

VOLUME 03

São Lucas Instituto







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

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

600
06/11/2026

- Serviços da rede que já acompanham o usuário;
- Necessidade de proteção social;
- Capacidade da rede familiar/social para continuidade do cuidado.
- A coleta de informações deverá limitar-se ao necessário para a intervenção profissional.

10. ARTICULAÇÃO COM A REDE

O Serviço Social deverá conhecer e manter articulação com os recursos existentes no território.

Poderão ser acionados, conforme a necessidade:

- Unidades Básicas de Saúde;
- Estratégia Saúde da Família;
- CAPS e demais componentes da RAPS;
- CRAS;
- CREAS;
- Conselho Tutelar;
- Serviços de proteção à mulher;
- Serviços de proteção à pessoa idosa;
- Rede de proteção à pessoa com deficiência;
- Serviços de acolhimento;
- Ministério público;
- Defensoria pública;
- Poder judiciário;
- Demais serviços pertinentes.

O encaminhamento deverá possuir finalidade definida e, sempre que possível, informações suficientes para favorecer a continuidade do atendimento.

11. SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Diante de suspeita ou confirmação de violência, deverão ser adotadas as providências assistenciais, sociais e de proteção pertinentes.

O Serviço Social deverá:

- Realizar acolhimento;
- Preservar a privacidade;
- Evitar exposição e revitimização;
- Avaliar aspectos sociais e familiares;
- Articular a rede de proteção;
- Orientar o usuário/família;
- Realizar os registros profissionais pertinentes;
- Contribuir para os encaminhamentos obrigatórios previstos na legislação.

As notificações e comunicações obrigatórias deverão seguir a legislação e os fluxos institucionais e municipais vigentes.

12. PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

A condição de pessoa em situação de rua não poderá constituir motivo para recusa, atraso ou restrição do atendimento de saúde.

Quando identificada necessidade social, o Serviço Social deverá avaliar:

- Vínculos familiares e comunitários;
- Serviços de referência;
- Necessidade de proteção;
- Possibilidade de articulação com a rede socioassistencial;
- Necessidades relacionadas à continuidade do cuidado.

13. ALTA E CONTINUIDADE DO CUIDADO

O Assistente Social poderá participar do planejamento da continuidade do cuidado quando existirem fatores sociais que possam interferir na alta ou no seguimento do usuário.

Poderão ser realizadas:

- Orientações;
- Articulação com familiares/rede de apoio;

- Contato com serviços de referência;
- Encaminhamentos socioassistenciais;
- Articulação com a rede territorial.

A alta clínica é decisão do profissional responsável pela assistência médica, não constituindo atribuição do Serviço Social autorizar ou impedir alta clínica.

14. ÓBITO

Quando acionado e pertinente, o Serviço Social poderá:

- Acolher familiares;
- Fornecer orientações sociais e institucionais dentro de suas competências;
- Apoiar a comunicação e organização do fluxo com os setores envolvidos;
- Orientar sobre recursos e direitos sociais pertinentes;
- Articular a rede quando identificada situação de vulnerabilidade.

A comunicação clínica do óbito e das informações médicas relacionadas à causa e circunstâncias clínicas compete ao profissional médico, conforme suas atribuições.

15. USUÁRIO SEM IDENTIFICAÇÃO OU SEM REFERÊNCIA FAMILIAR

O Serviço Social poderá contribuir com:

- Levantamento das informações sociais disponíveis;
- Busca de referências familiares quando tecnicamente indicada;
- Articulação com a rede;
- Encaminhamento aos órgãos competentes;
- Registro das providências realizadas.

A busca deverá respeitar privacidade, segurança e sigilo.

16. SIGILO PROFISSIONAL

O Assistente Social deverá preservar o sigilo das informações obtidas no exercício profissional.

Informações compartilhadas com a equipe deverão limitar-se ao necessário para continuidade e integralidade do cuidado.

Informações de natureza estritamente confidencial deverão receber tratamento compatível com as normas profissionais.

17. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

As intervenções relevantes à assistência deverão ser registradas no prontuário de forma:

- Objetiva;
- Clara;
- Técnica;
- Datada;
- Identificada;
- Pertinente ao cuidado.

O registro deverá contemplar, quando aplicável:

Informações sigilosas que não necessitem ser compartilhadas com a equipe deverão receber tratamento conforme as normas profissionais.



18. ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL

São atribuições relacionadas ao serviço, observadas as competências legais profissionais:

- Atendimento social;
- Avaliação social;
- Orientação social;
- Identificação de direitos;
- Articulação de rede;
- Encaminhamento;
- Intervenção em situações de vulnerabilidade;
- Atuação nas situações de violência e violação de direitos;
- Orientação a familiares;
- Elaboração de registros, relatórios, pareceres e outros documentos próprios do serviço social quando necessários;
- Participação em discussão multiprofissional;
- Desenvolvimento de ações socioeducativas.

19. ATIVIDADES QUE NÃO DEVEM SER ATRIBUÍDAS AO SERVIÇO SOCIAL

Não deverá ser transferida automaticamente ao Assistente Social responsabilidade por atividades estranhas às suas competências profissionais.

Não constitui atribuição específica do Serviço Social:

- Realizar classificação de risco clínico;
- Realizar diagnóstico médico;
- Prescrever tratamento;
- Definir conduta clínica;
- Autorizar alta médica;
- Comunicar diagnóstico clínico;
- Comunicar boletim médico;
- Assumir atividades administrativas de recepção;
- Exercer função de segurança ou controle de acesso;

- Realizar transporte de paciente;
- Assumir responsabilidade pela obtenção de acompanhante como condição para assistência;
- Substituir outros profissionais em atividades próprias de suas categorias.

O trabalho multiprofissional pressupõe integração, sem diluição das competências específicas de cada profissão.

20. INTERFACE COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A atuação do Serviço Social deverá estar alinhada aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH/HumanizaSUS, especialmente quanto a:

- Acolhimento;
- Escuta qualificada;
- Respeito à autonomia;
- Garantia de direitos;
- Corresponsabilização;
- Integralidade;
- Trabalho multiprofissional;
- Participação do usuário e família;
- Articulação entre atenção e gestão.

21. INDICADORES DO SERVIÇO SOCIAL

Recomenda-se monitorar:

- Número de atendimentos sociais;
- Principais motivos de acionamento;
- Casos de violência acompanhados;
- Usuários em situação de vulnerabilidade social;
- Encaminhamentos realizados;
- Articulações com a rede;
- Atendimentos relacionados à proteção de crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência;
- Demandas relacionadas à saúde mental;

- Orientações a usuários/familiares;
- Resolutividade dos encaminhamentos quando passível de acompanhamento.

Os indicadores deverão ser utilizados para planejamento e qualificação da assistência, preservando o sigilo dos usuários.

22. FLUXO OPERACIONAL

Identificação da demanda social
Acionamento/acolhimento pelo Serviço Social
Escuta e avaliação social
Identificação de vulnerabilidades, necessidades e direitos
Definição da intervenção
Orientação e/ou articulação da rede
Encaminhamento quando necessário
Registro em prontuário
Continuidade/contrarreferência quando aplicável

23. REFERÊNCIAS TÉCNICAS E NORMATIVAS

O presente Protocolo deverá ser aplicado em consonância com:

- Constituição Federal;
- Lei nº 8.080/1990;
- Lei nº 8.662/1993 – regulamentação da profissão de Assistente Social;
- Código de Ética Profissional do/a Assistente Social;
- Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Estatuto da Pessoa Idosa;
- Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência;
- Lei Maria da Penha;
- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD;
- Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS;
- diretrizes da Rede de Atenção às Urgências;

- Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde – CFESS;
- demais normas vigentes relacionadas à proteção de direitos e à atuação profissional.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

O Serviço Social integra a assistência multiprofissional do Pronto Atendimento e deverá atuar de forma articulada, preservando sua autonomia técnica e suas competências profissionais.

A intervenção social não deverá constituir barreira para atendimento, avaliação clínica ou assistência de urgência.

Situações de risco clínico deverão receber assistência imediata conforme os fluxos assistenciais do Pronto Atendimento, ocorrendo a intervenção social paralelamente ou posteriormente, de acordo com a segurança e a necessidade do usuário.

O presente Protocolo deverá ser revisado periodicamente e sempre que houver alterações legais, normativas, contratuais ou nos fluxos da rede municipal.

5. Responsabilidade pela Atualização e Validação do Protocolo

A responsabilidade pela revisão e atualização técnica deste Protocolo de Atendimento do Serviço Social será da Coordenação do Serviço Social das UPAs Norte e Sul em articulação com a Direção Técnica, Coordenação de Enfermagem, Coordenação Médica, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e demais áreas assistenciais e administrativas envolvidas, conforme a matéria objeto da revisão.

Compete ao responsável pela atualização:

a) Acompanhar alterações nas normas, legislações federais, estaduais e municipais de seguridade social, bem como as diretrizes do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais (CRESS);

b) Avaliar novas diretrizes das políticas públicas de saúde e assistência social com potencial impacto sobre os fluxos e direitos dos usuários atendidos;

c) Analisar indicadores de atendimento social, demandas reprimidas, registros de vulnerabilidades, resultados de auditorias e oportunidades de melhoria no acolhimento e na orientação aos pacientes e familiares;

d) Propor alterações nos critérios de triagem social, articulação com a rede de proteção (CRAS, CREAS, Defensoria, Ministério Público), fluxos de desinstitucionalização, encaminhamentos e acompanhamento de casos complexos ou óbitos;

e) Assegurar que as alterações aprovadas sejam comunicadas às equipes do Serviço Social e demais setores envolvidos;

f) Promover, em conjunto com a educação continuada, a capacitação e atualização dos profissionais de serviço social;

g) Manter controle institucional da versão, data de aprovação, data da revisão e responsáveis pela elaboração, revisão e aprovação do protocolo.

16. Periodicidade de Revisão

Este Protocolo de Atendimento do Serviço Social será revisado ordinariamente a cada **12 (doze) meses**, contados da data de sua aprovação ou da última revisão.

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

- Publicação ou atualização de leis, decretos, portarias, normativas do sistema CFESS/CRESS ou diretrizes técnicas aplicáveis;
- Alteração das diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) ou do Sistema Único de Saúde (SUS) referentes ao serviço social;
- Modificação do perfil assistencial, da rede de atendimento intersetorial ou dos recursos disponíveis no município;
- Alteração dos fluxos de regulação, desospitalização e articulação com a rede de apoio externo;
- Identificação de não conformidades, gargalos operacionais ou oportunidades de melhoria no fluxo de atendimento social;
- Resultados de auditorias, monitoramento de indicadores sociais ou avaliações internas que indiquem necessidade de alteração das condutas.

17. Controle de Revisão e Histórico do Protocolo

Item	Definição
Documento	Protocolo de Atendimento do Serviço Social
Unidade de Aplicação	UPA Norte e UPA Sul
Responsável Técnico pela Atualização	Coordenação do Serviço Social / Direção Técnica
Áreas Participantes	Serviço Social, Direção Técnica, Enfermagem, NSP e demais setores envolvidos
Periodicidade Ordinária	Anual – a cada 12 meses
Revisão Extraordinária	Sempre que houver alteração normativa, legal, assistencial ou operacional relevante
Referências Principais	Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); Código de Ética do Assistente Social (CFESS); Ministério da Saúde; Diretrizes do SUS
Forma de Validação	Análise técnica, aprovação institucional e registro da versão vigente

V.1.10 — Manual de rotinas de Almoxarifado, Farmácia, Patrimônio e Transporte Sanitário

Instituto Social de Saúde São Lucas — ISSSL | UPA Norte — José de Souza Dourado e UPA Sul — Gerson Pires de Aguiar | Palmas/TO

V.1.10.1. Apresentação e finalidade

O ISSSL propõe implantar nas UPAs Norte e Sul um manual integrado de rotinas para garantir suprimento oportuno e seguro de medicamentos, materiais, bens patrimoniais e recursos de transporte sanitário, com rastreabilidade por unidade, segurança do paciente, economicidade e continuidade do atendimento 24 horas. As rotinas serão aplicadas de forma individualizada em cada UPA, com governança e consolidação gerencial da parceria.

O presente documento constitui texto integral de procedimentos a Política de Gestão de Materiais, Suprimentos e Assistência Farmacêutica originalmente apresentada.

V.1.10.2. Objetivos específicos, diretrizes e governança

Manter disponibilidade de itens essenciais segundo perfil assistencial, consumo, sazonalidade, criticidade e prazos de entrega.

- Assegurar padronização, conferência, armazenamento, dispensação segura, controle de lotes e validade, inventário e rastreabilidade.
- Garantir guarda e escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial sob responsabilidade farmacêutica.
- Assegurar disponibilidade dos insumos necessários à assistência;
- Prevenir desabastecimentos;
- Dimensionar estoques conforme consumo e criticidade;
- Padronizar materiais e medicamentos;
- Qualificar e monitorar fornecedores;
- Garantir segurança no recebimento e armazenamento;
- Assegurar rastreabilidade de medicamentos e materiais;
- Controlar lotes e validades;
- Reduzir perdas, vencimentos, avarias e desperdícios;
- Estabelecer níveis mínimos, máximos e pontos de reposição;
- Controlar estoques por sistema informatizado;
- Realizar inventários periódicos;
- Controlar uniformes e crachás;

- Assegurar conservação, disponibilidade e reposição de instrumentais;
- Manter controle dos equipamentos sob responsabilidade da gestão;
- Promover uso seguro e racional de medicamentos;
- Monitorar medicamentos de alto custo e alta vigilância;
- Estabelecer plano de contingência para itens críticos;
- Produzir indicadores logísticos e farmacêuticos para tomada de decisão.
- Manter inventário patrimonial individualizado, inclusive dos bens públicos recebidos em permissão de uso.
- Registrar e controlar acionamentos e viagens do transporte sanitário, sem substituir a competência da regulação.
- Integrar consumo, estoque, patrimônio e transporte à apuração de custos e prestação de contas.

Fluxo de governança: ASSISTÊNCIA → FARMÁCIA/ALMOXARIFADO → SUPRIMENTOS/COMPRAS → CONTRATOS/FINANCEIRO → CONTABILIDADE/CUSTOS → DIREÇÃO → MONITORAMENTO E MELHORIA.

V.1.10.3. Responsabilidades e segregação de funções

Área	Responsabilidade principal
Direção das UPAs	Validar necessidades críticas, autorizar conforme alçadas e acompanhar riscos e indicadores.
Coordenação assistencial/enfermagem	Requisitar materiais, conferir utilização, comunicar riscos e atestar recebimentos de sua competência.
Farmacêutico responsável	Supervisionar seleção, guarda, escrituração, dispensação, termolábeis, controlados e farmacovigilância.
Almoxarifado	Receber, conferir, armazenar, registrar entradas/saídas, controlar saldos, inventários e ressuprimento.

Suprimentos/compras	Executar cotações, pedidos, avaliação de fornecedores e acompanhamento das entregas.
Patrimônio/manutenção	Tombar, localizar, conservar, movimentar e inventariar bens, inclusive públicos cedidos.
Regulação/equipe de transporte	Formalizar solicitação, autorização regulatória, tripulação, saída, percurso, retorno e documentação.
Financeiro/contabilidade/controladoria	Conciliar documentação e integrar consumo e custos por unidade, competência e centro de custo.

V.1.10.4. Requisição, planejamento e programação de materiais e medicamentos

O processo de abastecimento terá início com a identificação das necessidades dos setores assistenciais, administrativos e de apoio, considerando o perfil epidemiológico, a demanda de atendimentos, a capacidade operacional, o histórico de consumo e os níveis mínimos de estoque definidos para cada unidade.

As requisições deverão ser formalizadas em sistema informatizado ou, excepcionalmente, em formulário padronizado, contendo identificação do produto, especificação técnica, unidade de medida, quantidade solicitada, justificativa da necessidade, grau de prioridade, setor requisitante, centro de custo

- Requisição e programação. A unidade solicitante registra item padronizado, especificação, quantidade, justificativa, prioridade, setor e centro de custo. Farmácia ou almoxarifado verifica saldo físico e sistêmico, consumo, pedidos em trânsito e cobertura de estoque. A aquisição somente é solicitada após verificação da necessidade e da disponibilidade orçamentária.
- Recebimento. No ato da entrega, o profissional designado confronta pedido/contrato e documento fiscal com descrição, quantidade, marca/fabricante quando pertinente, lote, validade, integridade da embalagem, condições de transporte e temperatura exigida. Registra data, fornecedor, responsável, divergências e decisão de aceite, devolução ou quarentena. Medicamentos e produtos sensíveis recebem inspeção farmacêutica quando aplicável.

- Armazenamento. Os itens são separados por classe, criticidade, risco e condições do fabricante; há identificação de prateleiras, restrição de acesso, monitoramento ambiental e segregação física de itens vencidos, interditados, devolvidos ou não conformes. Termolábeis permanecem em equipamento adequado, com registros de temperatura e contingência de falha elétrica.
- Distribuição e dispensação. Toda saída requer requisição/prescrição válida conforme natureza do produto, registro do setor ou paciente quando cabível, lote, quantidade, data, responsável e saldo atualizado. Medicamentos são dispensados sob supervisão farmacêutica, com conferências de identificação, apresentação, dose, via, validade e alertas de alta vigilância. Devoluções são avaliadas antes de reintegração ao estoque.
- Estoques mínimos e pontos de ressuprimento. Para cada item serão parametrizados consumo médio diário (CMD), tempo de reposição (TR), estoque de segurança (ES), estoque mínimo e ponto de pedido. Método gerencial proposto: ponto de ressuprimento = CMD × TR + ES; estoque mínimo operacional = ES, ajustado à criticidade e à cobertura mínima definida. Estoque máximo será estabelecido conforme capacidade física, prazo de validade e orçamento. Esses parâmetros são revisados mensalmente ou quando houver alteração do consumo, perfil assistencial ou fornecedor.
- Controles. Aplicar curvas ABC (valor), XYZ (criticidade), PVPS/FEFO, contagem cíclica e inventário periódico, com investigação documentada das divergências e registro de ajustes autorizados. E identificação do profissional responsável.
- A farmácia e o almoxarifado realizarão análise prévia da solicitação, mediante verificação do estoque físico e sistêmico, consumo médio, pedidos pendentes de entrega, prazo de reposição, validade dos produtos disponíveis e possibilidade de atendimento com os recursos existentes.
- A programação de aquisições será consolidada periodicamente, priorizando materiais essenciais à assistência, medicamentos críticos, produtos de alta rotatividade e itens cuja indisponibilidade possa comprometer o funcionamento das UPAs.

A abertura de processo de aquisição dependerá da confirmação da necessidade, da análise de disponibilidade orçamentária e da observância dos procedimentos de compras, contratação e autorização previstos no instrumento de parceria e nas normas internas do ISSSL.

Mecanismos de controle: requisições autorizadas, relatórios de consumo, programação de compras, análise de estoque, histórico de fornecimento e registros de aprovação.

V.1.10.4.1. Recebimento e conferência de materiais, medicamentos e insumos

O recebimento será realizado exclusivamente por profissionais designados, em local apropriado, organizado e protegido de condições que possam comprometer a integridade e a qualidade dos produtos.

No momento da entrega, será efetuada conferência física, quantitativa, documental e, quando aplicável, técnica, confrontando-se os materiais recebidos com a ordem de compra, contrato, documento fiscal e especificações previamente aprovadas.

A conferência compreenderá a verificação da descrição e apresentação dos produtos, quantidade, fabricante, marca quando pertinente, número do lote, prazo de validade, integridade das embalagens, condições de transporte, requisitos de temperatura e conformidade com as exigências sanitárias.

Medicamentos termolábeis, produtos sujeitos a controle especial e outros materiais sensíveis receberão avaliação específica, com participação do farmacêutico quando exigida pela natureza do produto.

Eventuais divergências, avarias, alterações de temperatura, irregularidades documentais ou suspeitas de comprometimento da qualidade deverão ser imediatamente registradas e comunicadas ao responsável pelo setor.

Os produtos não conformes permanecerão identificados e segregados em área de quarentena, sem liberação para utilização, até decisão técnica quanto ao aceite, substituição, devolução ou destinação.

O recebimento será concluído mediante registro da data, fornecedor, documento fiscal, itens e quantidades aceitas, ocorrências identificadas e profissional responsável pelo ateste.

Mecanismos de controle: checklist de recebimento, registro de entrada, documento fiscal, comprovante de entrega, relatório de não conformidade e termo de devolução, quando aplicável.

V.1.10.4.2. Armazenamento, conservação e organização dos estoques

Os materiais e medicamentos serão armazenados em ambientes apropriados, observando as recomendações dos fabricantes, os requisitos sanitários, as condições de segurança e as características de cada produto.

A organização dos estoques considerará a classificação dos materiais por natureza, criticidade assistencial, condições de conservação, frequência de utilização e risco associado ao armazenamento.

As áreas deverão possuir identificação de prateleiras, endereçamento dos produtos, controle de acesso, condições adequadas de iluminação, ventilação, limpeza e monitoramento ambiental, quando aplicável.

Os medicamentos e insumos serão acondicionados de maneira a preservar sua integridade, evitar contaminação, permitir higienização dos ambientes e facilitar a identificação de lotes e prazos de validade.

Produtos termolábeis serão mantidos em equipamentos apropriados, com monitoramento e registro de temperatura, definição de limites aceitáveis e procedimentos de contingência para falhas elétricas ou problemas de refrigeração.

Materiais vencidos, danificados, interditados, devolvidos ou considerados não conformes serão mantidos segregados, devidamente identificados e bloqueados para utilização.

A organização física obedecerá ao método PVPS/FEFO — Primeiro que Vence, Primeiro que Sai, assegurando a utilização prioritária dos produtos com menor prazo de validade, desde que permaneçam adequados para uso.

Mecanismos de controle: registros de temperatura, inspeções ambientais, identificação de lotes, controle de acesso, relatórios de validade e registros de não conformidade.

V.1.10.4.3. Distribuição, dispensação e rastreabilidade dos produtos

A distribuição de materiais e medicamentos aos setores das UPAs Norte e Sul ocorrerá mediante requisição formal, observadas as necessidades assistenciais, os quantitativos autorizados e a disponibilidade dos estoques.

Toda movimentação deverá ser registrada em sistema informatizado, permitindo identificar o produto, a quantidade, o lote, a data, o setor de destino, o profissional responsável e o saldo atualizado.

A dispensação de medicamentos observará as prescrições válidas, os protocolos assistenciais e os procedimentos de segurança estabelecidos pelo serviço de farmácia.

