico.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao coordenador compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar a CARP perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações às Diretorias Técnicas e à SEMUS, quando for o caso.

Art. 10 Ao secretário compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do coordenador;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A CARP reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do coordenador ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao coordenador o voto de qualidade.

Art. 15 Podem ser convidados às reuniões, sem direito a voto, profissionais das unidades e especialistas cuja contribuição seja necessária à pauta.

Art. 16 Os prontuários de usuários que evoluíram para óbito são analisados pela Comissão de Revisão de Óbitos, a quem a CARP encaminha eventuais achados de registro.

Art. 17 A correção de não conformidades pelo profissional deve ocorrer em até 15 (quinze) dias da devolução, sem alteração do registro original, mediante adendo identificado no prontuário eletrônico.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 18 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 19 O resultado de cada análise é registrado em planilha própria, por unidade, e consolidado em relatório mensal encaminhado à Diretoria Técnica, com a lista de não conformidades por profissional mantida em caráter reservado.

Art. 20 As atas, os relatórios e os demais documentos são arquivados em meio digital por no mínimo 5 (cinco) anos e ficam disponíveis à direção das unidades, à SEMUS e aos órgãos de controle e de fiscalização.

Art. 21 A CARP apresenta às Diretorias Técnicas relatório trimestral de atividades e de indicadores, separado por unidade, que integra os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 Os casos omissos são resolvidos pela CARP, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos às Diretorias Técnicas.

Art. 23 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada por dois terços dos membros e homologada pelos Diretores Técnicos.

Art. 24 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião da CARP.

14.2.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento da CARP, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.3 – Cronograma anual de atividades da CARP

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Designação dos membros, posse e aprovação do regimento	•											
Definição do instrumento de avaliação e do plano amostral por UPA	•	•										
Revisão mensal de amostra de prontuários das duas unidades		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Devolutiva das não conformidades às coordenações e aos profissionais		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Proposta de ajustes no prontuário eletrônico (campos obrigatórios e alertas)			•			•			•			
Capacitação das equipes em registro clínico, com o NEPES			•				•				•	
Relatório semestral de conformidade à Diretoria Técnica e à SEMUS						•						•

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Conformidade dos prontuários	prontuários conformes ÷ prontuários avaliados × 100	≥ 90% a partir do 6º mês
Completude dos marcos de tempo	prontuários com todos os horários registrados ÷ prontuários avaliados × 100	≥ 98%
Resolução de não conformidades	não conformidades corrigidas em até 15 dias ÷ não conformidades devolvidas × 100	≥ 85%

14.3 Comissão de Revisão de Óbitos (CRO)

Toda morte ocorrida em uma UPA merece ser compreendida. Muitas acontecem em pacientes que chegam em estado gravíssimo; outras podem revelar demora na classificação, no atendimento, na obtenção de vaga ou falhas de protocolo. A Comissão de Revisão de Óbitos analisa, de forma técnica e sem caráter punitivo, todos os óbitos ocorridos nas duas unidades, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria nos processos assistenciais.

A comissão presta atenção especial aos óbitos ocorridos enquanto o usuário aguardava transferência regulada, aos óbitos de crianças e de mulheres em idade fértil, que têm vigilância própria no SUS, e à qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito.

Base normativa: Resolução CFM nº 2.171/2017, alterada pela Resolução CFM nº 2.469/2026, que torna obrigatórias as comissões de revisão de óbito nas instituições hospitalares e nas unidades de pronto atendimento; Portaria GM/MS nº 1.119/2008 (vigilância de óbitos maternos) e Portaria GM/MS nº 72/2010 (vigilância do óbito infantil e fetal).

14.3.1 Proposta de constituição

Quadro 14.4 – Composição proposta da CRO

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Coordenador	Médico clínico	1	1
Membro	Médico clínico – da outra UPA	1	1
Membro	Médico pediatra	1	1
Membro	Enfermeiro – um de cada UPA	2	2
Membro	Farmacêutico	1	–
Secretário	Profissional administrativo	1	–

Forma de designação. Os membros são designados pelo Diretor Técnico de cada unidade, mediante consulta ao corpo clínico e à Comissão de Ética Médica quanto aos membros médicos, assegurada a composição multidisciplinar com no mínimo cinco membros e maioria médica, como determina a Resolução CFM nº 2.171/2017.

Mandato. 2 (dois) anos, permitida a recondução.

Vinculação. Diretorias Técnicas das duas UPAs.

14.3.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS – CRO

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por

Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é órgão técnico permanente, de caráter consultivo, educativo e sem finalidade punitiva, vinculada às Diretorias Técnicas das duas UPAs.

Art. 2º A CRO tem por finalidade analisar os óbitos ocorridos nas UPAs, identificar oportunidades de melhoria da assistência e contribuir para a vigilância epidemiológica dos óbitos.

Parágrafo único. A CRO observa, entre outras, as seguintes normas: Resolução CFM nº 2.171/2017, alterada pela Resolução CFM nº 2.469/2026, que torna obrigatórias as comissões de revisão de óbito nas instituições hospitalares e nas unidades de pronto atendimento; Portaria GM/MS nº 1.119/2008 (vigilância de óbitos maternos) e Portaria GM/MS nº 72/2010 (vigilância do óbito infantil e fetal).

Art. 3º A CRO é única para as duas unidades e reúne membros de ambas. Os seus registros, análises, indicadores e relatórios são mantidos separadamente por unidade, identificada pelo respectivo CNES (UPA Norte, CNES 2755289; UPA Sul, CNES 2492555).

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A CRO tem a seguinte composição:

I – coordenador: médico clínico (1 titular e 1 suplente);

II – membro: médico clínico – da outra UPA (1 titular e 1 suplente);

III – membro: médico pediatra (1 titular e 1 suplente);

IV – membro: enfermeiro – um de cada UPA (2 titulares e 2 suplentes);

V – membro: farmacêutico (1 titular);

VI – secretário: profissional administrativo (1 titular).

Art. 5º Os membros são designados pelo Diretor Técnico de cada unidade, mediante consulta ao corpo clínico e à Comissão de Ética Médica quanto aos membros médicos, assegurada a composição multidisciplinar com no mínimo cinco membros e maioria médica, como determina a Resolução CFM nº 2.171/2017.

Parágrafo único. Os membros são escolhidos entre os profissionais das unidades e exercem a função sem prejuízo das suas atribuições, com tempo reservado na escala para as reuniões e as atividades da comissão.

Art. 6º O mandato é de 2 (dois) anos, permitida a recondução.

Art. 7º Perde o mandato o membro que faltar, sem justificativa, a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco alternadas no período de doze meses, ou que se desligar das unidades. O suplente substitui o titular nas ausências e, em caso de vacância, assume até a nova designação, que se faz pelo tempo restante do mandato.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CRO:

I – analisar todos os óbitos ocorridos nas UPAs Norte e Sul, inclusive os de usuários que chegaram sem sinais vitais e os ocorridos durante a espera por transferência;

II – avaliar a adequação da assistência prestada, com atenção à classificação de risco, aos tempos de atendimento, ao acionamento de protocolos tempo-dependentes e à regulação;

III – identificar falhas sistêmicas e oportunidades de melhoria e propor recomendações e planos de ação às coordenações e à Diretoria Técnica;

IV – avaliar a qualidade do preenchimento das Declarações de Óbito e promover a sua correção e a capacitação dos médicos;

V – comunicar à vigilância epidemiológica municipal, nos prazos da legislação, os óbitos maternos, de mulheres em idade fértil, infantis e fetais e os por doença de notificação compulsória;

VI – encaminhar ao Núcleo de Segurança do Paciente os óbitos com suspeita de evento adverso, para notificação e análise de causa raiz;

VII – encaminhar à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina os casos que demandem esclarecimento sobre conduta médica;

VIII – emitir anualmente relatório sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos nas unidades.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao coordenador compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar a CRO perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações às Diretorias Técnicas e à SEMUS, quando for o caso.

Art. 10 Ao secretário compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do coordenador;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A CRO reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal, sempre que houver óbito a ser analisado, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do coordenador ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao coordenador o voto de qualidade.

Art. 15 Podem ser convidados às reuniões, sem direito a voto, profissionais das unidades e especialistas cuja contribuição seja necessária à pauta.

Art. 16 Cada óbito é analisado em até 30 (trinta) dias da sua ocorrência, a partir do prontuário e, quando necessário, de entrevista com os profissionais envolvidos.