Serão adotadas medidas de conferência relacionadas à identificação do paciente, medicamento prescrito, concentração, apresentação, dose, via de administração, validade e condições de conservação, conforme a etapa de dispensação e a modalidade de distribuição adotada.

Medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância estarão sujeitos a medidas adicionais de identificação, armazenamento e conferência, de acordo com os protocolos institucionais.

As devoluções provenientes dos setores assistenciais serão submetidas à avaliação técnica antes de eventual reintegração ao estoque, considerando integridade, rastreabilidade, prazo de validade e condições de armazenamento.

Mecanismos de controle: requisições, prescrições, registros de dispensação, comprovantes de entrega, relatórios de consumo por setor e registros de devolução.

V.1.10.4.4. Estoques mínimos, máximos e pontos de ressuprimento

A gestão dos estoques será baseada em parâmetros técnicos de consumo e reposição, visando prevenir desabastecimentos, reduzir perdas por vencimento e assegurar a continuidade das atividades assistenciais.

Para cada item serão definidos consumo médio diário, tempo de reposição, estoque de segurança, estoque mínimo operacional, ponto de ressuprimento e estoque máximo.

O ponto de ressuprimento será calculado, como referência gerencial, pela seguinte expressão:

$$PR = (CMD \times TR) + ES$$

Em que:

- PR: ponto de ressuprimento;
- CMD: consumo médio diário;
- TR: tempo de reposição, em dias;
- ES: estoque de segurança.

O estoque mínimo operacional corresponderá, como parâmetro inicial, ao estoque de segurança, podendo ser ajustado conforme a criticidade assistencial, a variabilidade do consumo e a necessidade de cobertura mínima.

O estoque máximo será estabelecido considerando a capacidade física de armazenamento, os prazos de validade, a frequência de fornecimento e a disponibilidade orçamentária.

Os parâmetros serão reavaliados mensalmente e extraordinariamente diante de alterações relevantes no consumo, perfil assistencial, disponibilidade de fornecedores ou situações epidemiológicas.

V.1.10.4.5. Monitoramento, inventário e controle de estoques

O controle dos estoques compreenderá a utilização de instrumentos gerenciais destinados a acompanhar consumo, movimentação, disponibilidade, validade e criticidade dos materiais.

Serão aplicadas a classificação ABC, para análise da representatividade financeira dos produtos, e a classificação XYZ, para avaliação de sua criticidade operacional e assistencial.

Também serão realizadas contagens cíclicas, inventários periódicos e conciliações entre os saldos físicos e os registros informatizados.

As divergências identificadas deverão ser formalmente investigadas, com identificação das causas, autorização dos ajustes necessários e implementação de medidas preventivas.

A coordenação administrativa, em conjunto com a farmácia e o almoxarifado, acompanhará indicadores de ruptura de estoque, perdas por vencimento, divergências de inventário, consumo por centro de custo e regularidade do abastecimento.

V.1.10.4.6. Controle de medicamentos sujeitos a controle especial

A gestão de medicamentos sujeitos a controle especial será executada sob responsabilidade técnica farmacêutica, observando a Portaria SVS/MS nº 344/1998, suas atualizações e demais disposições sanitárias aplicáveis.

O ISSSL estabelecerá procedimentos específicos para recebimento, guarda, escrituração, dispensação, movimentação, devolução, conferência e destinação desses medicamentos, assegurando rigoroso controle de acesso e rastreabilidade.

Os produtos serão armazenados em armários ou ambientes apropriados, sob chave ou outro mecanismo de segurança compatível com as exigências sanitárias, com acesso restrito aos profissionais autorizados.

Toda movimentação deverá ser registrada no instrumento de escrituração legalmente exigível, contendo identificação do medicamento, concentração, apresentação, lote, validade, quantidade, data, documento de origem ou destino, profissional responsável e saldo correspondente.

A modalidade de escrituração será definida conforme o enquadramento sanitário do estabelecimento e as exigências aplicáveis, sem pressupor utilização obrigatória de sistema destinado a outra categoria de serviço.

O farmacêutico realizará conferências periódicas entre os registros e os quantitativos físicos existentes, com investigação imediata de eventuais divergências.

Em caso de perda, extravio, suspeita de desvio, irregularidade ou outra ocorrência relevante, serão adotadas medidas de bloqueio, apuração, registro e comunicação às autoridades competentes, quando exigido.

Prescrições, documentos de movimentação, comprovantes de baixa e demais registros serão arquivados pelo prazo legal, com controle de acesso e proteção das informações.

A coordenação farmacêutica apresentará relatórios periódicos à gestão da unidade, permitindo verificar a regularidade da escrituração, a conformidade dos saldos e o cumprimento dos procedimentos de segurança.

V.1.10.4.7. Controle de validade, segregação, devolução e descarte de materiais e medicamentos

O ISSSL adotará procedimentos sistemáticos para controle dos prazos de validade, identificação de produtos não conformes e destinação ambientalmente adequada dos materiais e medicamentos que não apresentem condições de utilização.

A gestão dos vencimentos será realizada por meio de sistema informatizado, com aplicação do método PVPS/FEFO e emissão de alertas preventivos, parametrizados de acordo com a criticidade, o consumo e o prazo de reposição.

Serão realizadas verificações periódicas dos estoques, com identificação antecipada de produtos próximos ao vencimento e adoção de medidas administrativas para evitar desperdícios.

Produtos vencidos, avariados, interditados, recolhidos pelo fabricante ou com suspeita de desvio de qualidade deverão ser imediatamente retirados do estoque disponível, identificados como NÃO UTILIZAR e segregados em área específica, com bloqueio no sistema.

A avaliação quanto à possibilidade de devolução ao fornecedor, substituição, recolhimento ou descarte será conduzida pelo responsável técnico competente, observando a natureza do produto e as exigências sanitárias.

A baixa deverá ser formalizada mediante documento contendo identificação do produto, lote, validade, quantidade, motivo, valor, data, responsáveis pela autorização e destinação adotada.

O gerenciamento dos resíduos observará o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), a RDC Anvisa nº 222/2018 e as demais normas ambientais e sanitárias aplicáveis. Medicamentos sujeitos a controle especial seguirão os procedimentos específicos de registro, inutilização e destinação previstos na regulamentação pertinente.

Será proibida a reintegração de produtos segregados ao estoque disponível sem avaliação e liberação técnica devidamente documentadas.

Os registros de perdas e descartes serão utilizados para análise das causas, aprimoramento da programação de compras e redução de desperdícios.

V.1.10.5. Gestão patrimonial, tombamento, movimentação e inventário anual

A gestão patrimonial das UPAs Norte e Sul será realizada por meio de procedimentos padronizados de identificação, cadastramento, conservação, movimentação, manutenção, inventário e controle dos bens permanentes utilizados na execução do Termo de Colaboração.

O sistema de controle patrimonial permitirá distinguir os bens pertencentes ao Município, disponibilizados à entidade mediante instrumento próprio, daqueles adquiridos com recursos da parceria ou pertencentes ao ISSSL, observando o regime jurídico e patrimonial aplicável a cada categoria.

V.1.10.5.1 Cadastramento e tombamento

Todos os bens permanentes serão individualmente cadastrados antes de sua disponibilização para uso, contendo número de tombamento ou identificação patrimonial, descrição, marca, modelo, número de série, localização, unidade, setor, responsável pela guarda, estado de conservação, valor e documento de origem.

Os bens públicos cedidos serão identificados de forma segregada, preservando a titularidade e as condições estabelecidas nos instrumentos de disponibilização.

A identificação patrimonial deverá permitir localização física, rastreamento das movimentações e verificação da responsabilidade pela guarda.

V.1.10.5.2 Movimentação e transferência de bens

A transferência de bens entre setores ou entre as UPAs Norte e Sul dependerá de autorização administrativa e formalização de termo de movimentação patrimonial, com identificação do bem, origem, destino, motivo, data e responsáveis.

Toda movimentação deverá ser imediatamente atualizada no sistema patrimonial, assegurando correspondência entre localização física e cadastro.

As transferências de bens públicos observarão também as autorizações e condições estabelecidas pelo órgão titular.

V.1.10.5.3 Conservação, manutenção e baixa patrimonial

Os responsáveis pelos setores deverão zelar pela adequada utilização, conservação e segurança dos bens sob sua guarda.

As necessidades de manutenção preventiva, corretiva, calibração, substituição ou reparo serão formalizadas por ordem de serviço, com registro dos procedimentos realizados, custos, responsáveis e situação operacional do equipamento.

Ocorrências de avaria, extravio, furto ou inutilização deverão ser comunicadas à administração para apuração e adoção das providências cabíveis.

A baixa de bens públicos dependerá de autorização do órgão titular e observância dos procedimentos administrativos aplicáveis, sendo vedada sua realização unilateral pela entidade gestora.

V.1.10.5.4 Inventário patrimonial anual

Será realizado inventário físico anual completo, individualizado por UPA, abrangendo todos os bens permanentes, inclusive aqueles pertencentes ao patrimônio público e disponibilizados em permissão de uso ou outro instrumento pertinente.

O inventário será conduzido por comissão formalmente designada, responsável pela conferência física, verificação da identificação patrimonial, localização, condições de conservação e correspondência com os registros cadastrais.

Também serão realizados inventários extraordinários nas situações de implantação da parceria, substituição de responsáveis, ocorrência de sinistros, identificação de inconsistências relevantes ou encerramento contratual.

As divergências serão registradas em relatório circunstanciado, contendo descrição dos bens, causas identificadas, medidas corretivas, responsáveis e prazos para regularização.

Ao término do procedimento, será elaborado relatório conclusivo, acompanhado das evidências documentais necessárias à fiscalização e à prestação de contas.

V.1.10.6 Sistema informatizado de gestão de estoques, farmácia, patrimônio e integração de custos

O ISSSL implantará solução informatizada destinada ao gerenciamento integrado de materiais, suprimentos, medicamentos e bens patrimoniais, assegurando padronização dos registros, rastreabilidade das operações, controle de custos e disponibilização de informações gerenciais.

A solução deverá contemplar funcionalidades de cadastro de produtos, fornecedores, lotes, validade, requisições, entradas, saídas, transferências, dispensações, inventários, movimentações patrimoniais e emissão de relatórios gerenciais.

A identificação comercial, a versão e as características técnicas do sistema efetivamente proposto deverão constar da versão definitiva do Plano de Trabalho, acompanhadas das evidências pertinentes de disponibilidade e capacidade de implantação.

V.1.10.6.1 Integração com os centros de custos

Os registros de consumo e movimentação deverão possibilitar a identificação individualizada da unidade beneficiária, competência, setor, centro de custo, natureza da despesa, grupo de custo, documento fiscal, processo de aquisição, quantidade, custo unitário e responsável pelo lançamento.

A estrutura de classificação deverá ser compatível com os grupos de despesas previstos no instrumento convocatório, inclusive os Grupos A, B, C e D do item V.1.11, quando aplicáveis.

Essa integração permitirá acompanhar os custos operacionais de cada UPA, identificar variações de consumo, avaliar a utilização dos recursos e subsidiar a elaboração dos demonstrativos financeiros.

Os dados serão exportados ou integrados aos sistemas contábeis e de controladoria, com mecanismos de conciliação destinados a prevenir duplicidade de lançamentos e inconsistências na apropriação dos custos.

V.1.10.6.2 Segurança da informação e rastreabilidade

O sistema deverá dispor de perfis de acesso individualizados, autenticação de usuários, registros de operações, trilhas de auditoria, mecanismos de proteção de dados e procedimentos periódicos de cópia de segurança.

As informações serão tratadas de acordo com a legislação aplicável, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, quando houver tratamento de dados pessoais.

Serão estabelecidos procedimentos de contingência para situações de indisponibilidade tecnológica, com utilização de formulários padronizados, autorização das movimentações e posterior lançamento no sistema, acompanhado de conferência e validação.

V.1.10.6.3 Relatórios e monitoramento gerencial

A solução deverá permitir a emissão de relatórios periódicos sobre consumo por unidade e centro de custo, movimentação de medicamentos, perdas, vencimentos, posição de estoques, inventários e situação patrimonial.

Os resultados subsidiarão reuniões gerenciais, processos de auditoria, planejamento de aquisições, elaboração de indicadores e prestação de contas à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

A conciliação entre informações físicas, operacionais, financeiras e contábeis será realizada mensalmente, com registro das inconsistências e respectivas medidas de regularização.

V.1.10.7 Transporte sanitário: acionamento, operação, segurança e controle de utilização

A organização do transporte sanitário vinculado às UPAs Norte e Sul observará os princípios de segurança assistencial, continuidade do cuidado, regulação do acesso, eficiência operacional e rastreabilidade da utilização dos veículos e recursos envolvidos.

As atividades compreenderão a identificação da necessidade de remoção ou transferência, avaliação clínica, acionamento da regulação competente, definição da modalidade de transporte, preparação da equipe, execução do deslocamento, entrega do paciente e registro das informações operacionais.

Os procedimentos deverão ser compatíveis com as responsabilidades estabelecidas no Termo de Colaboração, os fluxos pactuados com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, o SAMU 192 e os serviços de regulação municipal ou estadual, conforme a natureza da transferência.

$$PR = (CMD \times TR) + ES$$

V.1.10.7.1. Identificação da necessidade e solicitação de transporte

A necessidade de remoção ou transferência será identificada pelo médico assistente, mediante avaliação clínica, definição da prioridade e identificação dos recursos assistenciais necessários à continuidade do atendimento.

A solicitação deverá conter identificação do paciente, justificativa clínica, hipótese diagnóstica, condições de estabilidade, suporte necessário, prioridade assistencial e indicação do destino pretendido ou regulado.

O acionamento será encaminhado à central de regulação competente, conforme os fluxos estabelecidos para cada modalidade de transporte e nível de complexidade.

Deverão ser registrados data e horário da solicitação, número de protocolo, profissional solicitante, resposta da regulação, unidade de destino e orientações recebidas.

A transferência ocorrerá mediante definição do serviço receptor, da modalidade de transporte e das condições de segurança, observadas as exceções e os procedimentos específicos previstos para situações de emergência.

V.1.10.7.2 Preparação do veículo e da equipe

Antes de cada deslocamento, o profissional responsável deverá realizar verificação das condições operacionais do veículo, assegurando sua adequação à modalidade de transporte.

A conferência abrangerá condições de conservação, documentação, habilitação do condutor, combustível, equipamentos de segurança, materiais assistenciais, oxigênio, medicamentos, dispositivos de monitorização e demais recursos exigíveis.

A composição da equipe deverá ser compatível com o quadro clínico do paciente e com a classificação da ambulância ou modalidade de transporte utilizada.

Também deverão ser verificados os procedimentos de limpeza e desinfecção, a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e as condições de acondicionamento dos materiais.

A liberação do veículo será registrada em checklist operacional, com identificação do responsável pela conferência.

V.1.10.7.3 Execução do transporte e continuidade assistencial

Durante o deslocamento, deverão ser mantidas as condições de segurança e o suporte assistencial compatível com as necessidades do paciente.

A equipe deverá assegurar o acompanhamento clínico indicado, o funcionamento dos equipamentos e o registro das intercorrências eventualmente identificadas.

Na chegada ao destino, será realizada passagem formal das informações assistenciais à equipe receptora, incluindo quadro clínico, intervenções realizadas, medicamentos administrados, dispositivos utilizados e intercorrências durante o transporte.

A entrega do paciente será documentada, com identificação do serviço receptor, data, horário e profissional responsável pelo recebimento.

Os documentos assistenciais pertinentes deverão acompanhar o paciente, observados os requisitos de sigilo, segurança da informação e continuidade do cuidado.

V.1.10.7.4. Registro operacional e rastreabilidade dos deslocamentos

Cada transporte deverá possuir registro individualizado, permitindo identificar sua origem, destino, motivo, modalidade, unidade solicitante, equipe responsável e percurso realizado.

Serão registrados os horários de acionamento, saída, chegada ao destino, liberação e retorno, além da quilometragem inicial e final, identificação do veículo, nomes e funções dos profissionais envolvidos e ocorrências relevantes.

Os registros serão consolidados em relatórios operacionais, possibilitando acompanhamento da utilização dos veículos, tempo de resposta, frequência dos deslocamentos e custos associados.

Quando o transporte for disponibilizado por empresa contratada, serviço público ou outro prestador, a UPA manterá os registros de solicitação, autorização, execução e comprovação do serviço, respeitando a distribuição de responsabilidades prevista nos instrumentos contratuais.

V.1.10.7.5. Controle de abastecimento, manutenção e conservação

A gestão operacional dos veículos sob responsabilidade do ISSSL compreenderá o acompanhamento das condições de conservação, manutenção preventiva e corretiva, limpeza, desinfecção e abastecimento.

Cada abastecimento deverá ser registrado com identificação do veículo, placa, data, posto fornecedor, tipo e quantidade de combustível, valor, hodômetro e profissional responsável.

Serão realizados controles periódicos de quilometragem percorrida, consumo médio de combustível, frequência de utilização e custos de manutenção.

Os serviços de manutenção deverão possuir documentação comprobatória, incluindo ordens de serviço, autorizações, notas fiscais e registros de execução.

Veículos que apresentem condições incompatíveis com a segurança operacional deverão ser retirados de circulação até a regularização da ocorrência.

V.1.10.7.6. Monitoramento, fiscalização e prestação de contas

A coordenação administrativa realizará acompanhamento periódico dos serviços de transporte sanitário, consolidando dados operacionais e financeiros para avaliação da eficiência e conformidade.

Serão monitorados, conforme as responsabilidades assumidas no Termo de Colaboração, indicadores de tempo de acionamento, utilização dos veículos, disponibilidade operacional, consumo de combustível, manutenção e registro das transferências.

Os documentos comprobatórios serão organizados por unidade, competência, veículo, natureza da despesa e centro de custo, permitindo sua vinculação aos registros contábeis e aos demonstrativos de prestação de contas.

A documentação deverá permanecer disponível para fiscalização da Secretaria Municipal da Saúde, controle interno e demais órgãos competentes, respeitados os prazos legais de guarda e as regras de acesso às informações.

A análise periódica dos resultados permitirá identificar oportunidades de melhoria, corrigir inconsistências, reduzir desperdícios e fortalecer a segurança e a continuidade do transporte assistencial.

Quadro complementar — Indicadores de monitoramento e evidências de execução

Área de controle	Indicador proposto	Evidência documental
Abastecimento	Percentual de requisições atendidas integralmente	Relatório de requisições
Recebimento	Percentual de entregas com conformidade	Checklists e notas fiscais
Estoque	Índice de divergência entre estoque físico e sistêmico	Relatórios de inventário
Medicamentos	Percentual de perdas por vencimento	Relatório de baixas
Controlados	Percentual de conformidade da escrituração	Registros e conferências
Patrimônio	Percentual de bens localizados no inventário	Relatório patrimonial
Sistema informatizado	Percentual de movimentações registradas	Relatórios e trilhas de auditoria
Transporte	Percentual de transportes com registro completo	Fichas de transporte
Frota	Cumprimento da manutenção preventiva programada	Ordens de serviço
Custos	Percentual de lançamentos conciliados por centro de custo	Relatórios contábeis e gerenciais

V.1.10.8. Rotinas complementares preservadas da política original

Padronização e fornecedores

A padronização considerará perfil epidemiológico, protocolos, RENAME vigente, relações estadual e municipal pertinentes a Tocantins e Palmas, custo-efetividade e parecer farmacêutico. Fornecedores serão avaliados quanto a habilitação, licenças aplicáveis, qualidade, prazo, transporte e não conformidades.

Instrumentais e equipamentos

Instrumentais terão identificação, localização, quantitativo, integridade, fluxo de processamento e reposição, com interface com CME. Equipamentos terão inventário, manutenção preventiva/corretiva, calibração e controle de indisponibilidade, segundo a responsabilidade contratual.

Uniformes e crachás

Serão mantidos registros de entrega, tamanho, setor, reposição, devolução, bloqueio e desligamento, quando o fornecimento competir à entidade.

Assistência farmacêutica clínica

A farmácia atuará no uso racional, avaliação prioritária de prescrições de risco, antimicrobianos, medicamentos potencialmente perigosos, farmacovigilância, controle de termolábeis e prevenção de erros de dispensação.

V.1.10.9. Plano de contingência logística

Será estabelecido plano específico para eventos capazes de comprometer o abastecimento, incluindo:

- falha de fornecedor;
- indisponibilidade de mercado;
- interrupção de transporte;
- aumento inesperado da demanda;
- epidemias/surtos;
- falha de refrigeração;
- indisponibilidade de equipamento crítico e outras situações de risco.

O plano estabelecerá responsáveis, comunicação, alternativas de abastecimento, prioridades assistenciais e critérios para normalização.

Risco	Controle
Desabastecimento	Estoque mínimo + ponto de reposição + contingência
Excesso de estoque	Cobertura + análise de consumo
Vencimento	FEFO/PVPS + alerta
Compra emergencial recorrente	Análise de causa
Material inadequado	Padronização + conferência
Fornecedor não conforme	Qualificação e avaliação
Falha de cadeia fria	Monitoramento + contingência
Medicamento controlado	Acesso restrito + registros
Erro de dispensação	Avaliação + identificação + rastreabilidade
Perda de instrumental	Controle e inventário
Equipamento indisponível	Manutenção/engenharia clínica
Falta de uniforme	Programação e estoque
Uso indevido de crachá	Controle de emissão/bloqueio
Divergência de estoque	Inventário e investigação

Auditoria e melhoria

Não conformidades serão registradas, analisadas quanto à causa e tratadas por responsável, prazo, evidência e verificação de efetividade.

Indicadores e metas gerenciais propostas

Indicador	Método/frequência	Diretriz
Ruptura de estoque crítico	Ocorrências e horas de indisponibilidade; diário	Prevenir desabastecimento
Cobertura e ponto de ressuprimento	Saldo / consumo médio; semanal	Reposição tempestiva
Itens vencidos e perdas	Quantidade e valor; mensal	Reduzir perdas
Conformidade de recebimento	Recebimentos conferidos / total; mensal	Meta interna proposta: 100%
Conciliação de controlados	Saldo físico versus escrituração; periodicidade definida pelo RT	Regularidade sanitária
Inventário patrimonial	Bens conferidos / cadastrados; anual	Cobertura integral, inclusive bens públicos cedidos
Transporte sanitário	Solicitações, viagens, km, litros, ocorrências; mensal	Rastreabilidade e segurança
Consumo por centro de custo	Valor e quantidade por UPA/competência; mensal	Integração ao V.1.11

V.1.10.10 Conclusão

O ISSSL adotará nas UPAs Norte e Sul de Palmas/TO rotinas documentadas e auditáveis para materiais, assistência farmacêutica, patrimônio e transporte sanitário, com responsabilização definida, rastreabilidade e integração financeira.

V.1.10.11 – Manual de Boas Práticas Farmacêuticas

1. Apresentação

O presente Manual de Boas Práticas Farmacêuticas estabelece os princípios, responsabilidades, rotinas e critérios técnicos destinados a assegurar a qualidade, segurança, eficácia, rastreabilidade e uso racional dos medicamentos e demais produtos para saúde sob responsabilidade da Farmácia. O Manual foi elaborado considerando as características da unidade, o perfil assistencial, os processos de seleção, aquisição, recebimento, armazenamento, conservação, controle de estoque, dispensação/distribuição, acompanhamento farmacêutico, gerenciamento de resíduos e demais atividades relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica.

O documento deve ser utilizado em conjunto com os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), formulários, registros, protocolos institucionais e demais documentos aplicáveis.

As atividades deverão ser executadas de acordo com a legislação sanitária, profissional e assistencial vigente e com as normas específicas do Sistema Único de Saúde (SUS), quando aplicáveis.

2. Histórico da Farmácia e da Profissão Farmacêutica

A profissão farmacêutica possui origem histórica relacionada à preparação, conservação e utilização de substâncias destinadas à prevenção e tratamento das doenças.

Ao longo do desenvolvimento da ciência, a atividade farmacêutica passou da preparação artesanal de medicamentos para um modelo baseado em medicamentos industrializados, controle de qualidade, segurança do paciente, assistência farmacêutica e cuidado centrado no usuário.

No Brasil, a regulamentação da profissão e das atividades farmacêuticas foi consolidada progressivamente por meio de leis, decretos, portarias e resoluções dos órgãos sanitários e profissionais.

A criação do Conselho Federal de Farmácia e dos Conselhos Regionais de Farmácia pela Lei nº 3.820/1960 constituiu importante marco para a fiscalização e regulamentação profissional.

Posteriormente, a Lei nº 5.991/1973 estabeleceu normas relacionadas ao controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.

A Lei nº 13.021/2014 consolidou a farmácia como estabelecimento de saúde e reforçou a responsabilidade sanitária e profissional relacionada à assistência farmacêutica.

Atualmente, a atuação farmacêutica está relacionada não somente à guarda e dispensação de medicamentos, mas também à promoção do uso racional, segurança do paciente, prevenção de problemas relacionados a medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, farmacovigilância e integração com a equipe multiprofissional.

3. Introdução

A assistência farmacêutica compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais para o cuidado em saúde.

A Farmácia da unidade constitui setor estratégico para garantir que medicamentos e produtos para saúde sejam recebidos, armazenados, conservados, controlados e disponibilizados de forma segura. O farmacêutico atua como responsável técnico e profissional integrante da equipe de saúde, contribuindo para a segurança e o uso racional dos medicamentos.

O Manual de Boas Práticas Farmacêuticas estabelece as diretrizes gerais para o funcionamento do serviço e deve ser complementado pelos POPs específicos.

Todos os colaboradores envolvidos nas atividades da farmácia deverão conhecer e cumprir este Manual e os procedimentos relacionados às suas atribuições.

4. Objetivos

4.1 Objetivo geral

Estabelecer requisitos e procedimentos para assegurar a qualidade dos processos relacionados aos medicamentos e produtos para saúde, promovendo armazenamento adequado, rastreabilidade, dispensação/distribuição segura e uso racional de medicamentos.

4.2 Objetivos específicos

- Padronizar as atividades realizadas pela Farmácia;
- Garantir a qualidade e integridade dos medicamentos;
- Reduzir riscos de erros de armazenamento e dispensação;
- Garantir rastreabilidade por lote e validade;
- Controlar medicamentos sujeitos a condições especiais de armazenamento;
- Garantir controle adequado dos medicamentos sujeitos a controle especial;
- Reduzir perdas por vencimento, avaria ou armazenamento inadequado;
- Promover o uso racional de medicamentos;
- Fortalecer a segurança do paciente;
- Estabelecer responsabilidades da equipe;
- Garantir registros adequados das atividades;
- Promover capacitação inicial e continuada dos colaboradores;
- Estabelecer medidas para situações de não conformidade e contingência.

5. Abrangência

Este Manual aplica-se a todos os profissionais que desenvolvam atividades relacionadas à Farmácia da unidade, incluindo farmacêuticos, auxiliares de farmácia, profissionais administrativos e demais colaboradores envolvidos nos processos sob responsabilidade do setor.

As atividades deverão respeitar as competências profissionais legalmente estabelecidas.

6. Responsabilidades

6.1 Responsável Técnico

Compete ao Farmacêutico Responsável Técnico:

- Cumprir e fazer cumprir a legislação aplicável;
- Supervisionar tecnicamente as atividades da Farmácia;
- Garantir condições adequadas de armazenamento;
- Supervisionar aquisição e recebimento;
- Avaliar condições de conservação dos medicamentos;
- Supervisionar dispensação e distribuição;
- Garantir rastreabilidade dos medicamentos;
- Supervisionar medicamentos sujeitos a controle especial;
- Avaliar prescrições dentro de suas atribuições profissionais;
- Identificar possíveis problemas relacionados aos medicamentos;
- Orientar a equipe;
- Promover treinamentos;
- Supervisionar registros e documentos;
- Participar de ações de farmacovigilância;
- Participar de ações relacionadas à segurança do paciente;
- Elaborar, revisar e aprovar POPs;
- Supervisionar o gerenciamento de medicamentos vencidos, avariados ou impróprios;
- Participar da elaboração e atualização do PGRSS;
- Estabelecer medidas corretivas e preventivas;
- Comunicar à gestão situações que possam comprometer a segurança do paciente ou a qualidade dos medicamentos.

6.2 Farmacêutico

Compete aos farmacêuticos:

- Executar assistência farmacêutica;
- Supervisionar a equipe;
- Realizar análise técnica das prescrições dentro das atribuições profissionais;

- Orientar profissionais de saúde;
- Monitorar medicamentos de alta vigilância;
- Acompanhar antimicrobianos quando aplicável;
- Realizar intervenções farmacêuticas;
- Registrar as atividades realizadas;
- Realizar controle de estoque;
- Monitorar temperatura e condições ambientais;
- Participar da farmacovigilância;
- Participar das ações de segurança do paciente.

6.3 Auxiliar de Farmácia

Compete aos auxiliares, sob supervisão farmacêutica:

- Receber e organizar produtos;
- Armazenar medicamentos;
- Realizar conferências;
- Controlar validade;
- Organizar estoques;
- Separar medicamentos conforme solicitação autorizada;
- Realizar registros estabelecidos nos POPs;
- Auxiliar na dispensação/distribuição;
- Comunicar imediatamente qualquer irregularidade ao farmacêutico.

O auxiliar não poderá realizar atividades privativas do farmacêutico.

7. Recursos Humanos e Treinamento

Todos os colaboradores deverão receber treinamento antes do início das atividades e capacitação periódica.

Os treinamentos deverão contemplar, conforme aplicabilidade:

- Boas Práticas Farmacêuticas;
- Armazenamento;

- Controle de temperatura;
- Medicamentos termolábeis;
- Medicamentos sujeitos a controle especial;
- Medicamentos de alta vigilância;
- Segurança do paciente;
- Prevenção de erros de medicação;
- Higienização das mãos;
- Limpeza;
- Gerenciamento de resíduos;
- Plano de contingência;
- Rastreabilidade;
- Controle de validade;
- POPs específicos.

Os treinamentos deverão ser documentados por meio de lista de presença, conteúdo ministrado, data e identificação do responsável.

8. Higiene Pessoal e Uniforme

Os colaboradores deverão:

- Utilizar uniforme limpo;
- Utilizar calçado fechado;
- Manter higiene pessoal adequada;
- Manter cabelos presos quando necessário;
- Evitar adornos que possam comprometer a higiene ou segurança;
- Manter unhas limpas;
- Não consumir alimentos ou bebidas nas áreas destinadas ao armazenamento e dispensação.

Os EPIs deverão ser utilizados conforme avaliação de risco e atividade executada.

9. Higienização das Mãos

A higienização das mãos deverá ser realizada:

- Antes e após atividades que possam contaminar as mãos;

- Após contato com resíduos;
- Após higienização;
- Antes de atividades que exijam higiene das mãos;
- Sempre que houver sujidade visível.

Deverá ser utilizado sabonete líquido adequado e papel toalha descartável.

Quando indicado, poderá ser utilizada preparação alcoólica para higiene das mãos, observadas as orientações institucionais.

10. Infraestrutura

A Farmácia deverá possuir infraestrutura compatível com as atividades desenvolvidas.

As instalações deverão permitir:

- Organização dos medicamentos;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Separação;
- Dispensação/distribuição;
- Controle administrativo;
- Armazenamento de produtos segregados;
- Armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial;
- Armazenamento de produtos vencidos ou impróprios;
- Limpeza adequada.

Pisos, paredes, tetos, portas, bancadas e demais superfícies deverão estar em condições adequadas de conservação e higiene.

Os medicamentos deverão permanecer protegidos de luz solar direta, umidade, calor excessivo, contaminação e outros fatores que possam comprometer sua qualidade.

11. Organização do Estoque

Os medicamentos deverão ser organizados de maneira que possibilite:

- Fácil identificação;
- Fácil localização;
- Controle de lote;
- Controle de validade;
- Rastreabilidade;
- Redução do risco de troca;
- Limpeza adequada;
- Inventário.

Sempre que aplicável, deverá ser adotado o princípio **PVPS – primeiro que vence, primeiro que sai**.

Medicamentos com nomes semelhantes, embalagens semelhantes ou risco aumentado de troca deverão possuir identificação diferenciada conforme protocolo institucional.

Medicamentos de alta vigilância e potencialmente perigosos deverão possuir identificação específica.

12. Controle de Temperatura e Umidade

A temperatura e a umidade do ambiente deverão ser monitoradas conforme rotina institucional e de acordo com as condições estabelecidas para os produtos armazenados.

O parâmetro de armazenamento deverá considerar, prioritariamente, a especificação do fabricante e as condições estabelecidas na legislação aplicável.

O registro deverá conter:

- Data;
- Horário;
- Temperatura;
- Umidade, quando aplicável;
- Identificação do responsável;
- Observação de desvios;

- Ação corretiva adotada, quando necessária.

Não deverá ser utilizado automaticamente o intervalo de 15 °C a 25 °C para todos os ambientes sem verificar a especificação aplicável aos medicamentos armazenados.

Em caso de temperatura ou umidade fora do limite estabelecido, deverá ser acionado o farmacêutico responsável.

Os medicamentos potencialmente afetados deverão ser identificados e, quando necessário, segregados até avaliação técnica.

13. Medicamentos Termolábeis

Os medicamentos que exigem refrigeração deverão ser armazenados conforme especificação do fabricante.

Para medicamentos cuja condição de armazenamento seja de **2 °C a 8 °C**, deverá ser utilizada geladeira/equipamento adequado para armazenamento de medicamentos.

A geladeira deverá:

- Ser exclusiva ou adequadamente destinada ao armazenamento de medicamentos;
- Possuir termômetro apropriado;
- Permitir monitoramento contínuo ou conforme procedimento institucional;
- Ser mantida limpa;
- Não ser utilizada para alimentos ou bebidas;
- Não ser sobrecarregada;
- Possibilitar circulação adequada do ar.

Em caso de excursão de temperatura:

- Comunicar imediatamente o farmacêutico;
- Manter o equipamento fechado sempre que possível;
- Registrar a ocorrência;
- Identificar os produtos potencialmente afetados;

- Segregar os produtos quando necessário;
- Avaliar tempo e magnitude da excursão;
- Consultar fabricante, responsável técnico ou fonte técnica confiável;
- Registrar a decisão final.

14. Limpeza e Higienização

A limpeza deverá seguir cronograma institucional.

Deverão existir registros de:

- Limpeza diária;
- Limpeza concorrente;
- Limpeza terminal;
- Limpeza de prateleiras;
- Limpeza de equipamentos;
- Limpeza da geladeira;
- Limpeza de áreas específicas.

Os produtos saneantes utilizados deverão ser regularizados e utilizados conforme instruções do fabricante.

Medicamentos não deverão ser diretamente umedecidos ou submetidos a produtos de limpeza.

15. Aquisição de Medicamentos e Produtos

A aquisição deverá observar:

- REMUME vigente do município;
- Padronização institucional;
- Necessidade assistencial;
- Consumo histórico;
- Estoque disponível;
- Demanda prevista;
- Condições de armazenamento;

- Regularidade sanitária do produto;
- Prazo de validade;
- Condições de transporte.

Sempre que aplicável, deverão ser adquiridos produtos regularizados perante a autoridade sanitária competente.

16. Recebimento

No recebimento deverão ser conferidos:

- Nota fiscal;
- Ordem de compra;
- Fornecedor;
- Produto;
- Quantidade;
- Apresentação;
- Concentração;
- Lote;
- Validade;
- Integridade da embalagem;
- Condições de transporte;
- Condições de temperatura, quando aplicável.

Produtos com:

- Embalagem violada;
- Avaria;
- Suspeita de adulteração;
- Divergência;
- Validade inadequada;
- Condição de transporte inadequada;

deverão ser segregados e avaliados pelo responsável.

Produtos não conformes não deverão ser disponibilizados para uso até decisão formal.

17. Quarentena

Produtos suspeitos, danificados, vencidos, devolvidos, recolhidos ou em investigação deverão ser mantidos em área identificada e segregada.

A identificação deverá conter, conforme aplicável:

Quarentena – Não Utilizar

A liberação somente poderá ocorrer após avaliação e registro da decisão.

18. Armazenamento

Os medicamentos deverão ser armazenados de forma organizada e segura, observando as especificações do fabricante.

Não deverão permanecer diretamente no piso.

Deverá ser mantido espaço suficiente para:

- Limpeza;
- Inspeção;
- Circulação;
- Identificação.

Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão possuir armazenamento conforme legislação específica e controle de acesso.

19. Controle de Validade

- A Farmácia deverá realizar acompanhamento periódico das validades.
- Os medicamentos próximos do vencimento deverão ser identificados e priorizados conforme PVPS.
- Os produtos vencidos deverão ser imediatamente retirados do estoque utilizável.
- Medicamentos vencidos, danificados ou impróprios deverão permanecer segregados e identificados até a destinação final.

20. Devolução de Medicamentos

Medicamentos devolvidos deverão ser avaliados antes de eventual reintegração ao estoque.

A avaliação deverá considerar:

- Integridade;
- Lote;
- Validade;
- Condições de armazenamento;
- Rastreabilidade;
- Possibilidade de alteração;
- Tempo fora das condições recomendadas.

Caso não seja possível garantir a qualidade do produto, este deverá permanecer segregado e ser encaminhado para destinação adequada.

21. Dispensação e Distribuição

A dispensação/distribuição deverá ocorrer mediante solicitação ou prescrição válida, conforme o fluxo assistencial da unidade.

Deverão ser conferidos:

- Paciente, quando aplicável;
- Setor solicitante;
- Medicamento;
- Apresentação;
- Concentração;
- Quantidade;
- Via de administração, quando aplicável;
- Lote;
- Validade;
- Horário/dose, quando aplicável.

A separação deverá ser realizada de forma padronizada, reduzindo riscos de troca.

O farmacêutico deverá intervir sempre que identificar inconsistências ou riscos relacionados à farmacoterapia.

22. Medicamentos de Alta Vigilância

Os medicamentos de alta vigilância deverão possuir identificação e armazenamento diferenciados conforme protocolo institucional.

Deverão ser estabelecidas barreiras de segurança para:

- Prescrição;
- Análise;
- Separação;
- Dispensação;
- Armazenamento;
- Administração.

A lista institucional de medicamentos de alta vigilância deverá ser revisada periodicamente.

23. Medicamentos Potencialmente Perigosos

Os medicamentos classificados institucionalmente como potencialmente perigosos deverão possuir identificação específica e medidas adicionais de segurança.

A equipe deverá ser treinada quanto:

- Riscos;
- Armazenamento;
- Identificação;
- Separação;
- Dispensação;
- Administração;
- Condutas em caso de erro.

24. Medicamentos Sujeitos a Controle Especial

Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão ser armazenados, controlados, dispensados e registrados conforme a legislação sanitária específica vigente.

O acesso deverá ser restrito aos profissionais autorizados.

Deverão ser mantidos controles de:

- Entrada;
- Saída;
- Saldo;
- Lote;
- Validade;
- Perdas;
- Devoluções;
- Baixas;
- Inventário;
- Destinação de produtos vencidos ou impróprios.

A Portaria SVS/MS nº 344/1998 e suas atualizações permanecem como referência fundamental para substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. A legislação do SNGPC deve ser observada quando aplicável ao tipo de estabelecimento.

Importante: a rotina de escrituração e utilização de livros, sistemas e formulários deverá ser definida conforme o enquadramento jurídico-sanitário da unidade e as determinações da Vigilância Sanitária competente.

25. Antimicrobianos

A prescrição e dispensação de antimicrobianos deverão observar a legislação sanitária vigente.

Deverão ser observados:

- Identificação do prescritor;
- Identificação do paciente;
- Medicamento;
- Dose;
- Posologia;

- Duração;
- Quantidade;
- Data;
- Demais requisitos legais aplicáveis.

A RDC nº 471/2021 estabelece critérios para prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos antimicrobianos de uso sob prescrição, devendo ser observadas suas atualizações e normas complementares.

26. Unitarização e Fracionamento

Quando a unidade realizar unitarização/fracionamento permitido pela legislação e pelas condições institucionais, o processo deverá ser padronizado.

Deverão ser preservadas as informações necessárias à rastreabilidade, incluindo, quando aplicável:

- Nome do medicamento;
- Princípio ativo;
- Concentração;
- Lote;
- Validade;
- Data da unitarização;
- Responsável pelo processo;
- Demais informações exigidas pelo procedimento institucional.

A embalagem original não deverá ter suas informações essenciais de identificação e rastreabilidade comprometidas.

Medicamentos sujeitos a controle especial deverão obedecer a regras específicas. A atividade deverá ser realizada por profissionais treinados e sob supervisão farmacêutica.

27. Carrinho de Emergência

O controle dos medicamentos do carrinho de emergência deverá ser realizado conforme protocolo institucional.

Deverão ser verificadas:

- Integridade;
- Quantidade;
- Lote;
- Validade;
- Condições de armazenamento;
- Lacre, quando utilizado;
- Rastreabilidade.

A periodicidade da conferência deverá ser definida institucionalmente.

Após utilização, a reposição deverá ocorrer imediatamente ou no menor tempo possível, conforme fluxo da instituição.

28. Ronda Farmacêutica

A ronda farmacêutica tem como objetivo avaliar as condições dos medicamentos nos setores assistenciais.

Deverão ser observados:

- Validade;
- Lote;
- Armazenamento;
- Organização;
- Temperatura;
- Medicamentos vencidos;
- Medicamentos sem identificação;
- Medicamentos de alta vigilância;

- Medicamentos sujeitos a controle especial;
- Excesso de estoque;
- Condições de segurança.

As não conformidades deverão ser registradas e acompanhadas até sua resolução.

29. Farmacovigilância

A Farmácia deverá participar das ações de identificação, registro, avaliação e comunicação de suspeitas de:

- Reações adversas;
- Inefetividade terapêutica;
- Erros de medicação;
- Problemas de qualidade;
- Eventos adversos;
- Queixas técnicas.

As notificações deverão seguir os fluxos institucionais e os sistemas oficiais aplicáveis.

30. Erros de Medicação e Segurança do Paciente

Qualquer erro ou quase erro relacionado a medicamento deverá ser comunicado conforme o fluxo institucional.

O objetivo do registro deverá ser a identificação das causas e implementação de barreiras preventivas, e não apenas a responsabilização individual.

Deverão ser analisados:

- Causa;
- Etapa do processo;
- Medicamento envolvido;
- Circunstâncias;
- Consequências;
- Barreiras existentes;

- Ações corretivas;
- Ações preventivas.

31. Ações Corretivas e Preventivas

Toda não conformidade identificada deverá ser avaliada pelo responsável.

Poderão ser adotadas:

- Correção imediata;
- Segregação do produto;
- Bloqueio de lote;
- Investigação;
- Treinamento;
- Alteração de processo;
- Revisão de POP;
- Comunicação à gestão;
- Comunicação à autoridade sanitária, quando aplicável.

As ações deverão ser registradas e acompanhadas.

32. Medicamentos Vencidos, Avariados ou Impróprios

Medicamentos vencidos ou impróprios deverão:

- Ser retirados do estoque disponível;
- Ser identificados;
- Ser segregados;
- Ter sua baixa registrada no sistema, quando aplicável;
- Permanecer em local apropriado;
- Ser destinados conforme PGRSS e legislação vigente.

É proibida a disponibilização de medicamentos vencidos ou sem garantia de qualidade.

33. Medicamentos Controlados Vencidos

Medicamentos sujeitos a controle especial vencidos ou impróprios deverão permanecer segregados, identificados e sob controle do farmacêutico.

A destinação deverá obedecer à legislação sanitária aplicável, incluindo os procedimentos determinados pela Vigilância Sanitária local quando exigidos.

Deverão ser mantidos registros contendo, quando aplicável:

- Medicamento;
- Princípio ativo;
- Concentração;
- Lote;
- Validade;
- Quantidade;
- Motivo da baixa;
- Data;
- Responsável;
- Destinação final.

34. Gerenciamento de Resíduos

O gerenciamento de resíduos deverá seguir o PGRSS da instituição e a legislação vigente.

A RDC Anvisa nº 222/2018 estabelece as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.

Na Farmácia poderão ser gerados diferentes grupos de resíduos, conforme as atividades efetivamente realizadas.

A segregação deverá ocorrer no momento da geração.

Os resíduos deverão ser acondicionados, identificados, armazenados, coletados, transportados e destinados conforme classificação e PGRSS.

35. Controle de Pragas

A unidade deverá manter programa de controle integrado de pragas.

Os serviços deverão ser realizados por empresa legalmente habilitada, quando contratada.

Os registros deverão permanecer arquivados.

Durante o procedimento, deverão ser adotadas medidas para evitar contaminação dos medicamentos.

36. Contingência

A Farmácia deverá possuir plano de contingência para situações como:

- Falta de energia elétrica;
- Falha de refrigeração;
- Falha de sistema informatizado;
- Falha de internet;
- Indisponibilidade de medicamentos;
- Falha de equipamento;
- Incêndio;
- Interdição;
- Problemas de transporte;
- Aumento inesperado da demanda;
- Recolhimento de medicamentos.