Art. 17 As análises têm caráter técnico e educativo; os membros não participam da análise de casos em que tenham atuado diretamente.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 18 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 19 Cada óbito recebe ficha de análise padronizada, anexada à ata, com classificação quanto à evitabilidade e às recomendações. As recomendações geram plano de ação acompanhado até a conclusão.

Art. 20 As atas, os relatórios e os demais documentos são arquivados em meio digital por no mínimo 5 (cinco) anos e ficam disponíveis à direção das unidades, à SEMUS e aos órgãos de controle e de fiscalização.

Art. 21 A CRO apresenta às Diretorias Técnicas relatório trimestral de atividades e de indicadores, separado por unidade, que integra os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 Os casos omissos são resolvidos pela CRO, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos às Diretorias Técnicas.

Art. 23 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada por dois terços dos membros e homologada pelos Diretores Técnicos.

Art. 24 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião da CRO.

14.3.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento da CRO, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.5 – Cronograma anual de atividades da CRO

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Designação dos membros, posse e aprovação do regimento	•											
Implantação da ficha padronizada de análise de óbito	•	•										
Análise de todos os óbitos do mês anterior		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Comunicação dos óbitos de vigilância obrigatória à vigilância municipal	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Capacitação dos médicos no preenchimento da Declaração de Óbito		•						•				
Monitoramento dos planos de ação decorrentes das análises				•		•		•		•		•
Relatório anual do perfil epidemiológico dos óbitos												•

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Óbitos analisados no prazo	óbitos analisados em até 30 dias ÷ óbitos ocorridos × 100	100%
Qualidade da Declaração de Óbito	DO sem causa mal definida ou erro de preenchimento ÷ DO emitidas × 100	≥ 90%
Execução dos planos de ação	ações concluídas no prazo ÷ ações programadas × 100	≥ 80%

14.4 Comissão de Ética Médica (CEM)

A Comissão de Ética Médica é o braço do Conselho Regional de Medicina do Tocantins dentro das unidades. Tem funções educativas, fiscalizadoras e de orientação: zela pelo exercício ético da medicina, recebe e apura preliminarmente denúncias e promove o debate sobre ética com o corpo clínico. Não é uma instância da gestão, e a sua autonomia em relação à direção das UPAs é uma garantia para médicos e usuários.

Base normativa: Resolução CFM nº 2.152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica; Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018).

14.4.1 Proposta de constituição

A Resolução CFM nº 2.152/2016 vincula a comissão ao corpo clínico de cada estabelecimento e a torna obrigatória onde atuam mais de 30 médicos, condição das duas UPAs. Por isso, este regimento é único, mas na implantação é eleita uma comissão em cada unidade, com a composição abaixo.

Quadro 14.6 – Composição da CEM em cada UPA

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Membros efetivos	Médicos do corpo clínico da UPA, eleitos	3	3
Presidente e secretário	Eleitos entre os membros efetivos, na primeira reunião	–	–

Forma de designação. Os membros são eleitos pelo voto direto e secreto dos médicos do corpo clínico de cada UPA, em processo convocado pelo Diretor Clínico e acompanhado pelo CRM-TO, que homologa o resultado. Não podem integrar a comissão os médicos que ocupem cargo de direção técnica, clínica ou administrativa, os que não estejam quites com o CRM-TO e os que tenham sofrido penalidade ético-profissional, nos termos da resolução.

Mandato. 30 (trinta) meses, com eleição realizada até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Vinculação. Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO), ao qual a comissão é subordinada e vinculada, sem subordinação à direção da unidade.

14.4.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Ética Médica (CEM) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é órgão de natureza ética, com funções

educativas, fiscalizadoras e de orientação, que representa o Conselho Regional de Medicina na unidade, subordinada ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO) e sem subordinação à direção da unidade.

Art. 2º A CEM tem por finalidade zelar pelo exercício ético da medicina na unidade e pelo respeito aos direitos dos pacientes.

Parágrafo único. A CEM observa, entre outras, as seguintes normas: Resolução CFM nº 2.152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica; Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018).

Art. 3º Este regimento aplica-se às duas unidades. Em cada UPA é constituída uma CEM própria, com composição, escolha de membros, reuniões e registros independentes.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A CEM tem a seguinte composição:

I – membros efetivos: médicos do corpo clínico da UPA, eleitos (3 titulares e 3 suplentes);

II – presidente e secretário: eleitos entre os membros efetivos, na primeira reunião.

Art. 5º Os membros são eleitos pelo voto direto e secreto dos médicos do corpo clínico de cada UPA, em processo convocado pelo Diretor Clínico e acompanhado pelo CRM-TO, que homologa o resultado. Não podem integrar a comissão os médicos que ocupem cargo de direção técnica, clínica ou administrativa, os que não estejam quites com o CRM-TO e os que tenham sofrido penalidade ético-profissional, nos termos da resolução.

Art. 6º O mandato é de 30 (trinta) meses, com eleição realizada até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 7º A perda do mandato, a vacância e a substituição dos membros observam as hipóteses e os procedimentos da Resolução CFM nº 2.152/2016.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CEM:

I – supervisionar, orientar e fiscalizar, na sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como a sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;

II – comunicar ao CRM-TO quaisquer indícios de infração à lei ou aos dispositivos éticos vigentes e o exercício ilegal da medicina;

III – instaurar sindicância e procedimentos preliminares, encaminhando o relatório ao CRM-TO;

IV – verificar se a unidade está regularmente inscrita no CRM-TO e em dia com as suas obrigações;

V – colaborar com o CRM-TO na divulgação de resoluções e normas e na educação ética dos médicos;

VI – atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico e os demais profissionais sobre as normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

VII – orientar o público usuário da unidade sobre questões referentes à ética médica;

VIII – promover e participar de atividades de discussão e divulgação de temas relativos à ética médica.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao presidente compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar a CEM perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações ao CRM-TO.

Art. 10 Ao secretário compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do presidente;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A CEM reúne-se ordinariamente com periodicidade bimestral, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do presidente ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao presidente o voto de qualidade.

Art. 15 As reuniões são restritas aos membros. Podem ser convidados profissionais para atividades educativas, sem acesso a casos em apuração.

Art. 16 Os atos da comissão têm caráter sigiloso; o acesso aos documentos é restrito às partes, aos membros e ao CRM-TO.

Art. 17 Até a posse da comissão eleita, o Diretor Clínico encaminha diretamente ao CRM-TO as demandas de natureza ética.

Art. 18 A unidade assegura à comissão sala reservada, apoio administrativo e condições de funcionamento, sem ingerência nas suas deliberações.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 19 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 20 Os procedimentos preliminares e as sindicâncias são autuados e numerados em livro ou sistema próprio de acesso restrito. As atas não identificam as partes em documentos de circulação geral.

Art. 21 Os documentos da comissão são arquivados em meio digital de acesso restrito aos seus membros e ao CRM-TO, por no mínimo 5 (cinco) anos, e o relatório anual de atividades é encaminhado ao CRM-TO, com ciência à direção das unidades apenas do calendário de reuniões e das ações educativas realizadas, sem identificação de partes ou de casos.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 Os casos omissos são resolvidos pela CEM, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos ao CRM-TO.

Art. 23 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada pela maioria absoluta da comissão, com ciência ao CRM-TO.

Art. 24 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião da comissão empossada.

14.4.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento da CEM, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.7 – Cronograma anual de atividades da CEM

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Convocação do processo eleitoral e comunicação ao CRM-TO	•											
Inscrição de chapas, eleição e envio do resultado para homologação		•										
Posse, eleição de presidente e secretário e aprovação do regimento			•									
Reuniões ordinárias bimestrais			•		•		•		•		•	
Ações educativas com o corpo clínico (código de ética, prontuário, sigilo, atestados)				•				•				•
Divulgação aos usuários dos canais de orientação sobre ética médica				•								
Relatório anual de atividades ao CRM-TO												•

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Reuniões ordinárias realizadas	reuniões realizadas ÷ reuniões programadas × 100	100%
Procedimentos concluídos no prazo	procedimentos concluídos em até 60 dias ÷ instaurados × 100	≥ 80%
Ações educativas realizadas	ações realizadas ÷ ações programadas × 100	100%

14.5 Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn)

A enfermagem é a maior categoria profissional das UPAs e está presente em todas as etapas do atendimento, da classificação de risco à alta. A Comissão de Ética de Enfermagem representa o Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins nas unidades, com funções educativas, consultivas, de conciliação, de orientação e de vigilância do exercício ético e legal da profissão, e atua com autonomia e imparcialidade.

Base normativa: Resolução COFEN nº 792/2025, que normatiza a criação e o funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem e revogou a Resolução COFEN nº 593/2018; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017).

14.5.1 Proposta de constituição

A Resolução COFEN nº 792/2025 torna a comissão obrigatória na instituição com 50 ou mais profissionais de enfermagem, e cada UPA terá mais de 100. Por isso, este regimento é único, mas na implantação é eleita uma comissão em cada unidade. Para o quadro de 100 a 249 profissionais de enfermagem, a composição é de cinco membros efetivos, como abaixo.

Quadro 14.8 – Composição da CEEn em cada UPA

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Presidente	Enfermeiro eleito	1	facultativo
Membros	Enfermeiros eleitos	2	facultativo
Membros	Técnicos de enfermagem eleitos	2	facultativo

Forma de designação. Os membros são eleitos pelo voto secreto dos profissionais de enfermagem de cada UPA, em processo conduzido por comissão eleitoral de no mínimo três membros, convocado com antecedência mínima de 60 dias. O resultado é homologado pelo Coren-TO, que nomeia os membros por portaria. Podem candidatar-se os profissionais com vínculo na unidade, em situação regular no Coren e sem penalidade ética que os torne inelegíveis, nos termos da resolução. A presidência é exercida por enfermeiro.

Mandato. 3 (três) anos, admitida uma reeleição.

Vinculação. Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins (Coren-TO), que homologa a eleição e nomeia os membros, com relação técnica com a Coordenação de Enfermagem da unidade.

14.5.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM – CEEn

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem na unidade, com funções educativas, consultivas, de conciliação, de orientação e de vigilância do exercício ético e legal da enfermagem, vinculada ao Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins (Coren-TO), que homologa a sua eleição e nomeia os seus membros.

Art. 2º A CEEn tem por finalidade zelar pelo exercício ético e legal da enfermagem na unidade.

Parágrafo único. A CEEn observa, entre outras, as seguintes normas: Resolução COFEN nº 792/2025, que normatiza a criação e o funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem e revogou a Resolução COFEN nº 593/2018; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017).

Art. 3º Este regimento aplica-se às duas unidades. Em cada UPA é constituída uma CEEn própria, com composição, escolha de membros, reuniões e registros independentes.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A CEEn tem a seguinte composição:

I – presidente: enfermeiro eleito (1 titular);

II – membros: enfermeiros eleitos (2 titulares);

III – membros: técnicos de enfermagem eleitos (2 titulares).

Art. 5º Os membros são eleitos pelo voto secreto dos profissionais de enfermagem de cada UPA, em processo conduzido por comissão eleitoral de no mínimo três membros, convocado com antecedência mínima de 60 dias. O resultado é homologado pelo Coren-TO, que nomeia os membros por portaria. Podem candidatar-se os profissionais com vínculo na unidade, em situação regular no Coren e sem penalidade ética que os torne inelegíveis, nos termos da resolução. A presidência é exercida por enfermeiro.

Art. 6º O mandato é de 3 (três) anos, admitida uma reeleição.

Art. 7º A perda do mandato, a vacância e a substituição dos membros observam as hipóteses e os procedimentos da Resolução COFEN nº 792/2025.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CEEn:

I – representar o Coren-TO na unidade, divulgando a legislação e as normas do exercício profissional;

II – orientar os profissionais de enfermagem sobre o exercício ético e legal da profissão;

III – identificar e apurar, de forma preliminar, indícios de infração ética, receber denúncias de profissionais, usuários e da comunidade e elaborar relatório circunstanciado;

IV – encaminhar ao Coren-TO os casos que configurem infração ética, com o respectivo relatório;

V – promover a conciliação em situações de conflito ético entre profissionais, quando cabível;

VI – realizar ações educativas sobre ética e legislação de enfermagem, em articulação com o NEPES;

VII – assessorar a Coordenação de Enfermagem em questões de natureza ética;

VIII – apresentar relatório anual de atividades ao Coren-TO.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao presidente compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar a CEEn perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações ao Coren-TO.

Art. 10 Ao secretário, escolhido entre os membros na primeira reunião, compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do presidente;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A CEEn reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do presidente ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao presidente o voto de qualidade.

Art. 15 As reuniões são restritas aos membros. Podem ser convidados profissionais para atividades educativas, sem acesso a casos em apuração.

Art. 16 A comissão atua com sigilo; as suas reuniões são restritas aos membros, salvo convidados para atividades educativas.

Art. 17 Os membros eleitos participam da capacitação oferecida pelo Coren-TO no início do mandato.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 18 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 19 As averiguações preliminares são registradas em processo próprio, numerado e de acesso restrito. O relatório anual é encaminhado ao Coren-TO.

Art. 20 Os documentos da comissão são arquivados em meio digital de acesso restrito aos seus membros e ao Coren-TO, por no mínimo 5 (cinco) anos, e o relatório anual de atividades é encaminhado ao Coren-TO, com ciência à direção das unidades apenas do calendário de reuniões e das ações educativas realizadas, sem identificação de partes ou de casos.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 Os casos omissos são resolvidos pela CEEn, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos ao Coren-TO.

Art. 22 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada pela maioria absoluta da comissão, com ciência ao Coren-TO.

Art. 23 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião da comissão empossada.

14.5.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento da CEEn, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.9 – Cronograma anual de atividades da CEEn

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Constituição da comissão eleitoral e convocação da eleição	•											
Inscrição de candidatos, eleição e apuração pública			•									
Homologação e nomeação pelo Coren-TO; posse e aprovação do regimento				•								
Capacitação dos membros eleitos pelo Coren-TO				•	•							
Reuniões ordinárias mensais				•	•	•	•	•	•	•	•	•
Ações educativas: código de ética, registro de enfermagem, sigilo, dimensionamento					•			•			•	
Relatório anual de atividades ao Coren-TO												•

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Reuniões ordinárias realizadas	reuniões realizadas ÷ reuniões programadas × 100	100%
Demandas respondidas no prazo	demandas com relatório em até 30 dias ÷ demandas recebidas × 100	≥ 80%
Profissionais alcançados por ações educativas	profissionais participantes ÷ profissionais de enfermagem da unidade × 100	≥ 70% no ano

14.6 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

A UPA atende, ao mesmo tempo e em espaços compartilhados, pacientes com doenças transmissíveis, pacientes imunossuprimidos e crianças. Punções venosas, sondagens, nebulizações e curativos são feitos em grande volume e com pressa. A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde formula e acompanha o programa que protege usuários e trabalhadores das infecções que podem ser adquiridas durante o cuidado.

A comissão tem um grupo executor, que conduz a rotina de vigilância e as ações de prevenção nas duas unidades, e um grupo consultor, formado pelos serviços cujas práticas influenciam o risco de infecção.

Base normativa: Lei nº 9.431/1997; Portaria GM/MS nº 2.616/1998, que estabelece diretrizes para o programa de controle de infecção; RDC ANVISA nº 36/2013; RDC ANVISA nº 42/2010 (preparação alcoólica para as mãos); Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS).

14.6.1 Proposta de constituição

Quadro 14.10 – Composição proposta da CCIRAS

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Coordenador (grupo executor)	Médico com formação ou experiência em controle de infecção	1	1
Membros (grupo executor)	Enfermeiro de referência em controle de infecção – um de cada UPA	2	2
Membro (grupo executor)	Farmacêutico	1	1
Grupo consultor	Representantes da enfermagem, do laboratório, da higienização, da nutrição, da manutenção, do almoxarifado e da CIPA	1 de cada	–
Secretário	Profissional administrativo	1	–

Forma de designação. Os membros são designados por portaria do Diretor Geral, por indicação do Diretor Técnico de cada unidade. A composição é comunicada à Coordenação Municipal de Controle de Infecção e à vigilância sanitária.

Mandato. 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Vinculação. Diretorias Técnicas das duas UPAs, com autonomia técnica e acesso direto a todos os setores.

14.6.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CCIRAS

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é órgão técnico permanente, de caráter normativo, executivo e educativo, vinculada às Diretorias Técnicas das duas UPAs, com autonomia técnica e acesso a todos os setores das unidades.

Art. 2º A CCIRAS tem por finalidade planejar, executar e avaliar o Programa de Controle de Infecção das UPAs, reduzindo a incidência e a gravidade das infecções relacionadas à assistência.

Parágrafo único. A CCIRAS observa, entre outras, as seguintes normas: Lei nº 9.431/1997; Portaria GM/MS nº 2.616/1998, que estabelece diretrizes para o programa de controle de infecção; RDC ANVISA nº 36/2013; RDC ANVISA nº 42/2010 (preparação alcoólica para as mãos); Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS).