As ações deverão priorizar a segurança do paciente e a preservação da qualidade dos medicamentos.

37. Controle de Documentos

O Manual e os POPs deverão possuir:

- Código;
- Título;
- Versão;
- Data de elaboração;
- Data de revisão;
- Responsável pela elaboração;
- Responsável pela aprovação;
- Assinaturas;
- Histórico de alterações.

Documentos obsoletos deverão ser retirados de uso.

38. Procedimentos Operacionais Padrão

A Farmácia deverá possuir POPs compatíveis com as atividades efetivamente realizadas.

Entre os POPs recomendados estão:

- POP de Higienização das Mãos;
- POP de Limpeza da Farmácia;
- POP de Controle de Temperatura;
- POP de Controle de Umidade;
- POP de Armazenamento;
- POP de Recebimento;
- POP de Quarentena;
- POP de Medicamentos Termolábeis;
- POP de Controle de Validade;
- POP de Dispensação;
- POP de Medicamentos Controlados;
- POP de Antimicrobianos;
- POP de Medicamentos de Alta Vigilância;

- POP de Medicamentos Vencidos;
- POP de Gerenciamento de Resíduos;
- POP de Ronda Farmacêutica;
- POP de Carrinho de Emergência;
- POP de Ações Corretivas e Preventivas;
- POP de Plano de Contingência;
- POP de Controle de Estoque;
- POP de Farmacovigilância;

39. Indicadores

A Farmácia poderá monitorar indicadores relacionados a:

- Perdas por vencimento;
- Perdas por avaria;
- Erros de dispensação;
- Não conformidades no recebimento;
- Excursões de temperatura;
- Faltas de medicamentos;
- Devoluções;
- Intervenções farmacêuticas;
- Notificações de eventos adversos;
- Consumo de antimicrobianos;
- Treinamentos realizados;
- Conformidade das rondas;
- Controle de medicamentos sujeitos a controle especial.

Os resultados deverão ser utilizados para melhoria contínua dos processos.

40. Definições

Assistência Farmacêutica: conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde relacionadas aos medicamentos.

Dispensação: ato profissional de fornecer medicamento ao usuário, acompanhado das orientações necessárias.

PVPS: sistema de organização no qual o produto com prazo de validade mais próximo é priorizado para saída.

Lote: quantidade de produto produzida em condições uniformes.

Medicamento: produto farmacêutico tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou diagnóstica.

Medicamento termolábil: medicamento que necessita de condições específicas de temperatura para manutenção de sua qualidade.

Medicamento de alta vigilância: medicamento que apresenta maior risco de provocar dano significativo ao paciente quando utilizado de maneira inadequada.

Quarentena: condição de segregação física ou eletrônica de produto até sua avaliação e liberação ou destinação.

Rastreabilidade: capacidade de acompanhar o histórico de determinado produto, incluindo lote, validade, movimentação e destino.

Responsável Técnico: farmacêutico legalmente habilitado e responsável tecnicamente pelas atividades sob sua responsabilidade.

41. Documentação e Registros

Deverão permanecer disponíveis e atualizados, conforme aplicabilidade:

- Licença/Alvará Sanitário;
- Certidão de Regularidade Técnica;
- Documentação do Responsável Técnico;

- **PGRSS;**
- Registros de treinamento;
- POPs;
- Manual de Boas Práticas;
- Registros de temperatura;
- Registros de umidade;
- Registros de limpeza;
- Controle de validade;
- Inventários;
- Registros de medicamentos controlados;
- Registros de devoluções;
- Registros de perdas;
- Registros de quarentena;
- Registros de não conformidades;
- Registros de ações corretivas;
- Registros de recolhimentos;
- Registros de manutenção/calibração dos equipamentos, quando aplicável.

42. Legislação e Referências Normativas

A Farmácia deverá manter uma matriz de legislação atualizada, observando, conforme aplicabilidade:

- Lei nº 3.820/1960 – criação do CFF e CRFs;
- Lei nº 5.991/1973 – controle sanitário de medicamentos, drogas, insumos e correlatos;
- Decreto nº 74.170/1974;
- Lei nº 6.360/1976 – vigilância sanitária de medicamentos e outros produtos;
- Lei nº 6.437/1977 – infrações à legislação sanitária;
- Decreto nº 85.878/1981 – atribuições profissionais do farmacêutico;
- Lei nº 8.080/1990 – organização do SUS;
- Portaria SVS/MS nº 344/1998 e atualizações – substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

- Lei nº 9.782/1999 – criação da Anvisa;
- Lei nº 9.787/1999 – medicamentos genéricos;
- Resolução CFF nº 357/2001, quando aplicável;
- Resolução CFF nº 415/2004;
- Resolução CFF nº 555/2011;
- RDC Anvisa nº 20/2011 e atualizações, quando aplicável;
- Resolução CFF nº 585/2013 – atribuições clínicas;
- Lei nº 13.021/2014 – exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas;
- RDC Anvisa nº 222/2018 – gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- RDC Anvisa nº 430/2020 – boas práticas de distribuição, armazenagem e transporte de medicamentos, especialmente nas etapas sob responsabilidade dos agentes regulados;
- RDC Anvisa nº 471/2021 – antimicrobianos;
- Resolução CFF nº 724/2022 – Código de Ética Farmacêutica;
- demais RDCs, portarias, instruções normativas, resoluções do CFF/CRF e normas estaduais e municipais aplicáveis à unidade.

A RDC nº 44/2009 poderá ser utilizada apenas nos aspectos em que efetivamente seja aplicável ao estabelecimento, considerando que a própria norma exclui de seu âmbito principal os estabelecimentos de atendimento privativo de unidade hospitalar ou equivalente, que ficam sujeitos à legislação específica.

Responsabilidade pela Atualização e Validação do Protocolo

A responsabilidade pela revisão e atualização técnica deste Protocolo de Farmácia será da Coordenação de Farmácia das UPAs Norte e Sul em articulação com a Direção Técnica, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e demais áreas envolvidas, conforme a matéria objeto da revisão.

Compete ao responsável pela atualização:

a) Acompanhar alterações nas normas, resoluções do Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e diretrizes farmacêuticas nacionais e internacionais;

b) Avaliar novas evidências científicas, diretrizes terapêuticas e atualizações da Relação de Medicamentos Essenciais (REME) com potencial impacto sobre a dispensação, o armazenamento e o uso seguro de medicamentos;

c) Analisar indicadores de farmácia, desvios de qualidade, notificações de farmacovigilância (reações adversas e erros de medicação), resultados de auditorias e oportunidades de melhoria no ciclo do medicamento;

d) Propor alterações nos critérios de padronização, prescrição, dispensação, armazenamento, controle de estoque, preparo de medicamentos e gestão de high-alert medications (medicamentos potencialmente perigosos);

e) Assegurar que as alterações aprovadas sejam comunicadas às equipes de farmácia, médica e de enfermagem;

f) Promover, em conjunto com a educação continuada, a capacitação e atualização dos profissionais farmacêuticos e da equipe assistencial no uso seguro de medicamentos;

g) Manter controle institucional da versão, data de aprovação, data da revisão e responsáveis pela elaboração, revisão e aprovação do protocolo.

16. Periodicidade de Revisão

Este Protocolo de Farmácia será revisado ordinariamente a cada **12 (doze) meses**, contados da data de sua aprovação ou da última revisão.

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

- Publicação ou atualização de legislação sanitária, normas do sistema CFF/CRF, RDC da ANVISA, protocolos ou diretrizes técnicas aplicáveis;
- Publicação de novas evidências científicas relevantes para a farmacoterapia e segurança do paciente;
- Alteração das recomendações do Ministério da Saúde, ANVISA ou sociedades científicas de referência;
- Modificação do perfil assistencial, capacidade instalada ou listagem de medicamentos padronizados na instituição;

- Alteração dos fluxos logísticos de abastecimento, dispensação e descarte de resíduos farmacêuticos;
- Identificação de não conformidades, incidentes, eventos adversos a medicamentos ou oportunidades de melhoria nos processos farmacêuticos;
- Resultados de auditorias, monitoramento de indicadores de farmácia ou avaliações internas que indiquem necessidade de alteração das condutas.

17. Controle de Revisão e Histórico do Protocolo

Item	Definição
Documento	Protocolo de Farmácia (Gestão, Dispensação e Segurança do Medicamento)
Unidade de Aplicação	UPA Norte e UPA Sul
Responsável Técnico pela Atualização	Coordenação de Farmácia / Direção Técnica
Áreas Participantes	Farmácia, Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Coordenação Médica, Enfermagem, NSP e demais setores envolvidos
Periodicidade Ordinária	Anual – a cada 12 meses
Revisão Extraordinária	Sempre que houver alteração normativa, sanitária, científica ou operacional relevante
Referências Principais	ANVISA; Ministério da Saúde; Conselho Federal de Farmácia (CFF); Protocolos de Segurança do Paciente
Forma de Validação	Análise técnica, aprovação institucional e registro da versão vigente

V.1.10.12 – Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Farmácia

Este arquivo reúne, em um único documento, os 16 Procedimentos Operacionais Padrão (POP 01 a POP 16) da Farmácia do Pronto Atendimento, cada um mantido como um capítulo numerado independente, preservando a identificação "POP XX" e o título originais de cada procedimento.

POP 01 – ROTINA DA FARMÁCIA

1.1 OBJETIVO

Estabelecer os critérios e procedimentos para o funcionamento da Farmácia do Pronto Atendimento 24 horas, garantindo a continuidade do serviço, a disponibilidade adequada de medicamentos e insumos, a segurança no processo de armazenamento, dispensação e controle de medicamentos e a rastreabilidade das movimentações realizadas.

1.2 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais que atuam na Farmácia do Pronto Atendimento, incluindo farmacêuticos, auxiliares de farmácia e demais colaboradores autorizados a realizar atividades no setor.

1.3 RESPONSABILIDADES

1.3.1 Farmacêutico Responsável Técnico

- Garantir o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos.
- Supervisionar as atividades desenvolvidas na Farmácia.
- Avaliar e intervir em situações que envolvam segurança do paciente e uso de medicamentos.
- Acompanhar o estoque e as condições de armazenamento.
- Supervisionar medicamentos sujeitos a controle especial.
- Avaliar não conformidades relacionadas aos medicamentos.
- Orientar a equipe quanto aos procedimentos estabelecidos.
- Garantir a manutenção dos registros necessários.

1.3.2 Farmacêutico Plantonista

- Realizar a supervisão técnica durante seu período de trabalho.
- Avaliar prescrições quando necessário.

- Realizar intervenções farmacêuticas.
- Supervisionar a dispensação.
- Conferir medicamentos de emergência e controlados conforme rotina estabelecida.
- Registrar intercorrências ocorridas durante o plantão.
- Realizar a passagem de plantão de forma clara e objetiva.

1.3.3 Auxiliares de Farmácia

- Realizar as atividades conforme orientação e supervisão do farmacêutico.
- Separar e organizar medicamentos e insumos.
- Realizar conferências conforme os procedimentos estabelecidos.
- Manter o setor organizado e higienizado.
- Comunicar imediatamente ao farmacêutico qualquer divergência, falta, avaria, vencimento ou irregularidade identificada.

1.4 FUNCIONAMENTO

A Farmácia deverá permanecer disponível durante todo o período de funcionamento do Pronto Atendimento, garantindo o atendimento às demandas assistenciais e a continuidade do fornecimento de medicamentos e insumos.

O acesso ao setor deverá ser restrito aos profissionais autorizados.

Durante o funcionamento, deverão ser mantidas condições adequadas de:

- Organização;
- Limpeza;
- Iluminação;
- Ventilação;
- Segurança;
- Armazenamento;
- Controle de temperatura e umidade, quando aplicável;
- Identificação dos medicamentos;
- Rastreabilidade dos produtos.

1.5 ROTINA DIÁRIA DA FARMÁCIA

No início do plantão, o profissional responsável deverá:

- Verificar as condições gerais da Farmácia.
- Conferir a organização do setor.
- Verificar os registros de temperatura dos equipamentos destinados ao armazenamento de medicamentos.
- Verificar a existência de medicamentos ou produtos em situação de quarentena.
- Verificar medicamentos próximos do vencimento.
- Avaliar possíveis pendências registradas no plantão anterior.
- Conferir os medicamentos de emergência conforme rotina institucional.
- Verificar possíveis faltas de medicamentos e insumos essenciais.
- Conferir medicamentos sujeitos a controle especial, conforme procedimento específico.
- Verificar equipamentos e sistemas utilizados para a rotina da Farmácia.
- Receber as informações da passagem de plantão.
- Registrar as intercorrências identificadas.

1.6 DISPENSAÇÃO

A dispensação deverá ocorrer mediante prescrição ou solicitação institucional autorizada, conforme o fluxo estabelecido pela unidade.

Antes da dispensação, deverá ser realizada a conferência dos dados necessários, incluindo, quando aplicável:

- identificação do paciente;
- medicamento;
- apresentação;
- concentração;
- dose;
- via de administração;
- frequência;
- quantidade;

- lote e validade, quando necessário para rastreabilidade.

Medicamentos de alta vigilância, controlados e outros medicamentos definidos pela instituição deverão seguir os procedimentos específicos estabelecidos em POP próprio.

1.7 CONTROLE DO ESTOQUE

A Farmácia deverá manter controle atualizado dos medicamentos e insumos disponíveis.

Deverão ser realizados:

- Controle de entrada;
- Controle de saída;
- Controle de validade;
- Controle de lote;
- Contagens periódicas;
- Inventários;
- Investigação de divergências;
- Controle de estoque mínimo e máximo, quando estabelecido;
- Registro de perdas e avarias.

Medicamentos vencidos, avariados, sem identificação ou sob suspeita de desvio de qualidade deverão ser imediatamente segregados e identificados, não podendo ser dispensados.

1.8 MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS

Os medicamentos que necessitam de controle de temperatura deverão permanecer armazenados em equipamento apropriado e monitorado.

A temperatura deverá ser registrada conforme rotina institucional.

Em caso de temperatura fora da faixa estabelecida pelo fabricante, o produto deverá ser identificado e segregado até avaliação do farmacêutico e definição da conduta.

1.9 MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL

Medicamentos sujeitos a controle especial deverão permanecer armazenados em local seguro, com acesso restrito e controle de movimentação conforme legislação vigente e procedimento institucional específico.

Eventuais divergências deverão ser comunicadas imediatamente ao farmacêutico responsável.

1.10 MEDICAMENTOS DE EMERGÊNCIA

A Farmácia deverá manter rotina de abastecimento, conferência e reposição dos medicamentos destinados ao atendimento de emergências.

Após utilização do carrinho ou kit de emergência, os medicamentos utilizados deverão ser repostos conforme o fluxo estabelecido.

Deverão ser verificadas regularmente:

- Quantidade;
- Identificação;
- Validade;
- Integridade das embalagens;
- Condições de armazenamento;
- Lacre, quando utilizado;
- Necessidade de reposição.

1.11 PASSAGEM DE PLANTÃO

Ao término do plantão, o profissional responsável deverá comunicar ao próximo plantonista todas as informações relevantes, incluindo:

- Medicamentos em falta;
- Pedidos pendentes;
- Medicamentos próximos do vencimento;
- Intercorrências;

- Divergências de estoque;
- Problemas relacionados à temperatura;
- Medicamentos segregados;
- Solicitações emergenciais;
- Pendências relacionadas aos setores assistenciais;
- Demais ocorrências relevantes.

A passagem deverá ser registrada conforme formulário institucional.

1.12 SITUAÇÕES DE CONTINGÊNCIA

Em situações que comprometam o funcionamento da Farmácia, como:

- Falta de energia;
- Falha do sistema informatizado;
- Indisponibilidade de medicamentos essenciais;
- Falha de equipamento de refrigeração;
- Interrupção do abastecimento;
- Problemas estruturais;
- Emergências ou aumento excepcional da demanda;

Deverá ser acionado o plano de contingência da farmácia.

1.13 NÃO CONFORMIDADES

Toda não conformidade identificada deverá ser comunicada ao farmacêutico responsável e registrada conforme os mecanismos institucionais.

São exemplos:

- Divergência de estoque;
- Medicamento vencido disponivel para dispensação;
- Medicamento sem identificação;
- Embalagem violada;
- Armazenamento inadequado;
- Temperatura fora da faixa estabelecida;

- Erro de dispensação;
- Falta de medicamento essencial;
- Divergência de medicamento controlado;
- Falha no registro de movimentação.

1.14 REGISTROS

Devem ser mantidos, conforme aplicabilidade:

- registro de temperatura;
- registro de umidade;
- controle de medicamentos controlados;
- inventário;
- contagem de estoque;
- registro de validade;
- formulário de passagem de plantão;
- registro de não conformidades;
- registro de devoluções;
- registro de perdas e avarias;
- registros de dispensação;
- registros relacionados ao carrinho de emergência;
- demais documentos definidos pela instituição.

1.15 INDICADORES SUGERIDOS

A Farmácia poderá acompanhar, conforme os objetivos institucionais:

- percentual de medicamentos vencidos;
- percentual de divergência de estoque;
- número de erros de dispensação;
- número de intervenções farmacêuticas;
- percentual de disponibilidade de medicamentos essenciais;
- número de ocorrências relacionadas à temperatura;
- número de perdas de medicamentos;
- número de solicitações emergenciais de medicamentos.

1.16 REFERÊNCIAS

- Legislação sanitária vigente aplicável aos serviços de saúde e ao armazenamento, controle e dispensação de medicamentos.
- Normas vigentes relacionadas à segurança do paciente.
- Normas vigentes relacionadas a medicamentos sujeitos a controle especial.
- Protocolos e políticas institucionais.
- Manual de Boas Práticas da instituição.

POP 02 – PASSAGEM DE PLANTÃO

2.1 OBJETIVO

Estabelecer critérios para a realização da passagem de plantão da Farmácia do Pronto Atendimento 24 Horas, garantindo a continuidade das atividades, a comunicação efetiva entre as equipes, a transmissão de informações relevantes e a segurança no processo de utilização e controle de medicamentos e insumos.

2.2 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais que atuam na Farmácia, incluindo farmacêuticos e auxiliares de farmácia, durante a troca de turnos e plantões.

2.3 RESPONSABILIDADES

2.3.1 Farmacêutico do plantão que encerra

Compete ao farmacêutico:

- Realizar a passagem de plantão de forma clara, objetiva e organizada.
- Informar as principais ocorrências do período.
- Comunicar pendências que necessitem de acompanhamento.
- Informar situações relacionadas ao estoque, medicamentos, prescrições e solicitações dos setores.
- Comunicar intercorrências relacionadas a medicamentos controlados.
- Informar alterações ou problemas relacionados à temperatura e armazenamento.
- Registrar as ocorrências relevantes.

- Garantir que as informações críticas sejam transmitidas diretamente ao profissional que assumirá o plantão.

2.3.2 Farmacêutico que assume o plantão

Compete ao farmacêutico:

- Receber as informações do plantão anterior.
- Conferir as informações consideradas críticas.
- Avaliar as pendências recebidas.
- Dar continuidade às ações necessárias.
- Registrar as providências adotadas.
- Comunicar ao responsável técnico situações que necessitem de intervenção.

2.3.3 Auxiliares de Farmácia

Compete aos auxiliares de farmácia:

- Informar ao farmacêutico as ocorrências identificadas durante o plantão.
- Comunicar divergências de estoque.
- Informar medicamentos em falta ou próximos do vencimento.
- Informar devoluções e pendências.
- Manter os registros atualizados.
- Participar da passagem de plantão quando solicitado.

2.4 DEFINIÇÕES

Passagem de plantão: processo de comunicação estruturada das informações relevantes ocorridas durante um período de trabalho para a equipe que assumirá o plantão seguinte.

Pendência: atividade, solicitação, ocorrência ou situação que não foi concluída durante o plantão e necessita de acompanhamento.

Intercorrência: situação inesperada que interfere ou pode interferir no funcionamento da Farmácia ou na assistência ao paciente.

Informação crítica: informação que, se não transmitida, poderá comprometer a continuidade do atendimento, o estoque, a segurança do paciente ou o controle dos medicamentos.

2.5 PERIODICIDADE

A passagem de plantão deverá ocorrer:

- Na troca de cada plantão;
- Sempre que houver substituição da equipe;
- Sempre que houver necessidade de transferência de responsabilidade durante o turno;
- Em situações excepcionais que exijam comunicação imediata entre os profissionais.

A passagem deverá ocorrer preferencialmente antes do encerramento do turno do profissional responsável, garantindo tempo suficiente para esclarecimento de dúvidas e conferência das informações.

2.6 PROCEDIMENTO

2.6.1 Preparação para a passagem de plantão

Antes de realizar a passagem, o profissional responsável deverá revisar as principais ocorrências do período.

Deverão ser verificadas, quando aplicável:

- Pendências do plantão;
- Medicamentos em falta;
- Solicitações emergenciais;
- Pedidos de medicamentos pendentes;
- Devoluções pendentes;
- Medicamentos próximos do vencimento;
- Medicamentos vencidos ou segregados;
- Produtos em quarentena;
- Divergências de estoque;
- Medicamentos sujeitos a controle especial;
- Medicamentos de alta vigilância;

- Carrinho e kits de emergência;
- Condições de armazenamento;
- Registros de temperatura;
- Ocorrências relacionadas a equipamentos;
- Intervenções farmacêuticas realizadas;
- Erros ou quase erros de dispensação;
- Eventos adversos ou suspeitas relacionadas a medicamentos;
- Solicitações ou demandas dos setores assistenciais;
- Outras situações que necessitem de acompanhamento.

2.6.2 Realização da passagem

A passagem deverá ser realizada preferencialmente entre o profissional que está encerrando o plantão e aquele que assumirá o próximo turno.

As informações deverão ser transmitidas de maneira:

- Clara;
- Objetiva;
- Completa;
- Organizada;
- Fidedigna;
- Sem omissão de informações relevantes.

Quando houver informação crítica, esta deverá ser comunicada verbalmente e registrada em livro Ata.

2.6.3 Informações obrigatórias

Deverão ser comunicadas, conforme aplicabilidade:

A. Estoque

- Medicamentos em falta;
- Estoque crítico;
- Divergências encontradas;

- Medicamentos aguardando reposição;
- Solicitações de compra;
- Pedidos emergenciais.

B. Validade e qualidade

- Medicamentos próximos do vencimento;
- Medicamentos vencidos segregados;
- Produtos avariados;
- Produtos em quarentena;
- Queixas técnicas;
- Recolhimentos/recalls.