Art. 3º A CCIRAS é única para as duas unidades e reúne membros de ambas. Os seus registros, análises, indicadores e relatórios são mantidos separadamente por unidade, identificada pelo respectivo CNES (UPA Norte, CNES 2755289; UPA Sul, CNES 2492555).

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A CCIRAS tem a seguinte composição:

I – coordenador (grupo executor): médico com formação ou experiência em controle de infecção (1 titular e 1 suplente);

II – membros (grupo executor): enfermeiro de referência em controle de infecção – um de cada UPA (2 titulares e 2 suplentes);

III – membro (grupo executor): farmacêutico (1 titular e 1 suplente);

IV – grupo consultor: representantes da enfermagem, do laboratório, da higienização, da nutrição, da manutenção, do almoxarifado e da CIPA (um de cada serviço);

V – secretário: profissional administrativo (1 titular).

Art. 5º Os membros são designados por portaria do Diretor Geral, por indicação do Diretor Técnico de cada unidade. A composição é comunicada à Coordenação Municipal de Controle de Infecção e à vigilância sanitária.

Parágrafo único. Os membros são escolhidos entre os profissionais das unidades e exercem a função sem prejuízo das suas atribuições, com tempo reservado na escala para as reuniões e as atividades da comissão.

Art. 6º O mandato é de 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Art. 7º Perde o mandato o membro que faltar, sem justificativa, a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco alternadas no período de doze meses, ou que se desligar das unidades. O suplente substitui o titular nas ausências e, em caso de vacância, assume até a nova designação, que se faz pelo tempo restante do mandato.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CCIRAS:

I – elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção das duas UPAs, adequado às características e às necessidades das unidades;

II – implantar e manter a vigilância das infecções relacionadas à assistência, com ênfase nas relacionadas a cateter venoso periférico, a procedimentos invasivos e a surtos;

III – monitorar a adesão à higiene das mãos e o consumo de preparação alcoólica;

IV – definir e supervisionar as precauções-padrão e as precauções específicas de contato, gotículas e aerossóis e o uso dos leitos de isolamento;

V – investigar surtos e propor medidas imediatas de contenção, comunicando a vigilância em saúde;

VI – definir, com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, as diretrizes de uso racional de antimicrobianos;

VII – elaborar e revisar as normas de limpeza e desinfecção de superfícies, de processamento de produtos para saúde e de manejo de roupas, em articulação com os respectivos serviços;

VIII – emitir parecer técnico sobre a aquisição de produtos e equipamentos com impacto no risco de infecção;

IX – capacitar os profissionais, com o NEPES;

X – notificar os indicadores às instâncias municipal e estadual de controle de infecção e divulgá-los às equipes.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao coordenador compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar a CCIRAS perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações às Diretorias Técnicas e à SEMUS, quando for o caso.

Art. 10 Ao secretário compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do coordenador;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A CCIRAS reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal (comissão completa) e semanal (grupo executor), em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do coordenador ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao coordenador o voto de qualidade.

Art. 15 Podem ser convidados às reuniões, sem direito a voto, profissionais das unidades e especialistas cuja contribuição seja necessária à pauta.

Art. 16 O grupo executor reúne-se semanalmente para a rotina de vigilância, e a comissão completa, mensalmente.

Art. 17 Em situação de surto, a comissão reúne-se em até 24 (vinte e quatro) horas da detecção.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 18 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 19 Os indicadores são consolidados em boletim mensal por unidade, encaminhado à Diretoria Técnica, divulgado às equipes e enviado às instâncias de controle de infecção quando solicitado.

Art. 20 As atas, os relatórios e os demais documentos são arquivados em meio digital por no mínimo 5 (cinco) anos e ficam disponíveis à direção das unidades, à SEMUS e aos órgãos de controle e de fiscalização.

Art. 21 A CCIRAS apresenta às Diretorias Técnicas relatório trimestral de atividades e de indicadores, separado por unidade, que integra os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 Os casos omissos são resolvidos pela CCIRAS, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos às Diretorias Técnicas.

Art. 23 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada por dois terços dos membros e homologada pelos Diretores Técnicos.

Art. 24 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião da CCIRAS.

14.6.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento da CCIRAS, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.11 – Cronograma anual de atividades da CCIRAS

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Designação dos membros, posse e aprovação do regimento	•											
Diagnóstico situacional das duas UPAs e elaboração do Programa de Controle de Infecção	•	•										
Implantação da vigilância das IRAS e do boletim mensal		•	•									
Auditorias de higiene das mãos e de precauções		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Campanha de higiene das mãos (5 de maio) e campanhas internas					•					•		
Revisão das normas de limpeza, desinfecção e processamento de produtos			•						•			
Capacitação das equipes em prevenção de infecção, com o NEPES		•		•		•		•		•		•
Relatório anual e revisão do Programa de Controle de Infecção												•

Nota. meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Adesão à higiene das mãos	oportunidades com higiene realizada ÷ oportunidades observadas × 100	≥ 80%
Consumo de preparação alcoólica	mililitros consumidos ÷ paciente-dia de observação	≥ 20 ml por paciente-dia
Flebite relacionada a cateter periférico	casos de flebite ÷ cateteres periféricos inseridos × 100	≤ 5%

14.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA)

Os trabalhadores de uma UPA estão expostos a riscos biológicos, a acidentes com perfurocortantes, a esforço físico, ao trabalho noturno e, com frequência, à violência de usuários e acompanhantes. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio tem por objetivo prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, tornando o trabalho compatível com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador, e também prevenir e combater o assédio sexual e outras formas de violência.

Base normativa: Norma Regulamentadora nº 5 do Ministério do Trabalho e Emprego, na redação vigente; Lei nº 14.457/2022, que incluiu a prevenção e o combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho entre as atribuições da comissão; NR-32 (segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde).

14.7.1 Proposta de constituição

A NR-5 determina que a comissão seja constituída por estabelecimento. Por isso, este regimento é único, mas na implantação é constituída uma CIPA em cada UPA, dimensionada pelo Quadro I da NR-5 segundo o grau de risco da atividade de atenção à saúde e o número de empregados de cada unidade.

Quadro 14.12 – Composição da CIPA em cada UPA

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Presidente	Representante da organização, designado	1	–
Representantes da organização	Empregados designados pela organização	conforme Quadro I	conforme Quadro I
Vice-presidente	Escolhido entre os representantes eleitos titulares	1	–
Representantes dos empregados	Empregados eleitos por voto secreto	conforme Quadro I	conforme Quadro I
Secretário	Escolhido de comum acordo entre os membros	1	–

Forma de designação. Os representantes da organização, titulares e suplentes, são designados pelo empregador, que indica entre eles o presidente. Os representantes dos empregados são eleitos em escrutínio secreto, em processo convocado com antecedência mínima de 60 dias do término do mandato, com inscrição aberta por no mínimo 15 dias. Todos os membros recebem treinamento de no mínimo 16 horas, carga prevista para o grau de risco 3, antes da posse ou em até 30 dias no primeiro mandato.

Mandato. 1 (um) ano para os membros eleitos, permitida uma reeleição.

Vinculação. Organização empregadora, com assessoria do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, quando constituído.

14.7.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE ASSÉDIO – CIPA

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é comissão paritária, composta por representantes da organização e dos empregados, constituída pela organização empregadora nos termos da NR-5.

Art. 2º A CIPA tem por finalidade prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, tornando compatível o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador, e prevenir e combater o assédio sexual e outras formas de violência no trabalho.

Parágrafo único. A CIPA observa, entre outras, as seguintes normas: Norma Regulamentadora nº 5 do Ministério do Trabalho e Emprego, na redação vigente; Lei nº 14.457/2022, que incluiu a prevenção e o combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho entre as atribuições da comissão; NR-32 (segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde).

Art. 3º Este regimento aplica-se às duas unidades. Em cada UPA é constituída uma CIPA própria, com composição, escolha de membros, reuniões e registros independentes.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A CIPA tem a seguinte composição:

I – presidente: representante da organização, designado (1 titular);

II – representantes da organização: empregados designados pela organização (titulares e suplentes em número definido pelo Quadro I da NR-5);

III – vice-presidente: escolhido entre os representantes eleitos titulares (1 titular);

IV – representantes dos empregados: empregados eleitos por voto secreto (titulares e suplentes em número definido pelo Quadro I da NR-5);

V – secretário: escolhido de comum acordo entre os membros (1 titular).

Art. 5º Os representantes da organização, titulares e suplentes, são designados pelo empregador, que indica entre eles o presidente. Os representantes dos empregados são eleitos em escrutínio secreto, em processo convocado com antecedência mínima de 60 dias do término do mandato, com inscrição aberta por no mínimo 15 dias. Todos os membros recebem treinamento de no mínimo 16 horas, carga prevista para o grau de risco 3, antes da posse ou em até 30 dias no primeiro mandato.