C. Termolábeis

- Temperatura registrada;
- Ocorrências de temperatura fora da faixa;
- Conduta adotada;
- Medicamentos segregados por excursão de temperatura.

D. Medicamentos controlados

- Divergências;
- Pendências de registros;
- Movimentações que necessitem de conferência;
- Intercorrências relacionadas ao armazenamento ou dispensação.

E. Emergência

- Utilização de medicamentos do carrinho de emergência;
- Necessidade de reposição;
- Kits utilizados;
- Lacres rompidos;
- Pendências de conferência.

F. Assistência

- Intervenções farmacêuticas;
- Prescrições com pendências;
- Problemas relacionados a medicamentos;
- Solicitações específicas dos setores;
- Situações que possam interferir na continuidade do tratamento.

G. Sistemas e equipamentos

- Falhas no sistema informatizado;
- Problemas com computador, impressora ou leitor;
- Falhas de geladeira ou equipamentos de monitoramento;
- Necessidade de manutenção.

2.6.4 Registro da passagem de plantão

As informações relevantes deverão ser registradas no Formulário de Passagem de Plantão da Farmácia ou no sistema institucional utilizado para esse fim.

O registro deverá conter, no mínimo:

- Data;
- Horário;
- Plantão que encerra;
- Plantão que assume;
- Principais ocorrências;
- Pendências;
- Condutas realizadas;
- Condutas necessárias;
- Identificação dos profissionais responsáveis;
- Assinatura.

2.7 SITUAÇÕES QUE EXIGEM COMUNICAÇÃO IMEDIATA

As seguintes situações deverão ser comunicadas imediatamente ao farmacêutico responsável e, quando necessário, à gestão:

- Divergência de medicamento controlado;
- Falta de medicamento essencial;
- Erro de dispensação;
- Suspeita de erro de medicação;
- Medicamento potencialmente dispensado de forma incorreta;
- Evento adverso relacionado a medicamento;
- Falha de refrigeração;
- Temperatura inadequada com possível comprometimento de medicamentos;
- Suspeita de desvio de qualidade;
- Perda ou extravio de medicamentos;
- Interrupção do sistema que comprometa a dispensação;
- Utilização do estoque de emergência sem reposição;
- Qualquer situação que possa comprometer a segurança do paciente.

2.8 CONFERÊNCIA DO PLANTÃO

Quando necessário, o profissional que assume o plantão deverá realizar conferência das informações recebidas.

Para situações críticas, poderá ser realizada conferência conjunta entre o profissional que encerra e o profissional que assume.

Essa conferência deverá ser priorizada para:

- Medicamentos controlados;
- Medicamentos de alta vigilância;
- Medicamentos termolábeis;
- Carrinho de emergência;
- Kits de emergência;

- Medicamentos segregados;
- Divergências de estoque;
- Pendências críticas.

2.9 PENDÊNCIAS

Toda pendência deverá possuir uma definição clara quanto à continuidade da ação.

Quando possível, deverá ser identificado:

- O que precisa ser realizado;
- Quem deverá realizar;
- Prazo ou prioridade;
- Situação atual;
- Conduta já adotada.

Pendências não resolvidas deverão ser transferidas formalmente para o plantão seguinte até sua conclusão.

2.10 REGISTROS

Deverão ser mantidos, conforme aplicabilidade:

- Formulário de Passagem de Plantão;
- Registro de intercorrências;
- Registro de temperatura;
- Controle de medicamentos controlados;
- Controle de carrinho de emergência;
- Registros de devoluções;
- Registros de medicamentos segregados;
- Registros de não conformidades;
- Registros de intervenções farmacêuticas;
- Registros eletrônicos do sistema institucional.

2.11 ANEXO I – CHECKLIST DE PASSAGEM DE PLANTÃO

- Pendências do plantão verificadas
- Medicamentos em falta comunicados
- Pedidos emergenciais comunicados
- Medicamentos próximos do vencimento comunicados
- Medicamentos segregados comunicados
- Medicamentos em quarentena comunicados
- Temperatura dos equipamentos verificada
- Intercorrências de temperatura comunicadas
- Medicamentos controlados conferidos/comunicados
- Carrinho de emergência conferido
- Reposição de emergência verificada
- Devoluções pendentes comunicadas
- Divergências de estoque comunicadas
- Intervenções farmacêuticas comunicadas
- Problemas relacionados a medicamentos comunicados
- Falhas de sistema/equipamentos comunicadas
- Demais ocorrências registradas
- Pendências encaminhadas ao próximo plantão

CHECK LIST – PASSAGEM DE PLANTÃO FARMÁCIA

CÓDIGO: FAP-CHK-01	
VERSÃO: 01	
DATA: ___/___/_____	

DATA DA PASSAGEM: ___/___/_____ **PLANTÃO QUE PASSA:** **INÍCIO:** _____ **TÉRMINO:** _____	**PLANTÃO QUE RECEBE:** **INÍCIO:** _____ **TÉRMINO:** _____	**UNIDADE:** _____ **SETOR:** FARMÁCIA

FARMACÊUTICO (A) QUE PASSA: _____ **CRF:** _____	**FARMACÊUTICO (A) QUE RECEBE:** _____ **CRF:** _____

ORIENTAÇÃO: Conferir todos os itens abaixo. Marque (✓) conforme situação encontrada e registre observações quando necessário.

Nº	ITENS A SEREM VERIFICADOS	CONFORME (✓)	NÃO CONFORME (X)	OBSERVAÇÕES
1	Pendências do plantão verificadas	☐	☐	
2	Medicamentos em falta comunicados	☐	☐	
3	Pedidos emergenciais comunicados	☐	☐	
4	Medicamentos próximos do vencimento comunicados	☐	☐	
5	Medicamentos segregados comunicados	☐	☐	
6	Medicamentos em quarentena comunicados	☐	☐	
7	Temperatura dos equipamentos verificada	☐	☐	
8	Intercorrências de temperatura comunicadas	☐	☐	
9	Medicamentos controlados conferidos/comunicados	☐	☐	
10	Carrinho de emergência conferido	☐	☐	
11	Reposição de emergência verificada	☐	☐	
12	Devoluções pendentes comunicadas	☐	☐	
13	Divergências de estoque comunicadas	☐	☐	
14	Intervenções farmacêuticas comunicadas	☐	☐	
15	Problemas relacionados a medicamentos comunicados	☐	☐	
16	Falhas de sistema/equipamentos comunicadas	☐	☐	
17	Demais ocorrências registradas	☐	☐	
18	Pendências encaminhadas ao próximo plantão	☐	☐	
19	Pendências do plantão verificadas	☐	☐	
20	Medicamentos em falta comunicados	☐	☐	
21	Pedidos emergenciais comunicados	☐	☐	
22	Medicamentos próximos do vencimento comunicados	☐	☐	
23	Medicamentos segregados comunicados	☐	☐	
24	Medicamentos em quarentena comunicados	☐	☐	
25	Temperatura dos equipamentos verificada	☐	☐	
26	Intercorrências de temperatura comunicadas	☐	☐	
27	Medicamentos controlados conferidos/comunicados	☐	☐	
28	Carrinho de emergência conferido	☐	☐	
29	Reposição de emergência verificada	☐	☐	
30	Devoluções pendentes comunicadas	☐	☐	
31	Divergências de estoque comunicadas	☐	☐	
32	Intervenções farmacêuticas comunicadas	☐	☐	
33	Problemas relacionados a medicamentos comunicados	☐	☐	
34	Falhas de sistema/equipamentos comunicadas	☐	☐	
35	Demais ocorrências registradas	☐	☐	
36	Pendências encaminhadas ao próximo plantão	☐	☐	

OBSERVAÇÕES GERAIS / PENDÊNCIAS:

_____

_____

_____

ASSINATURA FARMACÊUTICO (A) QUE PASSA: _____ DATA/HORA: ___/___/_____ ___:___	**ASSINATURA FARMACÊUTICO (A) QUE RECEBE:** _____ DATA/HORA: ___/___/_____ ___:___

2.12 REFERÊNCIAS

Legislação sanitária vigente aplicável aos serviços de saúde.

Normas vigentes relacionadas à segurança do paciente.

Normas vigentes relacionadas à assistência farmacêutica e ao uso seguro de medicamentos.

POP 03 – ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DA FARMÁCIA

3.1 OBJETIVO

Estabelecer as principais atribuições e responsabilidades dos profissionais que atuam na Farmácia, garantindo a organização, segurança e continuidade das atividades durante o funcionamento do Pronto Atendimento 24 horas.

3.2 ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que atuam na Farmácia, incluindo farmacêuticos e auxiliares de farmácia.

3.3 RESPONSABILIDADES

3.3.1 Farmacêutico

Compete ao farmacêutico:

- Supervisionar as atividades da Farmácia;
- Avaliar prescrições e orientar a equipe quando necessário;
- Supervisionar a dispensação de medicamentos;
- Acompanhar o controle de estoque;
- Verificar medicamentos próximos do vencimento;
- Supervisionar medicamentos controlados;
- Acompanhar as condições de armazenamento;
- Verificar os registros de temperatura dos equipamentos;
- Avaliar medicamentos vencidos, danificados, segregados ou em quarentena;
- Comunicar faltas e situações de risco à gestão;

- Registrar e acompanhar intercorrências;
- Realizar e receber a passagem de plantão;
- Orientar e treinar a equipe;
- Garantir o cumprimento dos POPs e das normas aplicáveis à Farmácia.

3.3.2 Auxiliar de Farmácia

Compete ao auxiliar de farmácia:

- Separar e dispensar medicamentos conforme as solicitações autorizadas;
- Conferir medicamento, apresentação, quantidade, lote e validade;
- Manter os medicamentos organizados;
- Realizar a reposição dos medicamentos;
- Auxiliar no controle e contagem do estoque;
- Comunicar medicamentos em falta ou com estoque baixo;
- Identificar medicamentos próximos do vencimento;
- Comunicar medicamentos vencidos, danificados ou com alterações;
- Auxiliar no controle de temperatura dos equipamentos;
- Manter o ambiente limpo e organizado;
- Realizar os registros das atividades quando solicitado;
- Comunicar intercorrências ao farmacêutico;
- Participar da passagem de plantão;
- Cumprir as orientações do farmacêutico e os POPs vigentes.

3.4 RESPONSABILIDADES GERAIS DA EQUIPE

Todos os profissionais devem:

- Cumprir os POPs e normas da Farmácia;
- Manter o setor limpo, organizado e seguro;
- Zelar pelos medicamentos e materiais da unidade;
- Manter os medicamentos armazenados corretamente;
- Comunicar imediatamente qualquer irregularidade;
- Manter os registros atualizados;

- Trabalhar de forma integrada com a equipe assistencial;
- Respeitar suas atribuições e competências profissionais;
- Contribuir para a segurança do paciente.

3.5 TREINAMENTO

A equipe deverá receber treinamento sobre as rotinas da Farmácia, armazenamento, dispensação, controle de estoque, passagem de plantão, segurança dos medicamentos e demais procedimentos aplicáveis.

3.6 PASSAGEM DE PLANTÃO

Na troca de plantão, o profissional deverá informar:

- Pendências do plantão;
- Medicamentos em falta;
- Medicamentos com estoque baixo;
- Pedidos emergenciais;
- Medicamentos segregados ou em quarentena;
- Alterações de temperatura;
- Problemas com equipamentos;
- Divergências de estoque;
- Outras intercorrências relevantes.

A passagem de plantão deverá ser realizada de forma clara e registrada conforme o formulário definido pela unidade.

3.7 REGISTROS

Deverão ser mantidos, conforme aplicável:

- Controle de temperatura;
- Passagem de plantão;
- Controle de estoque;
- Controle de validade;
- Registros de medicamentos controlados;

- Registros de perdas e avarias;
- Registros de intercorrências e não conformidades.

3.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013.

POP 04 – AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

4.1 OBJETIVO

Estabelecer critérios e responsabilidades para o processo de aquisição mensal de medicamentos, materiais e demais insumos utilizados pela Farmácia do Pronto Atendimento 24 horas, garantindo disponibilidade, qualidade, segurança e continuidade do atendimento aos usuários.

4.2 ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos profissionais envolvidos no planejamento, levantamento, solicitação, aprovação, aquisição, recebimento e controle de medicamentos e insumos destinados à Farmácia do Pronto Atendimento.

4.3 RESPONSABILIDADES

Farmacêutico responsável:

- Realizar o levantamento mensal das necessidades da Farmácia.
- Avaliar o consumo e o estoque disponível.
- Identificar medicamentos e insumos com risco de desabastecimento.
- Elabora e encaminhar a solicitação de compra.

- Inserir a solicitação no sistema institucional de compras, preenchendo corretamente todas as informações obrigatórias.
- Anexar, quando aplicável, os documentos necessários, como cotações, justificativas técnicas e demais comprovações.
- Conferir as informações inseridas antes do envio.
- Encaminhar a solicitação pelo fluxo institucional para análise e aprovação dos responsáveis.
- Acompanhar o status da solicitação até sua aprovação e efetivação da compra.
- Acompanhar o processo de aquisição e entrega.
- Comunicar situações de urgência ou risco de desabastecimento à gestão.

Equipe da Farmácia:

- Manter os registros de estoque atualizados.
- Informar alterações no consumo e necessidades emergenciais.
- Realizar contagens e conferências de estoque quando solicitadas.
- Comunicar faltas, perdas, avarias ou divergências.

Setor de Compras/Suprimentos:

- Realizar cotações e negociação com fornecedores.
- Efetivar as compras após as aprovações necessárias.
- Acompanhar os prazos de entrega.
- Comunicar alterações, indisponibilidades ou atrasos.

Gestão/Diretoria:

- Avaliar e aprovar as solicitações de aquisição conforme o fluxo institucional e disponibilidade orçamentária.

4.4 PROCEDIMENTO

4.4.1 Planejamento da aquisição mensal

A aquisição deverá ser planejada mensalmente, considerando o histórico de consumo da unidade, o estoque atual, a demanda esperada e o prazo necessário para reposição.

O levantamento deverá ser realizado preferencialmente antes do início do novo ciclo de compras, permitindo tempo hábil para cotação, aprovação, pedido e entrega dos produtos.

4.4.2 Levantamento do estoque

O responsável pela Farmácia deverá verificar:

- Estoque físico atual;
- Estoque registrado no sistema ou controle interno;
- Consumo médio mensal;
- Consumo dos últimos meses;
- Medicamentos e insumos em falta;
- Itens com estoque abaixo do mínimo estabelecido;
- Itens próximos do vencimento;
- Pedidos pendentes de entrega;
- Necessidades específicas decorrentes da demanda assistencial.

4.4.3 Definição da quantidade a adquirir

A quantidade a ser solicitada deverá considerar, sempre que possível:

Necessidade de compra = consumo previsto + estoque de segurança – estoque disponível – pedidos pendentes

O cálculo deverá ser ajustado de acordo com a realidade do Pronto Atendimento, considerando sazonalidade, aumento da demanda, tempo de reposição do fornecedor e histórico de consumo.

Deverá ser mantido estoque de segurança, especialmente para medicamentos essenciais e itens de maior criticidade, evitando desabastecimento entre os ciclos mensais de aquisição.

4.4.4 Elaboração da solicitação de compra via sistema SIG

INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SAO LUCAS - SAO JOSE DO RIO CLARO PAI C.N.P.J.: 96.295.654/0015-64 Página: 1 de 1
Requisição de Insumos - Estimativa de Compra Data: 12/08/2026
Horário: 14:31:55
Unidade: 29 - PAM SÃO JOSÉ DO RIO CLARO **C.N.P.J.:** 96.295.654/0015-64
Local de Armazenamento: 1 - ALMOXARIFADO

Requisição de Insumos: 533 **Data:** 12/08/2026
Unidade de Destino: 13 - ISSSL - INSTITUTO SOCIAL DE SAUDE SÃO LUCAS - SEDE
Local Arm. de Destino: 1 - COMPRAS - MATRIZ - ISSSL

Insumo	Descrição	Quantidade	Un.	Compra Anterior		Valor Total cfe. Compra Anterior
				Entrada	Valor Unitário	
3862	CANULA DE GUEDEL Nº 05	3,00	UND			
5333	DRENO DE TORAX N.28	2,00	UND			
5803	TESTE RAPIDO - COVID	25,00	UND			
12204	VASELINA LIQUIDA 1L	2,00	UND			
14870	CETOPROFENO (PROFENID) 50MG/ML 2ML IM	50,00	AMP			
899796	ALCOOL 70% - 1L	12,00	FCO			
904620	FISIOLOGICO 0,9% 250 ML	70,00	BL			
904745	METRONIDAZOL 100ML IV	50,00	UNO			
907919	FRASCO DE DRENAGEM TORACICA 2000ML	2,00	UNO			
9063263	CANULA DE GUEDEL 4	3,00	UNO			
9064496	COBERTOR MANTA TÉRMICA ALUMINIZADO 2,10m X 1,40m	6,00	UNO			
17191123	CANULA TUBO TRAQUEOSTOMIA PVC COM BALAO N 3	3,00	UNO			
17191124	CANULA TUBO TRAQUEOSTOMIA PVC COM BALAO N 6	3,00	UNO			
17191125	CANULA TUBO TRAQUEOSTOMIA PVC COM BALAO N 7	3,00	UNO			
17191126	BOLSA PARA COLOSTOMIA DESCARTAVEL 30MM	3,00	UND			
Total						**0,00**

Observações: APARELHO UNIDADE PAM

Após a conferência pelo farmacêutico, a solicitação deverá ser encaminhada ao setor responsável pelo processo de compras, conforme fluxo institucional.

4.4.6 Acompanhamento do pedido

Após a emissão do pedido, a Farmácia deverá acompanhar os itens solicitados, principalmente aqueles considerados críticos.

Quando houver atraso, indisponibilidade ou previsão de entrega incompatível com o estoque disponível, o farmacêutico deverá comunicar imediatamente a gestão e o setor responsável pelas compras para avaliação de alternativas.

4.4.7 Recebimento

No recebimento dos medicamentos e insumos, deverá ser realizada conferência de:

- Condições de transporte;
- Documento fiscal;
- Ordem de compra
- Nome do produto;
- Apresentação;
- Quantidade;
- Lote;
- Data de validade;
- Integridade das embalagens;

Produtos com divergências, avarias, suspeita de alteração ou condições inadequadas deverão ser segregados e identificados, seguindo o fluxo institucional para devolução ou avaliação.

4.4.8 Armazenamento

Após a conferência e aceitação, os medicamentos e insumos deverão ser armazenados de acordo com as recomendações do fabricante, legislação sanitária vigente e procedimentos internos da unidade.

A organização deverá seguir, sempre que aplicável, o princípio "Primeiro que vence, primeiro que sai.", priorizando a utilização dos produtos com menor prazo de validade.

4.5 AQUISIÇÕES EMERGENCIAIS

A aquisição emergencial deverá ser utilizada somente quando houver risco de desabastecimento ou necessidade assistencial que não possa aguardar o ciclo mensal de compras.

Deverão ser considerados como situações de atenção:

- Estoque crítico;
- Consumo acima do previsto;
- Aumento inesperado da demanda;
- Atraso de fornecedor;
- Necessidade assistencial excepcional.

Toda aquisição emergencial deverá ser registrada e comunicada aos responsáveis, possibilitando a avaliação da causa e a prevenção de novas ocorrências.

4.6 MONITORAMENTO

O farmacêutico deverá acompanhar mensalmente:

- Itens em falta;
- Número de aquisições emergenciais;
- Itens com estoque crítico;
- Consumo médio;
- Perdas por vencimento;
- Divergências entre estoque físico e sistema;
- Pedidos atrasados;
- Tempo médio de reposição;

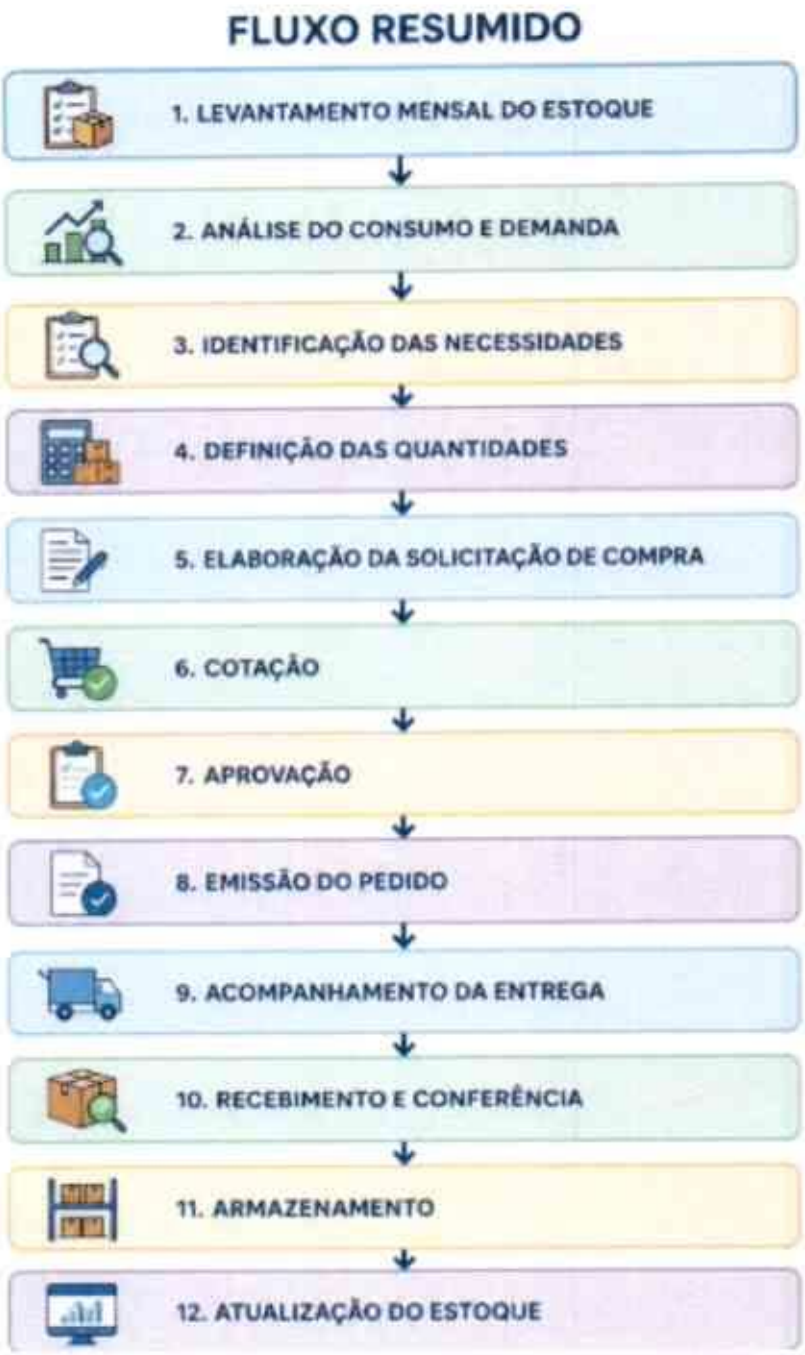
Essas informações deverão ser utilizadas para aprimorar o planejamento das próximas aquisições.