Art. 6º O mandato é de 1 (um) ano para os membros eleitos, permitida uma reeleição.

Art. 7º O membro titular perde o mandato quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa, sendo substituído por suplente, na forma da NR-5. É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito, desde o registro da candidatura até um ano após o final do mandato.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CIPA:

I – acompanhar o processo de identificação de perigos e avaliação de riscos e a adoção das medidas de prevenção implementadas pela organização;

II – registrar a percepção dos riscos pelos trabalhadores, por meio do mapa de riscos ou de outra ferramenta apropriada;

III – verificar os ambientes e as condições de trabalho, com atenção aos riscos biológicos, aos perfurocortantes e à violência contra os trabalhadores;

IV – elaborar e acompanhar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva em segurança e saúde no trabalho;

V – participar do desenvolvimento e da implementação de programas de segurança e saúde no trabalho, inclusive do Programa de Gerenciamento de Riscos e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;

VI – acompanhar a análise dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e propor medidas de prevenção;

VII – requisitar à organização as informações sobre segurança e saúde dos trabalhadores, incluindo as Comunicações de Acidente de Trabalho;

VIII – propor a análise das condições de trabalho em que considere haver risco grave e iminente;

IX – promover anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT);

X – incluir em suas atividades temas de prevenção e combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao presidente compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar a CIPA perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – encaminhar os relatórios e as comunicações à Diretoria Geral e à SEMUS, quando for o caso.

Art. 10 Ao secretário compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do presidente;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A CIPA reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal, conforme calendário preestabelecido, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do presidente ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria dos membros. As decisões são tomadas preferencialmente por consenso; não havendo consenso, são submetidas a votação, com registro em ata.

Art. 15 Podem ser convidados às reuniões, sem direito a voto, profissionais das unidades e especialistas cuja contribuição seja necessária à pauta.

Art. 16 A comissão reúne-se extraordinariamente quando ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal, ou por solicitação de uma das representações.

Art. 17 Acidentes com material biológico são comunicados à comissão e seguem o protocolo de atendimento pós-exposição da unidade.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 18 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 19 As atas são assinadas pelos presentes e disponibilizadas a todos os integrantes; as deliberações são divulgadas aos empregados em quadro de aviso ou meio eletrônico, como exige a NR-5.

Art. 20 As atas, os relatórios e os demais documentos são arquivados em meio digital por no mínimo 5 (cinco) anos e ficam disponíveis à direção das unidades, à SEMUS e aos órgãos de controle e de fiscalização.

Art. 21 A CIPA apresenta à Diretoria Geral relatório trimestral de atividades e de indicadores, separado por unidade, que integra os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 Os casos omissos são resolvidos pela CIPA, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos à Diretoria Geral.

Art. 23 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer das representações, aprovada pela maioria dos membros, observada a NR-5.

Art. 24 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião da comissão empossada.

14.7.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento da CIPA, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.13 – Cronograma anual de atividades da CIPA

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Designação dos representantes da organização e convocação da eleição	•											
Inscrições, eleição e apuração		•										
Treinamento dos membros (16 horas) e posse		•	•									
Reuniões ordinárias mensais			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Elaboração do mapa de riscos de cada UPA			•	•								
Inspeções dos ambientes de trabalho				•			•			•		
Campanha de prevenção de acidentes com perfurocortantes e de vacinação dos trabalhadores					•							
Ações de prevenção e combate ao assédio e à violência no trabalho						•					•	
Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT)									•			
Convocação da eleição do mandato seguinte											•	

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Reuniões ordinárias realizadas	reuniões realizadas ÷ reuniões programadas × 100	100%
Acidentes de trabalho analisados	acidentes analisados pela comissão ÷ acidentes registrados × 100	100%
Taxa de acidentes com material biológico	acidentes com material biológico ÷ trabalhadores × 100 (anual)	redução ano a ano

14.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

A Comissão de Farmácia e Terapêutica define quais medicamentos e materiais as UPAs utilizam e como devem ser usados. Uma lista padronizada, enxuta e baseada em evidências facilita a compra, reduz a falta de medicamentos, diminui erros e dá previsibilidade aos custos. Na urgência, isso inclui a padronização dos carros de emergência, dos kits de protocolos tempo-dependentes e das diluições.

Base normativa: Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.916/1998); Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004); Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e relação municipal de Palmas; Lei nº 13.021/2014; Portaria SVS/MS nº 344/1998 (medicamentos sujeitos a controle especial).

14.8.1 Proposta de constituição

Quadro 14.14 – Composição proposta da CFT

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Presidente	Médico clínico	1	1
Secretário executivo	Farmacêutico responsável técnico	1	1
Membro	Médico pediatra	1	1
Membro	Enfermeiro – um de cada UPA	2	2
Membro	Representante da CCIRAS	1	–
Membro	Representante de suprimentos e almoxarifado	1	–

Forma de designação. Os membros são designados por portaria do Diretor Técnico de cada unidade, e o presidente é indicado em conjunto pelos dois Diretores Técnicos. O farmacêutico responsável técnico exerce a secretaria executiva.

Mandato. 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Vinculação. Diretorias Técnicas das duas UPAs.

14.8.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é órgão técnico permanente, de caráter consultivo, normativo e educativo, vinculada às Diretorias Técnicas das duas UPAs.

Art. 2º A CFT tem por finalidade selecionar e padronizar os medicamentos e materiais utilizados nas UPAs e promover o seu uso racional e seguro.

Parágrafo único. A CFT observa, entre outras, as seguintes normas: Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.916/1998); Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004); Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e relação municipal de Palmas; Lei nº 13.021/2014; Portaria SVS/MS nº 344/1998 (medicamentos sujeitos a controle especial).

Art. 3º A CFT é única para as duas unidades e reúne membros de ambas. Os seus registros, análises, indicadores e relatórios são mantidos separadamente por unidade, identificada pelo respectivo CNES (UPA Norte, CNES 2755289; UPA Sul, CNES 2492555).

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A CFT tem a seguinte composição:

I – presidente: médico clínico (1 titular e 1 suplente);

II – secretário executivo: farmacêutico responsável técnico (1 titular e 1 suplente);

III – membro: médico pediatra (1 titular e 1 suplente);

IV – membro: enfermeiro – um de cada UPA (2 titulares e 2 suplentes);

V – membro: representante da CCIRAS (1 titular);

VI – membro: representante de suprimentos e almoxarifado (1 titular).

Art. 5º Os membros são designados por portaria do Diretor Técnico de cada unidade, e o presidente é indicado em conjunto pelos dois Diretores Técnicos. O farmacêutico responsável técnico exerce a secretaria executiva.

Parágrafo único. Os membros são escolhidos entre os profissionais das unidades e exercem a função sem prejuízo das suas atribuições, com tempo reservado na escala para as reuniões e as atividades da comissão.

Art. 6º O mandato é de 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Art. 7º Perde o mandato o membro que faltar, sem justificativa, a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco alternadas no período de doze meses, ou que se desligar das unidades. O suplente substitui o titular nas ausências e, em caso de vacância, assume até a nova designação, que se faz pelo tempo restante do mandato.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CFT:

I – elaborar e manter atualizada a relação padronizada de medicamentos e de materiais das UPAs, em consonância com a RENAME, a relação municipal e o perfil assistencial;

II – avaliar os pedidos de inclusão, exclusão e substituição de itens, com base em evidências de eficácia, segurança e custo;

III – padronizar a composição dos carros de emergência e dos kits de atendimento de protocolos tempo-dependentes;

IV – estabelecer, com a CCIRAS, as diretrizes de uso racional de antimicrobianos;

V – elaborar guias de diluição, estabilidade e administração dos medicamentos mais utilizados;

VI – definir normas para medicamentos potencialmente perigosos e para os sujeitos a controle especial;

VII – promover a farmacovigilância e a notificação de reações adversas e de queixas técnicas ao sistema nacional de vigilância sanitária, em conjunto com o Núcleo de Segurança do Paciente;

VIII – analisar o consumo de medicamentos por unidade e propor medidas de racionalização.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao presidente compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar a CFT perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações às Diretorias Técnicas e à SEMUS, quando for o caso.

Art. 10 Ao secretário executivo compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do presidente;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A CFT reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do presidente ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao presidente o voto de qualidade.

Art. 15 Podem ser convidados às reuniões, sem direito a voto, profissionais das unidades e especialistas cuja contribuição seja necessária à pauta.