4.7 REGISTROS

Deverão ser mantidos, conforme fluxo institucional:

- Solicitação mensal de compras;
- Planilha ou relatório de estoque;
- Histórico de consumo;
- Pedidos de compra;
- Ordem de compra
- Documentos fiscais;
- Registros de recebimento;
- Registros de devolução;
- Registros de aquisições emergenciais.

4.8 FLUXO RESUMIDO



4.9 DISPOSIÇÕES FINAIS

A aquisição mensal deverá ser planejada de forma preventiva, buscando garantir a disponibilidade dos medicamentos e insumos necessários ao funcionamento do Pronto Atendimento 24 horas.

O processo deverá priorizar a segurança do paciente, a continuidade da assistência, o uso racional dos recursos e a prevenção de perdas e desabastecimentos.

4.10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boas Práticas de Armazenamento, Distribuição e Transporte de Medicamentos.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, quando aplicável às atividades desenvolvidas.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007, quando aplicável.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Normas e regulamentações relacionadas às atividades do farmacêutico e aos serviços de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Formulário Terapêutico Nacional e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), conforme edição vigente.

POP 05 – PLANO DE CONTINGÊNCIA DA FARMÁCIA

5.1 OBJETIVO

Estabelecer ações e responsabilidades para garantir a continuidade e a segurança dos serviços da Farmácia em situações que possam comprometer o abastecimento, armazenamento, conservação, controle e dispensação de medicamentos e insumos no Pronto Atendimento 24 horas.

O plano tem como finalidade reduzir riscos assistenciais, evitar interrupções no atendimento e assegurar que os medicamentos e insumos necessários estejam disponíveis em condições adequadas de uso.

5.2 ABRANGÊNCIA

Este Plano de Contingência aplica-se à Farmácia do Pronto Atendimento 24 horas e aos profissionais envolvidos nos processos de:

- Recebimento;
- Armazenamento;
- Controle de estoque;
- Dispensação;
- Controle de validade;
- Controle de temperatura;
- Fracionamento, quando aplicável;
- Atendimento às demandas emergenciais;
- Controle de medicamentos sujeitos a controle especial;
- Comunicação com setores assistenciais;
- Aquisição e reposição de medicamentos e insumos.

5.3 SITUAÇÕES DE CONTINGÊNCIA

São consideradas situações de contingência, entre outras:

- Falta ou risco de desabastecimento de medicamentos;
- Atraso na entrega de pedidos;
- Indisponibilidade de fornecedor;
- Aumento inesperado do consumo;
- Falha ou indisponibilidade do sistema informatizado;
- Falta de energia elétrica;
- Falha em equipamentos de refrigeração;
- Desvio ou alteração de temperatura;
- Interdição ou impossibilidade de acesso à Farmácia;
- Falta de profissional para cobertura do plantão;
- Indisponibilidade de medicamentos essenciais ou de emergência;
- Identificação de medicamentos vencidos, avariados ou com suspeita de desvio de qualidade;

5.4 AÇÕES DE CONTINGÊNCIA

5.4.1 Falta ou risco de desabastecimento

Ao identificar risco de falta de medicamento ou insumo:

- Verificar o estoque físico e o estoque registrado no sistema;
- Confirmar o consumo médio e a previsão de necessidade;
- Identificar a quantidade disponível e o tempo estimado de cobertura;
- Comunicar imediatamente ao farmacêutico responsável;
- Avaliar a existência de estoque em outros setores ou unidades, quando aplicável;
- Solicitar reposição emergencial quando necessária;
- Comunicar a gestão e os setores assistenciais envolvidos;
- Priorizar medicamentos essenciais e de emergência;
- Registrar a ocorrência e as medidas adotadas.

Importante: medicamentos críticos para atendimento de urgência e emergência devem possuir acompanhamento de estoque e reposição prioritária.

5.4.2 Atraso na entrega de medicamentos e insumos

Quando houver atraso de fornecedor:

- Confirmar a situação do pedido;
- Solicitar previsão atualizada de entrega;
- Avaliar o estoque disponível;
- Calcular o período de cobertura;
- Comunicar o responsável pela aquisição;
- Avaliar fornecedor alternativo, quando autorizado;
- Solicitar transferência entre unidades, quando disponível;
- Comunicar os setores assistenciais caso haja risco de desabastecimento;
- Registrar todas as providências adotadas.

5.4.3 Aumento inesperado da demanda

Em situações de aumento expressivo da demanda:

- Realizar levantamento imediato do estoque;

- Identificar medicamentos de maior consumo;
- Acompanhar o consumo em intervalos menores;
- Reforçar os pedidos de reposição;
- Avaliar estoque de segurança;
- Priorizar medicamentos destinados às situações de urgência e emergência;
- Comunicar a gestão sobre o risco de desabastecimento;
- Reavaliar a necessidade de aquisição emergencial.

5.5 FALHA DO SISTEMA INFORMATIZADO

Em caso de indisponibilidade do sistema:

- Comunicar o responsável pelo sistema/TI;
- Registrar o horário de início da indisponibilidade;
- Utilizar os formulários ou registros manuais institucionais;
- Realizar a dispensação mediante prescrição válida e conferência adequada;
- Registrar as movimentações realizadas durante a indisponibilidade;
- Após o restabelecimento do sistema, lançar as movimentações realizadas manualmente;
- Conferir os registros para evitar duplicidade ou divergência de estoque.

Nenhuma movimentação deve deixar de ser registrada em razão da indisponibilidade temporária do sistema.

5.6 FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Em caso de interrupção do fornecimento de energia:

- Verificar o funcionamento do gerador, quando disponível;
- Manter portas de geladeiras e equipamentos refrigerados fechadas;
- Registrar o horário de início da interrupção;
- Monitorar e registrar a temperatura dos equipamentos;
- Avaliar o tempo de exposição dos medicamentos à temperatura inadequada;
- Comunicar imediatamente o farmacêutico responsável;
- Transferir medicamentos termolábeis para equipamento adequado, caso necessário;

- Segregar medicamentos que tenham sofrido exposição inadequada até avaliação do farmacêutico;
- Registrar a ocorrência e as medidas adotadas.

5.7 DESVIO DE TEMPERATURA

- A temperatura do ambiente destinado ao armazenamento de medicamentos deverá ser monitorada e mantida, preferencialmente, entre 15 °C e 30 °C, salvo especificação diferente do fabricante.
- Para medicamentos que necessitam de refrigeração, a temperatura deverá ser mantida entre 2 °C e 8 °C. Identificar o equipamento afetado;
- Registrar a temperatura encontrada;
- Verificar o período estimado de exposição;
- Comunicar o farmacêutico responsável;
- Manter os medicamentos segregados quando houver suspeita de comprometimento;
- Identificar lote, medicamento, quantidade e validade;
- Avaliar a estabilidade conforme informações técnicas disponíveis;
- Acionar o fornecedor/fabricante quando necessário;
- Registrar a decisão quanto à utilização, devolução ou descarte;
- Registrar a ocorrência e as ações corretivas.

Medicamentos sob suspeita de comprometimento não devem ser dispensados até avaliação e liberação pelo responsável técnico.

5.8 FALHA OU QUEBRA DE REFRIGERADOR

Em caso de falha do equipamento:

- Não abrir o equipamento desnecessariamente;
- Verificar e registrar a temperatura;
- Comunicar imediatamente a manutenção;
- Acionar equipamento reserva, se disponível;
- Transferir os medicamentos termolábeis para equipamento adequado;
- Registrar horário e condições da transferência;

- Identificar os produtos expostos;
- Avaliar a possibilidade de utilização ou descarte;
- Registrar a ocorrência.

5.9 FALTA DE PROFISSIONAL

Em caso de ausência inesperada de profissional:

- Comunicar imediatamente a coordenação;
- Verificar possibilidade de cobertura por profissional habilitado;
- Reorganizar a escala conforme disponibilidade institucional;
- Priorizar atividades essenciais;
- Não permitir que atividades privativas do farmacêutico sejam realizadas por profissional não habilitado;
- Registrar a ocorrência e a solução adotada.

5.10 MEDICAMENTO ESSENCIAL EM FALTA

Quando houver falta de medicamento essencial para atendimento de urgência e emergência:

- Confirmar a indisponibilidade;
- Verificar estoque de segurança;
- Consultar estoque de outras unidades, quando aplicável;
- Solicitar transferência emergencial;
- Acionar aquisição emergencial, quando necessária;
- Comunicar a equipe médica e a gestão;
- Avaliar alternativas terapêuticas pelo profissional habilitado;
- Registrar a ocorrência e as providências adotadas.

A substituição terapêutica deve ocorrer somente mediante avaliação e decisão do profissional responsável, conforme protocolos institucionais.

5.11 RECOLHIMENTO OU INTERDIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Ao receber comunicado de recolhimento, interdição ou suspeita de desvio de qualidade:

- Identificar imediatamente o produto;

- Suspender a dispensação;
- Localizar os lotes envolvidos;
- Segregar e identificar os produtos;
- Registrar a quantidade encontrada;
- Comunicar o farmacêutico responsável e a gestão;
- Providenciar devolução ou descarte conforme orientação;
- Registrar todas as etapas realizadas.

5.12 MEDICAMENTOS VENCIDOS, AVARIADOS OU SUSPEITOS

Medicamentos vencidos, avariados, contaminados ou com suspeita de alteração devem:

- Ser imediatamente retirados do estoque disponível;
- Ser identificados;
- Ser segregados em local apropriado;
- Permanecer em situação de quarentena até definição;
- Ter sua movimentação registrada;
- Ser destinados conforme procedimento institucional e legislação aplicável.

5.13 COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES DE CONTINGÊNCIA

A comunicação deverá seguir o fluxo institucional:

Farmácia → Farmacêutico Responsável → Coordenação/Gestão → Setor de Compras/Logística → Direção, conforme a natureza da ocorrência.

Quando houver impacto direto na assistência, os setores assistenciais envolvidos deverão ser comunicados imediatamente.

5.14 REGISTRO DAS OCORRÊNCIAS

Toda situação de contingência deverá ser registrada contendo, quando aplicável:

- Data e horário;
- Descrição da ocorrência;
- Medicamento ou insumo envolvido;

- Lote e validade;
- Quantidade;
- Setor envolvido;
- Profissional que identificou a ocorrência;
- Ações realizadas;
- Responsável pela decisão;
- Resultado da ação;
- Necessidade de ação corretiva/preventiva.
-

5.15 RESPONSABILIDADES

Farmacêutico Responsável

- Coordenar as ações de contingência da Farmácia;
- Avaliar riscos relacionados aos medicamentos;
- Definir medidas técnicas;
- Orientar a equipe;
- Comunicar a gestão;
- Avaliar medicamentos submetidos a desvios de temperatura ou outras ocorrências;
- Garantir os registros necessários.

Equipe da Farmácia

- Identificar e comunicar imediatamente situações de risco;
- Cumprir as orientações estabelecidas;
- Realizar registros corretamente;
- Manter os medicamentos organizados e identificados;
- Auxiliar na execução das medidas de contingência.

Gestão/Coordenação

- Apoiar a tomada de decisão;
- Acionar setores responsáveis;
- Providenciar recursos necessários;

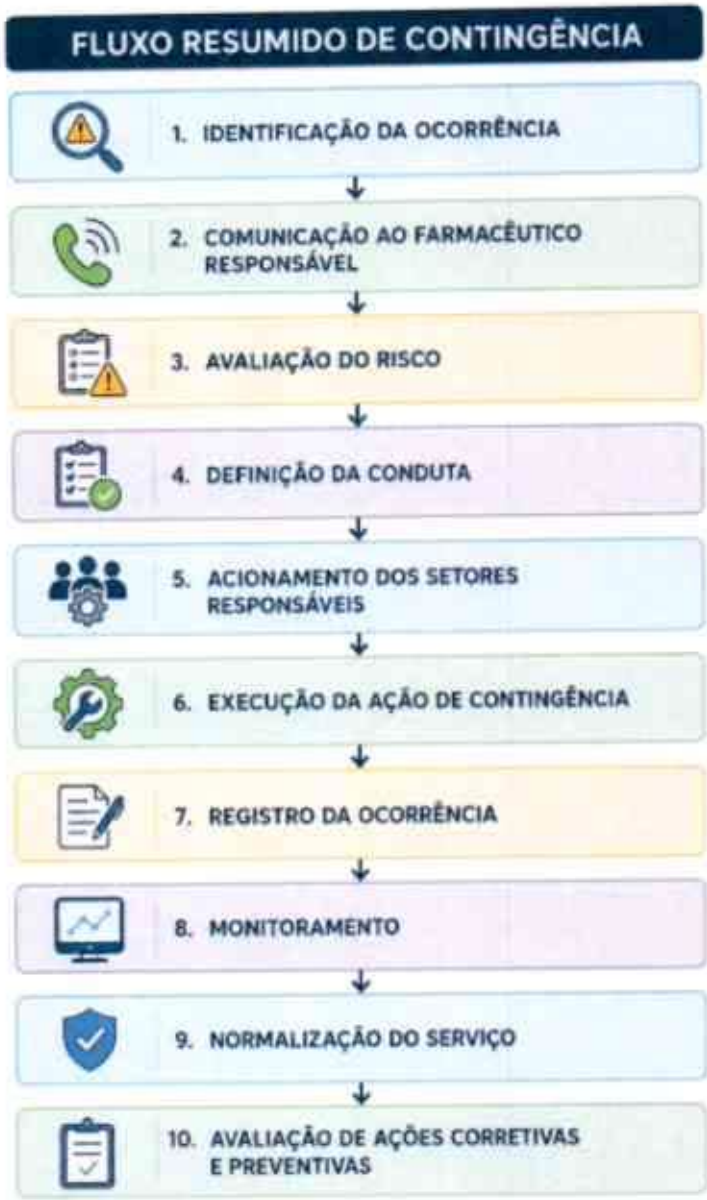
- Apoiar aquisição e logística emergencial;
- Garantir condições para continuidade do serviço.

5.16 ENCERRAMENTO DA CONTINGÊNCIA

Após o restabelecimento da situação normal:

- Conferir os estoques;
- Conferir os registros manuais e informatizados;
- Avaliar medicamentos que ficaram segregados;
- Verificar equipamentos;
- Registrar o encerramento da ocorrência;
- Identificar causas e falhas;
- Elaborar ações corretivas e preventivas, quando necessárias.

5.17 FLUXO RESUMIDO DE CONTINGÊNCIA



5.18 DISPOSIÇÕES FINAIS

Este Plano de Contingência deverá permanecer disponível para consulta da equipe da Farmácia e ser revisado sempre que houver alteração nos processos, estrutura, legislação, sistemas, equipamentos ou identificação de novos riscos.

Todos os profissionais envolvidos deverão conhecer suas responsabilidades e estar aptos a executar as medidas previstas neste plano.

5.18.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Principal fundamento: RDC nº 36/2013 – Segurança do Paciente

A RDC nº 63/2011 é especialmente útil para justificar essa estrutura, pois determina que o serviço de saúde disponha de pessoal qualificado, equipamentos, materiais, suporte logístico e procedimentos/instruções aprovados, além de desenvolver ações de gerenciamento de riscos.

A referência principal é a RDC nº 44/2009 da Anvisa, especialmente:

Art. 85 – determina que o estabelecimento deve elaborar Manual de Boas Práticas Farmacêuticas, específico para o estabelecimento e de acordo com as atividades realizadas.

POP 06 – DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

6.1 OBJETIVO

Estabelecer critérios e procedimentos para a dispensação de medicamentos em dose individualizada e coletiva, garantindo segurança, rastreabilidade, controle dos estoques e uso racional dos medicamentos aos pacientes atendidos no Pronto Atendimento.

6.2 DEFINIÇÕES

Dose individualizada: medicamento separado e identificado para um paciente específico, conforme prescrição, contendo informações necessárias para sua correta administração.

Dispensação coletiva: fornecimento de medicamentos em quantidade destinada ao atendimento de uma unidade, setor ou demanda assistencial, conforme solicitação previamente estabelecida e autorizada.

6.3 RESPONSABILIDADES

6.3.1 Farmacêutico

- Avaliar as prescrições e solicitações de medicamentos;

- Verificar dose, via, frequência, apresentação e possíveis inconsistências;
- Orientar a equipe quanto ao uso e armazenamento dos medicamentos;
- Supervisionar a dispensação;
- Intervir diante de divergências ou situações que possam comprometer a segurança do paciente;
- Garantir o cumprimento das normas institucionais.

6.3.2 Auxiliar de Farmácia

- Separar os medicamentos conforme prescrição ou solicitação autorizada;
- Conferir medicamento, apresentação, quantidade, lote e validade;
- Realizar a entrega conforme fluxo estabelecido;
- Registrar as movimentações necessárias;
- Comunicar imediatamente qualquer divergência ao farmacêutico.

6.3.3 Equipe de Enfermagem

- Encaminhar prescrições e solicitações de medicamentos conforme fluxo institucional;
- Conferir os medicamentos recebidos;
- Manter os medicamentos adequadamente armazenados no setor;
- Comunicar divergências, perdas, avarias ou necessidades de reposição.

6.4 PROCEDIMENTO

6.4.1 Recebimento da prescrição ou solicitação

A farmácia deverá receber:

- Prescrição médica válida e legível para dispensação individualizada; ou
- Solicitação de medicamentos do setor assistencial, conforme modelo institucional, para dispensação coletiva.

A solicitação deverá conter, quando aplicável, identificação do setor, medicamento, apresentação, quantidade, data, horário e identificação do profissional solicitante.

6.4.2 Conferência

Antes da separação, deverá ser realizada a conferência de:

- Nome do medicamento;
- Apresentação e concentração;
- Dose prescrita;
- Via de administração;
- Quantidade;
- Frequência/horário, quando aplicável;
- Identificação do paciente, na dispensação individualizada;
- Validade e integridade da embalagem;
- Lote, quando necessário para rastreabilidade.

Qualquer divergência deverá ser encaminhada ao farmacêutico para avaliação antes da dispensação.

6.4.3 Separação dos medicamentos

Os medicamentos deverão ser separados em local limpo e organizado, evitando misturas entre pacientes ou setores.

Na dispensação individualizada, os medicamentos deverão ser identificados, no mínimo, com:

- Nome do paciente;
- Medicamento;
- Concentração/apresentação;
- Dose, quando aplicável;
- Quantidade;

Na dispensação coletiva, os medicamentos deverão ser separados conforme a solicitação autorizada e identificados com o respectivo setor de destino.

6.4.4 Conferência final

Antes da entrega, deverá ser realizada a dupla conferência, quando prevista no protocolo institucional, verificando:

Paciente/setor → medicamento → concentração → apresentação → quantidade → validade → integridade → identificação.

Em caso de divergência, o medicamento não deverá ser encaminhado até que a situação seja corrigida.

6.4.5 Entrega

Após a conferência, os medicamentos serão encaminhados ao paciente ou setor solicitante, conforme o fluxo definido pela instituição.

A entrega deverá permitir a rastreabilidade da movimentação, especialmente para medicamentos sujeitos a controle especial, medicamentos de alto risco e outros medicamentos definidos pela instituição.

6.5 DISPENSAÇÃO INDIVIDUALIZADA

A dispensação individualizada deverá ocorrer mediante prescrição válida e deverá garantir que o medicamento destinado a um paciente não seja utilizado por outro.

Os medicamentos deverão permanecer identificados durante todo o processo até a entrega à equipe responsável pela administração.

Quando houver alteração, suspensão ou substituição da prescrição, os medicamentos que não serão utilizados deverão retornar à farmácia conforme o fluxo institucional para avaliação e possível reintegração ao estoque, quando aplicável.

6.6 DISPENSAÇÃO COLETIVA

A dispensação coletiva deverá ser realizada mediante solicitação formal do setor assistencial e dentro das quantidades estabelecidas pela instituição.

A farmácia deverá:

- Receber a solicitação;
- Conferir os medicamentos e quantidades solicitadas;
- Avaliar a disponibilidade no estoque;
- Separar os medicamentos;
- Conferir lote e validade;
- Registrar a saída;
- Entregar ao setor solicitante;
- Manter os registros para rastreabilidade.

A dispensação coletiva não deverá ser utilizada para substituir a avaliação farmacêutica das prescrições quando esta for necessária.

6.7 DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos devolvidos deverão ser avaliados quanto a:

- Identificação;
- Integridade da embalagem;
- Condições de armazenamento;
- Lote;
- Validade;
- Possibilidade de reintegração ao estoque.

Medicamentos sem condições adequadas de reutilização deverão ser segregados e destinados conforme o procedimento institucional de produtos impróprios para uso.

6.8 MEDICAMENTOS DE ALTO RISCO E CONTROLADOS

Medicamentos de alto risco e sujeitos a controle especial deverão seguir os procedimentos específicos da instituição e a legislação vigente, incluindo controles adicionais de armazenamento, dispensação, registro e rastreabilidade quando aplicáveis.