Art. 16 Toda solicitação de inclusão de item é feita em formulário próprio, com justificativa técnica, e respondida em até 30 (trinta) dias.

Art. 17 Itens não padronizados só são adquiridos em caráter excepcional, com justificativa do médico assistente e ciência da comissão.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 18 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 19 A relação padronizada é publicada em versão numerada e datada, disponível no sistema e nas farmácias das unidades, com registro das alterações aprovadas.

Art. 20 As atas, os relatórios e os demais documentos são arquivados em meio digital por no mínimo 5 (cinco) anos e ficam disponíveis à direção das unidades, à SEMUS e aos órgãos de controle e de fiscalização.

Art. 21 A CFT apresenta às Diretorias Técnicas relatório trimestral de atividades e de indicadores, separado por unidade, que integra os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 Os casos omissos são resolvidos pela CFT, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos às Diretorias Técnicas.

Art. 23 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada por dois terços dos membros e homologada pelos Diretores Técnicos.

Art. 24 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião da CFT.

14.8.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento da CFT, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.15 – Cronograma anual de atividades da CFT

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Designação dos membros, posse e aprovação do regimento	•											
Levantamento da relação de medicamentos em uso e do consumo histórico	•											
Publicação da relação padronizada de medicamentos e materiais		•	•									
Padronização dos carros de emergência e dos kits de protocolos		•										
Diretrizes de uso racional de antimicrobianos, com a CCIRAS			•	•								
Análise mensal de consumo, faltas e pedidos de não padronizados			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Guia de diluição e administração de medicamentos					•	•						
Revisão anual da relação padronizada												•

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Uso de itens padronizados	prescrições com itens padronizados ÷ total de prescrições × 100	≥ 95%
Solicitações respondidas no prazo	solicitações analisadas em até 30 dias ÷ recebidas × 100	100%
Ruptura de itens padronizados	itens em falta no mês ÷ itens padronizados × 100	≤ 2%

14.9 Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS)

As UPAs geram diariamente resíduos infectantes, perfurocortantes, químicos e comuns. O manejo inadequado expõe trabalhadores e usuários a riscos, contamina o ambiente e gera custos desnecessários. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde elabora e acompanha o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) das duas unidades, da segregação no ponto de geração à destinação final.

Base normativa: RDC ANVISA nº 222/2018, que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde; Resolução CONAMA nº 358/2005; Lei nº 12.305/2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos) e Manifesto de Transporte de Resíduos do Sistema Nacional de Informações sobre a Gestão dos Resíduos Sólidos.

14.9.1 Proposta de constituição

Quadro 14.16 – Composição proposta da CGRSS

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Coordenador	Responsável técnico pelo PGRSS, profissional de nível superior com registro em conselho de classe	1	1
Membro	Enfermeiro – um de cada UPA	2	2
Membro	Farmacêutico	1	–
Membro	Representante do laboratório	1	–
Membro	Supervisor do serviço de higienização	1	1
Membro	Representante da CIPA	1	–
Membro	Coordenador Administrativo – um de cada UPA	2	–

Forma de designação. Os membros são designados por portaria do Diretor Geral, por indicação dos Gerentes das Unidades. O coordenador é o responsável técnico pelo PGRSS.

Mandato. 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Vinculação. Diretoria Geral, com interface técnica com a CCIRAS e a CIPA.

14.9.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – CGRSS

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da

Saúde, é órgão técnico permanente, de caráter normativo, executivo e educativo, vinculada à Diretoria Geral, com interface técnica com a CCIRAS e a CIPA.

Art. 2º A CGRSS tem por finalidade planejar, implantar e monitorar o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde gerados nas UPAs, protegendo os trabalhadores, os usuários e o meio ambiente.

Parágrafo único. A CGRSS observa, entre outras, as seguintes normas: RDC ANVISA nº 222/2018, que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde; Resolução CONAMA nº 358/2005; Lei nº 12.305/2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos) e Manifesto de Transporte de Resíduos do Sistema Nacional de Informações sobre a Gestão dos Resíduos Sólidos.

Art. 3º A CGRSS é única para as duas unidades e reúne membros de ambas. Os seus registros, análises, indicadores e relatórios são mantidos separadamente por unidade, identificada pelo respectivo CNES (UPA Norte, CNES 2755289; UPA Sul, CNES 2492555).

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º A CGRSS tem a seguinte composição:

I – coordenador: responsável técnico pelo PGRSS, profissional de nível superior com registro em conselho de classe (1 titular e 1 suplente);

II – membro: enfermeiro – um de cada UPA (2 titulares e 2 suplentes);

III – membro: farmacêutico (1 titular);

IV – membro: representante do laboratório (1 titular);

V – membro: supervisor do serviço de higienização (1 titular e 1 suplente);

VI – membro: representante da CIPA (1 titular);

VII – membro: Coordenador Administrativo – um de cada UPA (2 titulares).

Art. 5º Os membros são designados por portaria do Diretor Geral, por indicação dos Gerentes das Unidades. O coordenador é o responsável técnico pelo PGRSS.

Parágrafo único. Os membros são escolhidos entre os profissionais das unidades e exercem a função sem prejuízo das suas atribuições, com tempo reservado na escala para as reuniões e as atividades da comissão.

Art. 6º O mandato é de 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Art. 7º Perde o mandato o membro que faltar, sem justificativa, a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco alternadas no período de doze meses, ou que se desligar das unidades. O suplente substitui o titular nas ausências e, em caso de vacância, assume até a nova designação, que se faz pelo tempo restante do mandato.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à CGRSS:

I – elaborar, implantar, monitorar e revisar anualmente o PGRSS de cada UPA;

II – definir os procedimentos de segregação, acondicionamento, identificação, coleta interna, armazenamento temporário e externo dos resíduos dos grupos A, B, D e E;

III – acompanhar a execução dos contratos de coleta, transporte, tratamento e destinação final, com a emissão do Manifesto de Transporte de Resíduos e dos certificados de destinação;

IV – monitorar a geração de resíduos por grupo e por unidade e propor medidas de redução e de reciclagem dos resíduos comuns;

V – capacitar as equipes de assistência e de higienização, com o NEPES;

VI – inspecionar periodicamente os pontos de geração e os abrigos de resíduos;

VII – investigar acidentes relacionados ao manejo de resíduos, com a CIPA;

VIII – manter a documentação exigida pelos órgãos de vigilância sanitária e ambiental.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao coordenador compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar a CGRSS perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações à Diretoria Geral e à SEMUS, quando for o caso.

Art. 10 Ao secretário, escolhido entre os membros na primeira reunião, compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do coordenador;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A CGRSS reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal no primeiro semestre e bimestral a partir do sétimo mês, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do coordenador ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao coordenador o voto de qualidade.

Art. 15 Podem ser convidados às reuniões, sem direito a voto, profissionais das unidades e especialistas cuja contribuição seja necessária à pauta.

Art. 16 O PGRSS é mantido em versão atualizada em cada UPA, disponível para consulta dos trabalhadores, da vigilância sanitária e da SEMUS.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 17 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 18 A pesagem dos resíduos é registrada diariamente por grupo e consolidada em relatório mensal por unidade, arquivado com os manifestos de transporte e os certificados de destinação final.

Art. 19 As atas, os relatórios e os demais documentos são arquivados em meio digital por no mínimo 5 (cinco) anos e ficam disponíveis à direção das unidades, à SEMUS e aos órgãos de controle e de fiscalização.

Art. 20 A CGRSS apresenta à Diretoria Geral relatório trimestral de atividades e de indicadores, separado por unidade, que integra os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 Os casos omissos são resolvidos pela CGRSS, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos à Diretoria Geral.

Art. 22 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada por dois terços dos membros e homologada pela Diretoria Geral.

Art. 23 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião da CGRSS.

14.9.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento da CGRSS, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.17 – Cronograma anual de atividades da CGRSS

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Designação dos membros, posse e aprovação do regimento	•											
Diagnóstico de geração e manejo em cada UPA	•											
Elaboração ou revisão do PGRSS das duas unidades		•	•									
Capacitação em segregação e manejo, com o NEPES		•	•					•				
Pesagem e monitoramento mensal por grupo de resíduo		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Inspeções dos pontos de geração e dos abrigos			•			•			•			•
Conferência de manifestos e certificados de destinação		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Revisão anual do PGRSS												•

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Segregação adequada	pontos de geração conformes na inspeção ÷ pontos inspecionados × 100	≥ 90%
Geração de resíduo infectante	kg de resíduos dos grupos A e E ÷ atendimentos no mês	redução após a linha de base
Rastreabilidade da destinação	coletas com manifesto e certificado ÷ coletas realizadas × 100	100%

14.10 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância que promove e apoia a implementação de ações voltadas à segurança do paciente nas UPAs. Coordena o Plano de Segurança do Paciente, recebe e analisa as notificações de incidentes, notifica os eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e transforma cada ocorrência em aprendizado, com uma cultura de segurança não punitiva.

Na urgência, os riscos mais relevantes são a identificação incorreta do paciente, os erros de medicação, as quedas, a deterioração não reconhecida na espera e na observação e as falhas de comunicação na passagem de plantão e na transferência. É sobre eles que o núcleo concentra a sua atuação.

Base normativa: RDC ANVISA nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde; Portaria GM/MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente; Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013 (protocolos básicos de segurança do paciente).

14.10.1 Proposta de constituição

Quadro 14.18 – Composição proposta do NSP

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Coordenação	Encarregados de qualidade e segurança do paciente das duas UPAs (enfermeiros), referência do núcleo em cada unidade, com alternância anual na coordenação	2	–
Membro	Médico clínico	1	1
Membro	Farmacêutico	1	1
Membro	Representante da CCIRAS	1	–
Membro	Coordenador Administrativo de uma das UPAs, em alternância anual	1	–

Forma de designação. O núcleo é constituído por ato do Diretor Geral, que nomeia os membros e confere ao núcleo autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente, como exige a RDC ANVISA nº 36/2013. Em cada UPA, o Encarregado de qualidade e segurança do paciente responde pelo núcleo na unidade, com apoio técnico da Gerência de Qualidade do ISAC.

Mandato. 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Vinculação. Diretoria Geral, com autonomia e acesso direto a todos os setores.

14.10.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é instância técnica permanente, com autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente, vinculado à Diretoria Geral, com acesso a todos os setores das unidades.

Art. 2º O NSP tem por finalidade promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente nas UPAs.

Parágrafo único. O NSP observa, entre outras, as seguintes normas: RDC ANVISA nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde; Portaria GM/MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente; Portarias GM/MS nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013 (protocolos básicos de segurança do paciente).

Art. 3º O NSP é único para as duas unidades e reúne membros de ambas. Os seus registros, análises, indicadores e relatórios são mantidos separadamente por unidade, identificada pelo respectivo CNES (UPA Norte, CNES 2755289; UPA Sul, CNES 2492555).

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º O NSP tem a seguinte composição:

I – coordenação: encarregados de qualidade e segurança do paciente das duas UPAs (enfermeiros), referência do núcleo em cada unidade, com alternância anual na coordenação (2 titulares);

II – membro: médico clínico (1 titular e 1 suplente);

III – membro: farmacêutico (1 titular e 1 suplente);

IV – membro: representante da CCIRAS (1 titular);

V – membro: Coordenador Administrativo de uma das UPAs, em alternância anual (1 titular).

Art. 5º O núcleo é constituído por ato do Diretor Geral, que nomeia os membros e confere ao núcleo autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente, como exige a RDC ANVISA nº 36/2013. Em cada UPA, o Encarregado de qualidade e segurança do paciente responde pelo núcleo na unidade, com apoio técnico da Gerência de Qualidade do ISAC.

Parágrafo único. Os membros são escolhidos entre os profissionais das unidades e exercem a função sem prejuízo das suas atribuições, com tempo reservado na escala para as reuniões e as atividades da comissão.

Art. 6º O mandato é de 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Art. 7º Perde o mandato o membro que faltar, sem justificativa, a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco alternadas no período de doze meses, ou que se desligar das unidades. O suplente substitui o titular nas ausências e, em caso de vacância, assume até a nova designação, que se faz pelo tempo restante do mandato.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete ao NSP:

I – elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente das UPAs;

II – promover ações para a gestão de riscos e integrar os diferentes processos de gestão de risco das unidades;

III – implantar e acompanhar os protocolos de segurança do paciente: identificação do paciente, higiene das mãos, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas e de lesão por pressão e comunicação efetiva;

IV – estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes, inclusive a vigilância da deterioração clínica por escore de alerta precoce;

V – receber, analisar e classificar as notificações de incidentes e realizar análise de causa raiz dos eventos graves;

VI – notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos até o 15º dia útil do mês subsequente e os eventos que evoluírem para óbito em até 72 horas;

VII – monitorar e divulgar os indicadores de segurança do paciente;

VIII – promover a cultura de segurança e a participação do paciente e da família, com o NEPES.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao coordenador compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar o NSP perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações à Diretoria Geral e à SEMUS, quando for o caso.

Art. 10 Ao secretário, escolhido entre os membros na primeira reunião, compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do coordenador;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 O NSP reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do coordenador ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao coordenador o voto de qualidade.

Art. 15 Podem ser convidados às reuniões, sem direito a voto, profissionais das unidades e especialistas cuja contribuição seja necessária à pauta.

Art. 16 A notificação de incidentes é aberta a qualquer profissional, com opção de anonimato, e tem caráter não punitivo.

Art. 17 Eventos graves ou sentinela desencadeiam reunião extraordinária em até 72 (setenta e duas) horas.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 18 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 19 As notificações são registradas em sistema próprio, com número de protocolo, classificação e plano de ação; os indicadores são consolidados em relatório mensal por unidade e divulgados às equipes.

Art. 20 As atas, os relatórios e os demais documentos são arquivados em meio digital por no mínimo 5 (cinco) anos e ficam disponíveis à direção das unidades, à SEMUS e aos órgãos de controle e de fiscalização.

Art. 21 O NSP apresenta à Diretoria Geral relatório trimestral de atividades e de indicadores, separado por unidade, que integra os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 Os casos omissos são resolvidos pelo NSP, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos à Diretoria Geral.

Art. 23 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada por dois terços dos membros e homologada pela Diretoria Geral.

Art. 24 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião do NSP.

14.10.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento do NSP, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.19 – Cronograma anual de atividades do NSP

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Constituição do núcleo por ato da Diretoria Geral e aprovação do regimento	•											
Diagnóstico de riscos e elaboração do Plano de Segurança do Paciente	•	•										
Implantação do sistema de notificação de incidentes	•	•										
Implantação dos protocolos de segurança do paciente		•	•	•								
Análise das notificações e notificação ao SNVS		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Rondas de segurança nas áreas assistenciais			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Pesquisa de cultura de segurança do paciente						•						
Semana de segurança do paciente (17 de setembro)									•			
Relatório anual e revisão do Plano de Segurança do Paciente												•

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Adesão ao protocolo de identificação	pacientes corretamente identificados ÷ pacientes auditados × 100	≥ 95%
Eventos adversos com análise concluída	eventos analisados em até 30 dias ÷ eventos notificados × 100	≥ 90%
Notificação ao SNVS no prazo	eventos notificados no prazo ÷ eventos a notificar × 100	100%

14.11 Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde (NEPES)

O Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde cumpre nas UPAs as funções de Núcleo de Educação Permanente em Saúde: planeja, organiza, executa e avalia as atividades educativas, partindo dos problemas reais do trabalho, identificados no Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT): os indicadores que não vão bem, os eventos notificados, os protocolos novos, as dúvidas das equipes. Cumpre também o papel de núcleo de educação em urgências, com capacitações em suporte de vida, classificação de risco e protocolos tempo-dependentes.

O núcleo é a porta de entrada dos estudantes de graduação, de cursos técnicos e de pós-graduação nas unidades, mediante a regulação de vagas definida pela Escola de Saúde Pública de Palmas e a Norma Institucional de Regulamentação dos Termos de Estágio do ISAC. O Programa de Educação Permanente, com o Plano Anual de Treinamentos (PAT), a matriz de capacitação por categoria e o cronograma detalhado, é apresentado no capítulo 25 desta proposta.

Base normativa: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1.996/2007, consolidada na Portaria de Consolidação nº 2/2017); Portaria GM/MS nº 2.048/2002, que prevê os Núcleos de Educação em Urgências; Lei nº 8.080/1990, art. 27.

14.11.1 Proposta de constituição

Quadro 14.20 – Composição proposta do NEPES

Função	Categoria profissional	Titulares	Suplentes
Coordenador e membro	Enfermeiros de referência em educação – um de cada UPA, um deles designado coordenador pelo Diretor Geral	2	2
Membro	Médico – preferencialmente com experiência em ensino de urgência	1	1
Membro	Representante da equipe multiprofissional	1	–
Membro	Representante da gestão de pessoas	1	–
Membro	Representante do NSP e da CCIRAS	1	–

Forma de designação. Os membros são designados por portaria do Diretor Geral, que designa um dos enfermeiros de referência em educação para a coordenação do núcleo, como função, sem posto adicional. A coordenação do núcleo mantém interlocução permanente com a Escola de Saúde Pública de Palmas quanto aos estágios e às ações formativas da rede municipal.