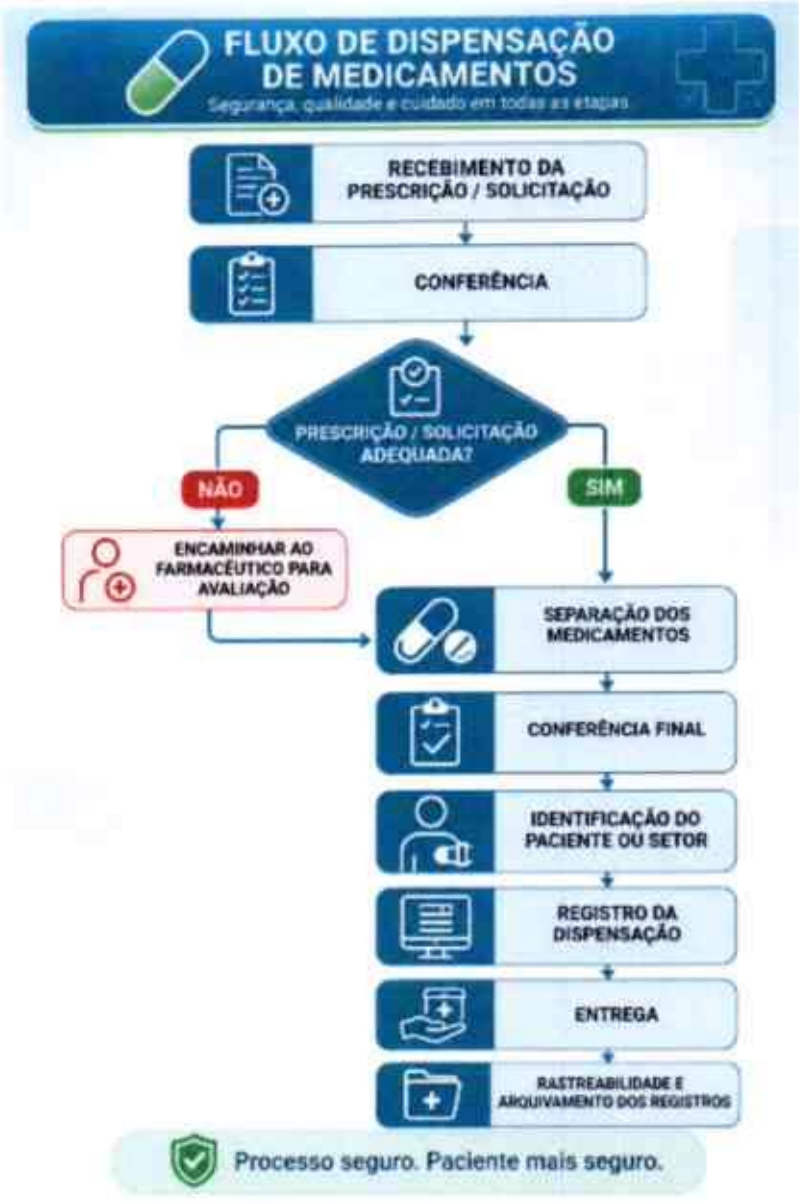
6.9 REGISTROS

Deverão ser mantidos, conforme aplicabilidade:

- Prescrições;

- Requisições/solicitações de medicamentos;
- Registros de dispensação;
- Registros de devolução;
- Registros de medicamentos sujeitos a controle especial;
- Registros de não conformidades;
- Registros de movimentação de estoque

10. FLUXOGRAMA



6.10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 – Boas Práticas Farmacêuticas.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 – Boas Práticas de Manipulação em Farmácias, quando aplicável.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 – Ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 – Programa Nacional de Segurança do Paciente.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, quando aplicável.

POP 07 – LAVAGEM DAS MÃOS

Nenhum conteúdo foi fornecido para este procedimento no arquivo original (apenas o título "POP 07 – LAVAGEM DAS MÃOS" consta no documento-fonte).

POP 08 – CONTROLE DE TERMOLÁBEIS

8.1 OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos para recebimento, armazenamento, conservação, monitoramento da temperatura, transporte interno e manejo de medicamentos termolábeis, garantindo a manutenção das condições adequadas de conservação e a segurança e qualidade dos medicamentos.

8.2 ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais envolvidos no recebimento, armazenamento, controle, dispensação e transporte interno de medicamentos termolábeis na farmácia.

8.3 DEFINIÇÃO

Medicamentos termolábeis: medicamentos que necessitam de condições específicas de temperatura para manter sua estabilidade, eficácia, qualidade e segurança.

As condições de armazenamento devem seguir a faixa de temperatura indicada pelo fabricante e registrada na embalagem/bula do medicamento.

8.4 RESPONSABILIDADES

8.4.1 Farmacêutico

- Supervisionar o armazenamento e a conservação dos medicamentos termolábeis.
- Avaliar e registrar ocorrências relacionadas à temperatura.
- Avaliar medicamentos expostos a temperaturas inadequadas.
- Determinar a segregação e identificação de produtos sob suspeita de alteração.
- Orientar a equipe quanto aos procedimentos deste POP.

8.4.2 Equipe da Farmácia

- Realizar o armazenamento correto dos medicamentos.
- Monitorar e registrar as temperaturas conforme rotina estabelecida.
- Comunicar imediatamente qualquer alteração de temperatura.
- Manter a organização e limpeza do equipamento.
- Não armazenar medicamentos sem identificação ou fora das condições estabelecidas.

8.5 PROCEDIMENTO

8.5.1 Recebimento

No recebimento dos medicamentos termolábeis:

- Conferir a integridade das embalagens.
- Verificar nome, apresentação, lote e validade.
- Verificar as condições de transporte e conservação.
- Priorizar o recebimento e armazenamento dos medicamentos termolábeis.
- Sempre que aplicável, verificar a temperatura no momento do recebimento.

- Registrar qualquer não conformidade.
- Encaminhar imediatamente os produtos para o equipamento de armazenamento adequado.

Não deixar medicamentos termolábeis fora de refrigeração além do tempo necessário para conferência e organização.

8.5.2 Armazenamento

- Temperatura recomendada: geralmente +2 °C a +8 °C, conforme especificação do fabricante.
- Utilizar refrigerador exclusivo para medicamentos, preferencialmente com controle e registro contínuo da temperatura.
- Não armazenar medicamentos na porta do refrigerador, pois há maior variação de temperatura.
- Não encostar os medicamentos diretamente nas paredes ou no fundo do equipamento.
- Manter espaço suficiente entre as caixas para permitir a circulação do ar frio.
- Os medicamentos devem permanecer nas embalagens originais, protegidos da luz quando indicado.
- Organizar os produtos de forma a facilitar primeiro que vence, primeiro que sai.
- Identificar e separar medicamentos vencidos, avariados, suspeitos ou submetidos a temperatura inadequada.
- Registrar a temperatura no mínimo no início e no final de cada turno, ou conforme o sistema de monitoramento adotado.
- Manter disponível um plano de contingência para falta de energia, falha do refrigerador ou temperatura fora da faixa.
- Evitar abrir o refrigerador desnecessariamente.
- Não utilizar o equipamento para armazenar alimentos, bebidas ou outros materiais estranhos à farmácia.
- Em caso de temperatura fora de +2 °C a +8 °C
- Identificar o horário e a temperatura registrada.
- Não descartar os medicamentos imediatamente.
- Segregar/identificar os produtos afetados, quando necessário.
- Comunicar o farmacêutico responsável.

- Avaliar o tempo de exposição e as condições ocorridas.
- Consultar o fabricante quanto à estabilidade do medicamento após excursão de temperatura.
- Registrar a ocorrência e a conduta adotada.
- Se necessário, manter o produto em quarentena até a avaliação.
- Importante: a faixa de +2 °C a +8 °C é a usual para medicamentos refrigerados, mas deve sempre ser confirmada na bula, embalagem ou ficha técnica do fabricante, pois alguns produtos possuem condições específicas de conservação.

8.5.3 Controle e registro da temperatura

A temperatura deverá ser monitorada conforme a rotina estabelecida pela instituição e registrada em formulário próprio.

O equipamento de monitoramento deve estar em condições adequadas de uso e, quando aplicável, possuir calibração ou comprovação metrológica vigente.

Registrar:

- Data;
- Horário;
- Temperatura observada;
- Identificação do equipamento;
- Nome/rubrica do responsável;
- Ocorrências e providências adotadas.

8.5.4 Dispensação

Antes da dispensação:

- Verificar integridade da embalagem;
- Conferir lote e validade;
- Confirmar se o medicamento permaneceu nas condições adequadas de conservação;
- Manter o menor tempo possível fora das condições recomendadas;
- Orientar o usuário quanto à conservação, quando necessário.

8.6 LIMPEZA DO EQUIPAMENTO

A limpeza deverá ser realizada conforme rotina institucional e orientação do fabricante.

Durante a limpeza:

- Retirar ou proteger adequadamente os medicamentos;
- Utilizar produto de limpeza autorizado pela instituição;
- Evitar contato dos medicamentos com água ou produtos químicos;
- Após a limpeza, garantir que o equipamento esteja adequado para receber os medicamentos;
- Registrar a realização da limpeza conforme formulário/checklist institucional.

8.7 QUARENTENA

Devem ser colocados em quarentena, devidamente identificados e separados dos medicamentos liberados:

- Medicamentos expostos a temperatura inadequada;
- Produtos com suspeita de alteração;
- Embalagens danificadas;
- Medicamentos sem identificação adequada;
- Produtos com dúvidas quanto à conservação;
- Medicamentos cuja estabilidade esteja sob avaliação.

A liberação deverá ocorrer somente após avaliação e decisão do farmacêutico responsável.

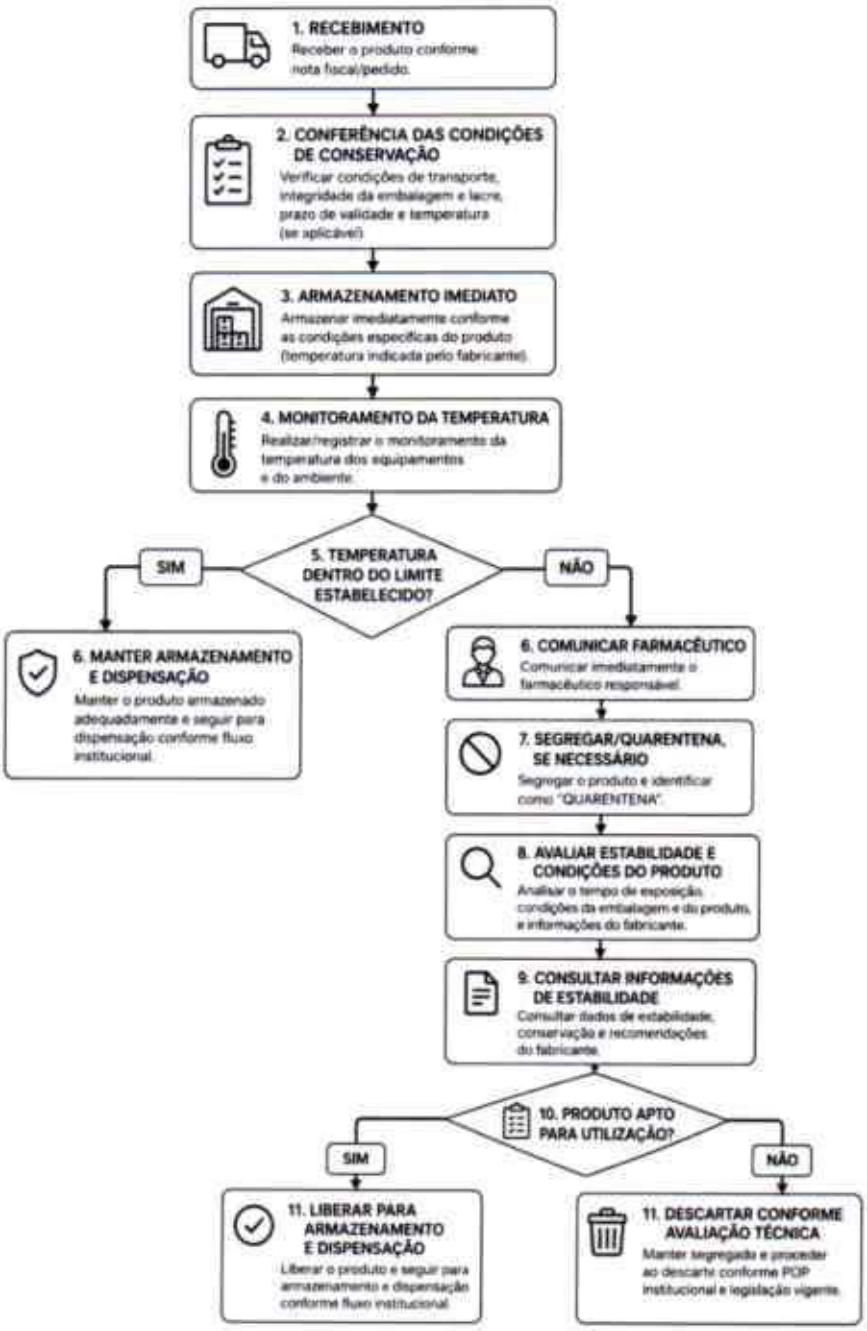
8.8 REGISTROS

Devem ser mantidos os registros relacionados a:

- Controle diário de temperatura;
- Ocorrências de temperatura;
- Falta de energia;
- Falha de equipamento;
- Transferência de medicamentos;
- Limpeza do equipamento;
- Manutenção;
- Calibração/verificação do equipamento de monitoramento;

- Medicamentos mantidos em quarentena;
- Avaliação e liberação ou descarte de produtos afetados.

8.9 FLUXO RESUMIDO



8.10 NÃO CONFORMIDADES

Toda ocorrência que possa comprometer a qualidade dos medicamentos deverá ser registrada e comunicada ao farmacêutico responsável.

8.11 ANEXOS

Anexo I – Formulário de Controle de Temperatura



REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE TEMPERATURA

UNIDADE: _____ MÊS/ANO: _____ CÓDIGO: FOR-QUAL-024

SETOR: _____ RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____ VERSÃO: 01 DATA: __/__/____

DATA	HORA	LOCAL/EQUIPAMENTO (Ex: Geladeira, Freezer, Câmara)	TEMPERATURA REGISTRADA (°C)	FAIXA DE REFERÊNCIA (°C)	TIPO DE OCORRÊNCIA (Marcar com X)				CAUSA PROVÁVEL	AÇÃO INDICADA REALIZADA	RESPONSÁVEL PELA AÇÃO	DATA/HORA DA NORMALIZAÇÃO	RESPONSÁVEL PELO REGISTRO	OBSERVAÇÕES
					Abaixo	Acima	Oscilação	Falta de energia						
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				2 a 8°C										
				0°C ou mais frio										
				0°C ou mais frio										
				0°C ou mais frio										

TIPO DE OCORRÊNCIA:
- **Abaixo:** Temperatura abaixo da faixa de referência
- **Acima:** Temperatura acima da faixa de referência
- **Oscilação:** Variação de temperatura fora do padrão
- **Falta de energia:** Interrupção no fornecimento de energia elétrica

ORIENTAÇÕES:
- Realizar o monitoramento e registro da temperatura conforme POP do setor.
- Registrar imediatamente qualquer ocorrência fora da faixa de referência.
- Adotar as ações corretivas conforme planejamento e comunicar à liderança.
- Manter os registros arquivados por no mínimo 5 anos ou conforme exigência legal.

FAIXAS DE REFERÊNCIA:
- Refrigerar: 2°C a 8°C
- Freezer: -18°C ou mais frio
- **Câmaras Refrigeradas:** 2°C a 8°C
- Câmaras de Congelados: -18°C ou mais frio

Anexo II – Registro de Ocorrência de Temperatura



FICHA DE CONTROLE DE TEMPERATURA

REGISTRO DE CONTROLE DIÁRIO DA TEMPERATURA GELADEIRA

UNIDADE:

MARÇO DE 2026

DIA	HORA	TEMPERATURA/UMIDADE - MANHÃ						RUBRICA	HORA	TEMPERATURA/UMIDADE - TARDE						RUBRICA	HORA	TEMPERATURA/UMIDADE - NOITE						RUBRICA
		ATUAL	U (%)	MÁX	U (%)	MIN	U (%)			ATUAL	U (%)	MÁX	U (%)	MIN	U (%)			ATUAL	U (%)	MÁX	U (%)	MIN	U (%)	
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								

Página 1

FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL: _____

8.12 REFERÊNCIAS

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 – Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e documentos técnicos relacionados à Assistência Farmacêutica e armazenamento de medicamentos.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº 67/2007, quando aplicável às atividades desenvolvidas pelo estabelecimento.
- Fabricante do medicamento: bula, rotulagem e especificações de conservação de cada produto.

POP 09 – FARMACOVIGILÂNCIA PRONTO ATENDIMENTO

INTRODUÇÃO

A farmacovigilância constitui um componente essencial da segurança do paciente e da qualidade da assistência à saúde, sendo compreendida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) como a ciência e o conjunto de atividades destinadas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos e de outros problemas relacionados ao uso de medicamentos. Seu propósito é contribuir para que os benefícios dos medicamentos superem seus riscos, por meio do monitoramento contínuo de sua utilização na prática clínica.

No ambiente do Pronto Atendimento, a farmacovigilância assume especial importância em razão da característica dinâmica do serviço, no qual são realizadas avaliações e intervenções terapêuticas em situações de urgência e emergência, frequentemente envolvendo medicamentos de diferentes classes, medicamentos de alta vigilância, antimicrobianos, medicamentos sujeitos a controle especial, medicamentos administrados por diferentes vias e pacientes com condições clínicas diversas.

Nesse contexto, eventos adversos, reações adversas, erros de medicação, interações medicamentosas, ausência ou redução do efeito terapêutico, intoxicações, problemas relacionados à qualidade dos medicamentos e outras situações podem ocorrer em diferentes etapas do processo de utilização do medicamento, desde a prescrição até a administração e o monitoramento do paciente.

A farmacovigilância deve, portanto, ser compreendida como um processo contínuo e integrado, que não se limita à identificação de uma reação adversa após a administração de um medicamento. Ela envolve a participação de toda a equipe multiprofissional na identificação de situações de risco, comunicação das ocorrências, registro adequado das informações, análise dos casos, rastreabilidade dos medicamentos envolvidos, implementação de medidas preventivas e acompanhamento dos resultados.

A segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos também integra as ações de segurança do paciente previstas no âmbito da RDC nº 36/2013, que estabelece ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. A norma inclui a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos entre as estratégias que devem compor a gestão de riscos dos serviços de saúde.

Dessa forma, a farmacovigilância deve estar articulada com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a Farmácia, a equipe médica, a Enfermagem, a Qualidade e as demais áreas envolvidas no cuidado. Um mesmo evento pode possuir diferentes dimensões e demandar mais de um fluxo institucional. Por exemplo, um erro de medicação pode precisar ser registrado como incidente para fins de segurança do paciente e, quando houver suspeita de dano relacionado ao medicamento, também ser avaliado sob a perspectiva da farmacovigilância.

A Anvisa disponibiliza o VigiMed como sistema para registro de suspeitas de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas. O sistema permite o recebimento de informações provenientes de profissionais e serviços de saúde e contribui para a identificação e avaliação de sinais de segurança relacionados aos medicamentos utilizados na população.

OBJETIVO

Estabelecer critérios, responsabilidades e fluxo institucional para identificação, registro, avaliação, investigação, acompanhamento, comunicação e notificação de suspeitas de eventos adversos e outros problemas relacionados a medicamentos no Pronto Atendimento, promovendo uso seguro e racional de medicamentos, rastreabilidade das ocorrências e prevenção da recorrência.

O procedimento contempla a articulação entre Farmácia, equipe médica, enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Qualidade e demais áreas envolvidas, incluindo a utilização do sistema VigiMed da Anvisa quando aplicável.

ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que participem da prescrição, validação, dispensação, armazenamento, preparo, administração, monitoramento ou acompanhamento de medicamentos no Pronto Atendimento, bem como aos profissionais que identificarem suspeitas de eventos adversos, erros de medicação, inefetividade, interações ou queixas técnicas.

9.1 FUNDAMENTOS DA FARMACOVIGILÂNCIA

Segundo a Anvisa, farmacovigilância é o conjunto de atividades relacionadas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou problemas associados ao uso de medicamentos. Inclui, entre outros, reações adversas, problemas de qualidade, ineficácia terapêutica, erros de medicação, uso não aprovado, abuso, intoxicações e interações medicamentosas.

A existência de uma suspeita não significa que a relação causal esteja comprovada. O serviço deve registrar o que foi observado, preservar as informações disponíveis e encaminhar a suspeita para avaliação conforme este POP.

9.2 DEFINIÇÕES

Evento adverso (EA): Qualquer ocorrência médica indesejável temporalmente associada ao uso de um medicamento, sem necessidade de comprovação de causalidade.

Reação adversa a medicamento (RAM): Resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, associada ao uso de medicamento.

Erro de medicação: Falha evitável que pode levar ao uso inadequado do medicamento ou causar dano ao paciente.

Inefetividade/ausência de efeito: Situação em que há suspeita de que o medicamento não produziu o efeito esperado, devendo ser avaliada a possibilidade de causas relacionadas ao medicamento, paciente ou processo.

Interação medicamentosa: Alteração do efeito de um medicamento decorrente da presença de outro medicamento, alimento, condição clínica ou outra substância.

Queixa técnica: Suspeita de desvio de qualidade ou irregularidade do produto, como alteração de aspecto, embalagem, rotulagem, integridade ou suspeita de falsificação.

Farmacovigilância: Ciência e atividades destinadas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de problemas relacionados a medicamentos.

VigiMed: Sistema disponibilizado pela Anvisa para notificação de suspeitas de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas.

9.3 RESPONSABILIDADES

Farmacêutico Responsável Técnico/Farmacêutico do serviço: Coordenar o processo de farmacovigilância; receber e avaliar notificações; analisar a farmacoterapia dentro de sua competência; orientar a equipe; acompanhar ocorrências; propor medidas preventivas; manter registros; apoiar ou realizar notificações no VigiMed quando aplicável; acompanhar indicadores e participar das discussões de segurança do paciente.

Equipe médica: Avaliar e tratar o paciente; registrar informações clínicas; esclarecer suspeitas relacionadas ao medicamento; comunicar alterações de conduta, suspensão ou substituição; contribuir para investigação e acompanhamento.

Enfermagem: Identificar sinais e sintomas; prestar assistência imediata; conferir e registrar medicamento, dose, via, horário, lote quando disponível e demais dados pertinentes; comunicar suspeitas e preencher registros institucionais.

Equipe da Farmácia: Apoiar identificação, rastreabilidade e registro dos medicamentos; conferir lote, validade, armazenamento e dispensação; comunicar suspeitas de eventos, erros e queixas técnicas ao farmacêutico.

NSP/Qualidade: Receber ou integrar informações de incidentes relacionados à assistência; apoiar análise de risco, investigação, indicadores e planos de melhoria; realizar as notificações de incidentes/eventos adversos no sistema aplicável ao escopo da segurança do paciente.

Gestão do Pronto Atendimento: Garantir recursos, capacitação, acesso aos sistemas e cumprimento do POP; apoiar a implementação de barreiras e ações corretivas.