Mandato. 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Vinculação. Diretoria Geral, com articulação com a Escola de Saúde Pública de Palmas.

14.11.2 Minuta de regimento interno

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E ESTÁGIO EM SAÚDE – NEPES

Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul – Palmas/TO

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde (NEPES) das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte e Sul do Município de Palmas, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração com a Secretaria Municipal da Saúde, é instância técnica permanente de planejamento, execução e avaliação das ações educativas, vinculado à Diretoria Geral e articulado com a Escola de Saúde Pública de Palmas.

Art. 2º O NEPES tem por finalidade planejar, executar e avaliar as ações de educação permanente e os estágios nas UPAs, a partir das necessidades do trabalho identificadas no LNT.

Parágrafo único. O NEPES observa, entre outras, as seguintes normas: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1.996/2007, consolidada na Portaria de Consolidação nº 2/2017); Portaria GM/MS nº 2.048/2002, que prevê os Núcleos de Educação em Urgências; Lei nº 8.080/1990, art. 27.

Art. 3º O NEPES é único para as duas unidades e reúne membros de ambas. Os seus registros, análises, indicadores e relatórios são mantidos separadamente por unidade, identificada pelo respectivo CNES (UPA Norte, CNES 2755289; UPA Sul, CNES 2492555).

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E DO MANDATO

Art. 4º O NEPES tem a seguinte composição:

I – coordenador e membro: enfermeiros de referência em educação – um de cada UPA, um deles designado coordenador pelo Diretor Geral (2 titulares e 2 suplentes);

II – membro: médico – preferencialmente com experiência em ensino de urgência (1 titular e 1 suplente);

III – membro: representante da equipe multiprofissional (1 titular);

IV – membro: representante da gestão de pessoas (1 titular);

V – membro: representante do NSP e da CCIRAS (1 titular).

Art. 5º Os membros são designados por portaria do Diretor Geral, que designa um dos enfermeiros de referência em educação para a coordenação do núcleo, como função, sem posto adicional. A coordenação do núcleo mantém interlocução permanente com a Escola de Saúde Pública de Palmas quanto aos estágios e às ações formativas da rede municipal.

Parágrafo único. Os membros são escolhidos entre os profissionais das unidades e exercem a função sem prejuízo das suas atribuições, com tempo reservado na escala para as reuniões e as atividades da comissão.

Art. 6º O mandato é de 2 (dois) anos, admitida a recondução.

Art. 7º Perde o mandato o membro que faltar, sem justificativa, a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco alternadas no período de doze meses, ou que se desligar das unidades. O suplente substitui o titular nas ausências e, em caso de vacância, assume até a nova designação, que se faz pelo tempo restante do mandato.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete ao NEPES:

I – realizar o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) a partir dos indicadores, das notificações de incidentes, das avaliações de desempenho e das demandas das lideranças e das equipes;

II – elaborar, executar e avaliar o Plano Anual de Treinamentos (PAT) das UPAs;

III – realizar o treinamento introdutório de todos os profissionais admitidos, antes do primeiro plantão;

IV – promover capacitações em suporte básico e avançado de vida, adulto e pediátrico, em classificação de risco e nos protocolos assistenciais;

V – apoiar a CCIRAS, o NSP, a CGRSS e as demais comissões na execução das suas ações educativas;

VI – organizar os campos de prática, a recepção, a integração e a supervisão de estudantes e profissionais em formação, conforme a regulação de vagas da Escola de Saúde Pública de Palmas e os termos de estágio vigentes;

VII – registrar a frequência, emitir certificados e manter o histórico de capacitação de cada profissional;

VIII – avaliar a reação e a eficácia das ações educativas, com indicadores próprios, retroalimentando o LNT e o PAT.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º Ao coordenador compete:

I – convocar e presidir as reuniões e aprovar a pauta;

II – representar o NEPES perante a direção das unidades e os órgãos externos;

III – coordenar os trabalhos e distribuir as tarefas entre os membros;

IV – assinar as atas, os relatórios e a correspondência;

V – exercer o voto de qualidade;

VI – encaminhar os relatórios e as comunicações à Diretoria Geral e à SEMUS, quando for o caso.

Art. 10 Ao secretário, escolhido entre os membros na primeira reunião, compete:

I – organizar a pauta e expedir as convocações, por determinação do coordenador;

II – lavrar as atas e colher as assinaturas;

III – controlar a frequência dos membros;

IV – manter o arquivo da comissão e o controle dos prazos das deliberações.

Art. 11 Aos membros compete:

I – comparecer às reuniões e justificar as ausências com antecedência;

II – executar as tarefas que lhes forem atribuídas;

III – propor temas e apresentar os casos e os dados sob sua responsabilidade;

IV – guardar sigilo sobre as informações a que tiverem acesso;

V – declarar-se impedidos na análise de casos em que tenham atuado ou tenham interesse.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 O NEPES reúne-se ordinariamente com periodicidade mensal, em calendário anual aprovado na primeira reunião do ano, e extraordinariamente por convocação do coordenador ou a pedido de um terço dos membros.

Art. 13 As reuniões são convocadas com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, se ordinárias, e de 24 (vinte e quatro) horas, se extraordinárias, com envio da pauta, e podem ser presenciais ou por videoconferência.

Art. 14 As reuniões instalam-se com a presença da maioria simples dos membros, e as deliberações são tomadas pela maioria dos presentes, cabendo ao coordenador o voto de qualidade.

Art. 15 Podem ser convidados às reuniões, sem direito a voto, profissionais das unidades e especialistas cuja contribuição seja necessária à pauta.

Art. 16 As capacitações obrigatórias são realizadas dentro da jornada de trabalho, com escala que preserve a cobertura assistencial.

CAPÍTULO VI
DO REGISTRO DAS DELIBERAÇÕES

Art. 17 Cada reunião é registrada em ata numerada em sequência anual, com data, horário, forma de realização, presentes, pauta, deliberações, responsáveis e prazos, assinada pelos presentes, inclusive por meio eletrônico.

Art. 18 Cada ação educativa tem plano de aula, lista de presença, avaliação de reação e, quando aplicável, avaliação de aprendizagem, arquivados no histórico de capacitação dos profissionais.

Art. 19 As atas, os relatórios e os demais documentos são arquivados em meio digital por no mínimo 5 (cinco) anos e ficam disponíveis à direção das unidades, à SEMUS e aos órgãos de controle e de fiscalização.

Art. 20 O NEPES apresenta à Diretoria Geral relatório trimestral de atividades e de indicadores, separado por unidade, que integra os relatórios de execução e monitoramento da parceria encaminhados à SEMUS.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 Os casos omissos são resolvidos pelo NEPES, observada a legislação aplicável, e, quando necessário, submetidos à Diretoria Geral.

Art. 22 Este regimento pode ser alterado por proposta de qualquer membro, aprovada por dois terços dos membros e homologada pela Diretoria Geral.

Art. 23 Este regimento entra em vigor na data da sua aprovação, na primeira reunião do NEPES.

14.11.3 Cronograma anual de atividades

O cronograma abaixo organiza o primeiro ano de funcionamento do NEPES, da instalação ao primeiro relatório anual. Nos anos seguintes, é revisto na primeira reunião ordinária de cada ano, com base nos resultados do ano anterior.

Quadro 14.21 – Cronograma anual de atividades do NEPES

Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Designação dos membros, posse e aprovação do regimento	•											
Treinamento introdutório das equipes na transição	•	•										
Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) e aprovação do PAT	•	•										
Capacitação em classificação de risco e protocolos tempo-dependentes	•	•	•	•			•	•				
Capacitação em suporte básico e avançado de vida, adulto e pediátrico			•	•					•	•		
Apoio às ações educativas da CCIRAS, do NSP e da CGRSS		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Pactuação de estágios com a Escola de Saúde Pública de Palmas		•						•				
Avaliação de efetividade e relatório anual						•						•

Nota: meses contados a partir do início da gestão.

Indicadores de acompanhamento

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta
Execução do PAT	ações realizadas ÷ ações programadas × 100	≥ 90%
Cobertura de capacitação	profissionais com carga horária anual mínima cumprida ÷ profissionais × 100	≥ 80%
Índice de efetividade da educação permanente	capacitações prioritárias que atingiram o resultado esperado ÷ capacitações prioritárias avaliadas × 100	≥ 80%