9.4 QUANDO NOTIFICAR

Devem ser considerados para notificação interna, conforme avaliação do caso:

- Suspeitas de reações adversas, inclusive graves, inesperadas ou clinicamente relevantes.
- Erros de prescrição, transcrição, dispensação, preparo, administração ou monitoramento, com ou sem danos.
- Suspeita de ausência ou redução do efeito terapêutico.
- Interações medicamentosas suspeitas.
- Intoxicações ou sobredoses relacionadas a medicamentos.
- Uso não aprovado/off-label quando associado a suspeita de evento adverso.
- Problemas de qualidade ou suspeita de falsificação.
- Eventos relacionados a medicamentos de alta vigilância.
- Eventos envolvendo medicamentos sujeitos a controle especial, quando houver suspeita de dano ou irregularidade.
- Eventos que possam indicar falha de processo ou necessidade de implantação de barreira de segurança.

9.5 FLUXO OPERACIONAL



9.6 CONDUTA DIANTE DE UM EVENTO OU SUSPEITA

- Priorizar a avaliação e estabilização do paciente.
- Comunicar imediatamente o médico e a equipe responsável.
- Registrar objetivamente o ocorrido no prontuário, sem conclusões precipitadas sobre causalidade.
- Não descartar, substituir ou alterar desnecessariamente o produto suspeito antes de preservar as informações necessárias à investigação, salvo quando a medida for necessária para proteger o paciente.

- Identificar o medicamento envolvido, fabricante, apresentação, lote, validade, dose, via, horário, origem e quantidade disponível, quando possível.
- Registrar medicamentos concomitantes, alergias conhecidas, condições clínicas relevantes e demais informações necessárias.
- Preencher a notificação institucional.
- Encaminhar ao farmacêutico para avaliação e definição do fluxo subsequente.

9.7 DADOS MÍNIMOS PARA NOTIFICAÇÕES INTERNAS

- Identificação do paciente ou código institucional, observando sigilo e LGPD.
- Data de nascimento ou idade, sexo e informações clínicas relevantes.
- Descrição objetiva do evento e data/hora de início.
- Medicamento suspeito: nome, princípio ativo, concentração, forma farmacêutica, dose, via, frequência e indicação.
- Data de início e término do uso, quando conhecida.
- Fabricante, lote e validade, quando disponíveis.
- Medicamentos concomitantes e condições clínicas relevantes.
- Conduta adotada e evolução/desfecho.
- Nome/setor do notificante e data da notificação.
- Documentos de apoio, quando aplicáveis.

9.8 VIGMED PROCEDIMENTO INSTITUCIONAL

- O VigiMed é o sistema da Anvisa destinado ao registro de suspeitas de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas. Em 2026, a Anvisa publicou Manual específico para profissionais dos serviços de saúde, com orientações para padronizar e qualificar as notificações. O serviço deve manter acesso, usuários autorizados e fluxo interno definidos.
- Manter cadastro institucional e usuários autorizados no VigiMed, conforme orientação vigente da Anvisa.
- Receber a notificação interna e realizar triagem antes do envio, sem exigir comprovação de causalidade para registrar uma suspeita.
- Utilizar informações objetivas e completas disponíveis no momento da notificação.

- Registrar o medicamento suspeito e, quando possível, lote, fabricante, dose, via, datas de uso e descrição do evento.
- Registrar a gravidade e o desfecho conforme os campos disponíveis no sistema.
- Anexar ou preservar documentos e informações complementares quando pertinentes e permitidos.
- Atualizar a notificação quando novas informações relevantes surgirem, conforme funcionamento do sistema e orientação vigente.
- Manter evidência institucional da notificação realizada, incluindo identificador/número do caso quando disponibilizado.
- Restringir acesso às informações aos profissionais autorizados e preservar o sigilo dos dados do paciente.
- A Anvisa informa que o VigiMed permite notificar eventos adversos como reações adversas, ausência/redução do efeito, erros de medicação, interações e uso diferente do indicado. Queixas técnicas de produtos seguem o canal/sistema indicado pela Anvisa para essa finalidade.

9.9 VIGMED X SEGURANÇA DO PACIENTE – NÃO CONFUNDIR FLUXO

Um mesmo caso pode exigir mais de um encaminhamento. A farmacovigilância acompanha o problema relacionado ao medicamento; o NSP acompanha o incidente/evento adverso relacionado à assistência à saúde conforme o escopo regulatório e institucional.

Situação	Fluxo principal	Ação
Suspeita de reação adversa a medicamento	Farmacovigilância / VigiMed	Avaliar, registrar e notificar quando aplicável.
Erro de medicação	Farmacovigilância + NSP/Qualidade, conforme o caso	Registrar o erro, avaliar dano, investigar processo e realizar notificações pertinentes.
Queixa técnica	Farmácia / Vigilância Sanitária / canal Anvisa aplicável	Segregar produto quando indicado, preservar evidências e encaminhar conforme norma.

Situação	Fluxo principal	Ação
Evento adverso decorrente da assistência	**NSP**	Seguir fluxo de incidentes e eventos adversos do serviço e sistema sanitário aplicável.

13. CLASSIFICAÇÃO E PRIORIDADE

- A prioridade institucional deve considerar gravidade, risco de recorrência, vulnerabilidade do paciente e necessidade de intervenção imediata.
- Grave/crítico: ameaça à vida, internação/prolongamento, incapacidade significativa, malformação ou óbito – comunicação imediata à equipe e priorização da investigação/notificação.
- Moderado: necessidade de intervenção ou monitoramento adicional sem critérios de gravidade maior.
- Leve: sintomas ou consequências sem necessidade de intervenção relevante.
- Near miss/erro interceptado: erro detectado antes de atingir o paciente – registrar para aprendizagem e prevenção.
- Óbito ou evento grave relacionado à assistência: acionar imediatamente o NSP e seguir os prazos regulatórios aplicáveis ao sistema de segurança do paciente.

Os itens 2 a 13 desta lista não constam no documento de origem (a numeração salta diretamente do item 1 para o item 14) — trata-se de uma lacuna do arquivo-fonte, não de uma omissão desta diagramação.

14. RASTREABILIDADE DO MEDICAMENTO

- Manter registros de entrada, lote, validade, fabricante e movimentação conforme sistema institucional.
- Relacionar, quando possível, o medicamento administrado ao paciente e ao lote correspondente.
- Preservar a embalagem ou amostra do produto suspeito quando necessário para investigação e quando não houver risco ao paciente.

- Segregar produtos suspeitos conforme avaliação do farmacêutico e procedimento de quarentena/controle de qualidade.
- Registrar devolução, descarte ou liberação do produto e a justificativa.
- Em medicamentos de alta vigilância, reforçar dupla checagem e demais barreiras definidas no protocolo institucional.

15. MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

- Para medicamentos e substâncias sujeitos a controle especial, devem ser observados a Portaria SVS/MS nº 344/1998, suas atualizações e os procedimentos institucionais de controle, escrituração, guarda e rastreabilidade. A Anvisa mantém as listas e atualizações em seu portal.
- Conferir o enquadramento do medicamento na lista vigente.
- Manter armazenamento e acesso conforme legislação e POP institucional.
- Registrar movimentações e perdas/desvios conforme o procedimento específico.
- Em suspeita de erro, desvio, perda, furto, troca ou evento adverso, comunicar imediatamente o farmacêutico responsável e seguir os fluxos institucionais e sanitários aplicáveis.

16. ANTIMICROBIANOS

- A prescrição, dispensação e controle de antimicrobianos devem observar a RDC nº 471/2021 e a lista vigente da Anvisa, além dos protocolos institucionais de gerenciamento de antimicrobianos. Suspeitas de reações adversas, erros e inefetividade devem ser avaliadas no fluxo de farmacovigilância.

17. FARMACOVIGILÂNCIA E ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO

- A Resolução CFF nº 730/2022 regulamenta o exercício profissional nas farmácias das unidades de saúde e contempla funções clínicas, administrativas, consultivas, de pesquisa e educativas. A Resolução CFF nº 585/2013 estabelece atribuições clínicas como análise da farmacoterapia, identificação e intervenção em problemas relacionados a medicamentos. O processo de farmacovigilância deve, portanto, estar integrado à prática profissional, ao cuidado e à segurança do paciente.

- Analisar prescrições dentro de sua competência e identificar potenciais problemas relacionados a medicamentos.
- Participar da prevenção, identificação e intervenção em incidentes relacionados à farmacoterapia.
- Participar de discussões clínicas e comunicação multiprofissional.
- Registrar intervenções farmacêuticas.
- Contribuir para indicadores de qualidade e segurança.
- Promover educação permanente sobre uso seguro de medicamentos.
- Atuar conforme Código de Ética e normas sanitárias e institucionais.

18. PRIVACIDADE, SIGILO E PROTEÇÃO DE DADOS

- Utilizar apenas os dados necessários para a finalidade de farmacovigilância.
- Evitar exposição de dados pessoais em grupos de mensagens, planilhas abertas ou documentos sem controle de acesso.
- Manter registros em local seguro e com acesso restrito.
- Não compartilhar dados clínicos fora das finalidades assistenciais, sanitárias, regulatórias ou legais.
- Seguir a política institucional de proteção de dados e as regras aplicáveis de sigilo profissional.

19. EDUCAÇÃO PERMANENTE

- O serviço deverá realizar capacitação inicial e periódica, contemplando:
- Conceitos de farmacovigilância.
- Identificação de eventos adversos e erros de medicação.
- Fluxo de notificação interna.
- Uso do VigiMed.
- Rastreabilidade de medicamentos.
- Medicamentos de alta vigilância.
- Antimicrobianos.
- Medicamentos sujeitos a controle especial.
- Comunicação segura e cultura não punitiva.
- Análise de causas e barreiras de segurança.

20. INDICADORES

- Quantidade de notificações de eventos adversos relacionados a medicamentos.
- Quantidade de erros de medicação por etapa do processo.
- Quantidade de near miss/erros interceptados.
- Quantidade de queixas técnicas.
- Percentual de notificações com investigação concluída.
- Percentual de notificações encaminhadas ao VigiMed quando aplicável.
- Tempo médio entre identificação e registro da ocorrência.
- Tempo médio entre registro e avaliação farmacêutica.
- Quantidade de intervenções farmacêuticas.
- Principais medicamentos envolvidos nas ocorrências.
- Principais tipos de eventos e causas contribuintes.
- Planos de ação concluídos no prazo.

21. DOCUMENTOS E REGISTROS RELACIONADOS

- Formulário institucional de Notificação de Evento Adverso/Problema Relacionado a Medicamento.
- Formulário de erro de medicação/incidente.
- Prontuário do paciente.
- Registro de administração de medicamentos.
- Registro de dispensação.
- Registro de lote e validade.
- Comprovante/identificador de notificação no VigiMed.
- Relatórios e indicadores de farmacovigilância.
- Plano de ação e evidências de melhoria.
- POP de medicamentos de alta vigilância.
- POP de antimicrobianos.
- POP de medicamentos sujeitos a controle especial.

22. FLUXO DE COMUNICAÇÃO

- Profissional identifica → comunica equipe responsável → paciente é avaliado e cuidado → registra no prontuário → notifica internamente → farmacêutico realiza triagem → farmacêutico/NSP avalia o fluxo aplicável → investigação e rastreabilidade → notificação externa quando aplicável → medidas preventivas → acompanhamento → encerramento.

23. NÃO CONFORMIDADES E AÇÕES CORRETIVAS

- Quando identificada falha de processo, o farmacêutico e/ou NSP/Qualidade deverá avaliar a necessidade de ação corretiva ou preventiva, considerando análise de causa, barreiras existentes, impacto potencial, reincidência e oportunidade de melhoria. As ações devem possuir responsável, prazo e evidência de conclusão.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

- A notificação deve ser incentivada como ferramenta de aprendizagem e prevenção, evitando abordagem punitiva quando se tratar de erro não intencional.
- A suspeita de evento deve ser registrada mesmo quando não houver certeza de causalidade.
- Condutas clínicas permanecem sob responsabilidade dos profissionais legalmente habilitados.
- Este POP não substitui protocolos clínicos, legislação sanitária, instruções do fabricante ou orientações atualizadas da Anvisa.
- Em caso de alteração normativa, o responsável pelo documento deverá avaliar a necessidade de revisão imediata.
- Todos os profissionais devem conhecer e cumprir este procedimento após treinamento.

25. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANVISA. Farmacovigilância – conceitos, legislação e sistemas de notificação.
- ANVISA. Manual de Instruções para Notificação no Sistema VigiMed para Serviços de Saúde. Manual F-ANVISA-034, versão 00, 12/05/2026.
- ANVISA. RDC nº 406, de 22 de julho de 2020.
- ANVISA. IN nº 63, de 22 de julho de 2020.
- ANVISA. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.

- ANVISA. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.
- ANVISA. RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010, e alterações.
- ANVISA. RDC nº 471, de 23 de fevereiro de 2021.
- BRASIL. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e atualizações.
- CFF. Resolução nº 730, de 28 de julho de 2022.
- CFF. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013.
- CFF. Resolução nº 724, de 29 de abril de 2022.
- Lei Federal nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.
- Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973

POP 10 – DISPENSAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

10.1 OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos para recebimento, análise, dispensação, registro e acompanhamento das prescrições de antimicrobianos no Pronto Atendimento, garantindo o uso seguro e racional desses medicamentos e o cumprimento da legislação sanitária vigente. Resolução RDC nº 471, de 23 de fevereiro de 2021, e suas alterações. Dispõe sobre os critérios para prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos sujeitos a prescrição e retenção da receita.

10.2 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se aos profissionais que atuam na Farmácia do Pronto Atendimento envolvidos no armazenamento, controle, dispensação e registro de antimicrobianos.

10.3 RESPONSABILIDADES

10.3.1 Farmacêutico

- Avaliar a prescrição quanto à identificação do paciente, medicamento, dose, via, frequência e duração do tratamento.
- Verificar possíveis duplicidades, incompatibilidades ou inconsistências identificáveis durante a dispensação.
- Orientar a equipe quando houver dúvidas relacionadas à prescrição.
- Realizar e/ou supervisionar os registros exigidos.

- Comunicar ao prescritor eventuais irregularidades ou dúvidas que possam comprometer a segurança do paciente.

10.3.2 Auxiliar de Farmácia

- Separar os medicamentos conforme prescrição validada.
- Conferir medicamento, concentração, apresentação, quantidade e validade.
- Encaminhar ao farmacêutico as situações que necessitem de avaliação.
- Realizar os registros sob supervisão do farmacêutico.

10.3.3 Prescritor

- Emitir prescrição legível, completa e compatível com a condição clínica do paciente.
- Informar dose, via, frequência e duração do tratamento.
- Corrigir eventuais inconsistências identificadas pela Farmácia.

10.4 PROCEDIMENTO

10.4.1 Recebimento da prescrição

Ao receber a prescrição de antimicrobiano, o profissional da Farmácia deverá verificar:

- Identificação do paciente;
- Data da prescrição;
- Identificação do prescritor;
- Nome do antimicrobiano;
- Concentração;
- Forma farmacêutica;
- Dose;
- Via de administração;
- Duração do tratamento;
- Quantidade prescrita;
- Legibilidade e ausência de rasuras que comprometam a interpretação.

10.4.2 Avaliação farmacêutica

O farmacêutico deverá avaliar a prescrição antes da dispensação, observando:

- Adequação dos dados da prescrição;
- Compatibilidade entre dose, frequência e quantidade;
- Duplicidade terapêutica aparente;
- Possíveis interações ou contraindicações identificáveis;
- Necessidade de esclarecimento junto ao prescritor.

Em caso de dúvida ou inconsistência, a dispensação deverá ser interrompida até que a situação seja esclarecida, sempre que isso for necessário para garantir a segurança do paciente.

10.4.3 Separação do medicamento

Após a validação da prescrição:

- Localizar o antimicrobiano no estoque;
- Conferir nome, concentração e apresentação;
- Conferir lote e validade;
- Verificar integridade da embalagem;
- Separar a quantidade prescrita;
- Realizar conferência final antes da entrega/administração.

10.4.4 Dispensação

A dispensação deverá ocorrer de acordo com o fluxo definido pelo Pronto Atendimento.

Antes da entrega, realizar a conferência dos 9 certos, conforme rotina institucional:

- Paciente certo;
- Medicamento certo;
- Dose certa;
- Via certa;
- Horário/frequência certa;
- Registro certo;
- Ação certa;
- Forma/apresentação certa;
- Resposta/monitoramento, quando aplicável.

No caso de medicamentos destinados à administração no próprio serviço, o antimicrobiano deverá ser encaminhado conforme o fluxo interno estabelecido entre Farmácia e Enfermagem.

10.5 CONTROLE E REGISTRO

Os antimicrobianos deverão possuir controle de movimentação conforme legislação vigente e procedimentos institucionais.

Deverão ser mantidos os registros relacionados a:

- Entrada dos antimicrobianos;
- Ficha de dispensação de antimicrobiano assinada e carimbada pelo prescritor
- Saídas/dispensações;
- Devoluções, quando houver;
- Perdas ou avarias;
- Vencimentos;
- Inutilizações e descartes;
- Inventários e conferências;
- Eventuais divergências identificadas.

Os registros deverão permitir a rastreabilidade do medicamento, quando aplicável.

10.6 DEVOLUÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Quando houver devolução de antimicrobiano à Farmácia:

- Conferir paciente e medicamento;
- Conferir lote e validade;
- Avaliar integridade da embalagem;
- Verificar as condições de armazenamento durante o período em que permaneceu fora da Farmácia;
- Registrar a devolução com justificativa;
- Retornar ao estoque somente quando estiver comprovada a manutenção das condições adequadas de armazenamento e conforme procedimento institucional.

Medicamentos cuja integridade ou condições de armazenamento não possam ser asseguradas deverão ser segregados e identificados, aguardando avaliação.

10.7 CONTROLE DE ESTOQUE

A Farmácia deverá realizar acompanhamento periódico dos antimicrobianos, observando:

- Estoque disponível;
- Consumo;
- Validade;
- Lotes;
- Necessidade de reposição;
- Medicamentos próximos ao vencimento;
- Divergências entre estoque físico e sistema.

As divergências deverão ser investigadas e registradas conforme procedimento institucional.

10.8 INDICADORES SUGERIDOS

A Farmácia poderá acompanhar:

- Número de prescrições de antimicrobianos dispensadas;
- Consumo mensal de antimicrobianos;
- Devoluções de antimicrobianos;
- Ocorrências relacionadas à dispensação.

10.9 NÃO CONFORMIDADES

Qualquer ocorrência relacionada à dispensação, armazenamento, registro ou utilização de antimicrobianos que possa comprometer a segurança deverá ser comunicada ao farmacêutico responsável e registrada conforme o procedimento de Ações Corretivas e Preventivas da instituição.

10.10 REGISTROS RELACIONADOS

- Registro de dispensação de antimicrobianos;
- Controle de estoque;
- Registro de devolução;
- Registro de perdas e avarias;
- Registro de ocorrência/não conformidade;

FORMULÁRIO - DISPENSAÇÃO DE ANTIMICROBIANO Nº 7935641

Paciente: JOAO VICENTE PELENTIER DE OLIVEIRA MARTINS				
Nº prontuário: 31634	Unidade de internação/leito: HMSAA - INTERNAÇÃO/L-07			
Cirurgia:	Tratamento prévio ( )Sim ( )Não ( )Profilático			
Local da infecção:	Antimicrobiano já em uso:			
Medico Solicitante: MARIA GISELE TORREMOCHA CARREIRA				CRM:13891
Antimicrobiano	Via de adm.	Dose (FRS/CP)	Intervalo	Duração (nº de dias)
CEFTRIAXONA (ROCEFIN) 1G	ENDOVENOSA	1.0	12/12	
Microorganismo identificado? ( )Sim ( )Não. Qual?				
Tratamento baseado em cultura: ( )Sim ( )Não ( )Em andamento				Ass./Carimbo médico:
Indicação e justificativa:				

SCIRAS		FARMÁCIA
Acompanhamento SCIRAS: ( )Sim ( )Não	Ass. SCIRAS	Recebido por:
Observação:		Observação:
Data:		Data recebimento:

Revisão	Data	Realizado por	Revisado por	Aprovado por

ANEXO I

10.11 REFERÊNCIAS

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. RDC nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, quando aplicável às atividades e características do estabelecimento.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos e diretrizes relacionados ao uso racional de antimicrobianos.

POP 11 – AÇÕES PREVENTIVAS, CORRETIVAS E TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES DA FARMÁCIA

11.1 INTRODUÇÃO

O gerenciamento preventivo e corretivo da Farmácia tem como finalidade assegurar que os processos relacionados aos medicamentos sejam executados de forma segura, padronizada,

rastreável e contínua. A atuação contempla prevenção de riscos, identificação de falhas, tratamento de não conformidades, resposta a intercorrências, investigação de causas e acompanhamento da eficácia das ações.

Este POP organiza os processos de prevenção, contingência, correção e melhoria contínua da Farmácia, permitindo que ocorrências como falhas de armazenamento, desvios de temperatura, erros de dispensação, divergências de estoque, indisponibilidade de sistema, problemas com medicamentos e outras não conformidades sejam identificadas, registradas, tratadas e acompanhadas de forma documentada.

11.2 OBJETIVO

Estabelecer critérios para identificação de riscos e não conformidades, adoção de ações preventivas e corretivas, acionamento de planos de contingência, investigação das causas, definição de responsáveis e prazos, verificação da eficácia e encerramento documentado das ocorrências relacionadas aos processos da Farmácia.

11.3 ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos farmacêuticos e auxiliares de farmácia que atuam na Farmácia, bem como aos profissionais envolvidos em prescrição, requisição, dispensação, armazenamento, controle, transporte interno, administração, devolução e rastreamento de medicamentos e produtos.

11.4 DEFINIÇÕES

Não conformidade: descumprimento de requisito, procedimento, norma, padrão ou condição estabelecida.

Ação preventiva: medida adotada para eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrência de uma falha ou risco.

Ação corretiva: medida adotada após uma não conformidade ou ocorrência, destinada a eliminar ou controlar sua causa.

CAPA: sistema de ações corretivas e preventivas utilizado para tratar ocorrências, causas e riscos de recorrência.

Contingência: medidas previamente definidas para manter segurança e continuidade diante de situação inesperada.

Rastreabilidade: capacidade de identificar e acompanhar origem, movimentação, utilização, devolução ou descarte de medicamento.

Segregação: retirada e identificação de produto que não deve permanecer disponível até avaliação.

11.5 RESPONSABILIDADES

Farmacêutico responsável: avaliar ocorrências, classificar riscos, definir/validar ações, investigar causas, acompanhar indicadores e verificar eficácia.

Equipe da Farmácia: executar controles, identificar e comunicar desvios, registrar ocorrências e cumprir planos de ação.

Gestor da unidade: garantir recursos, responsáveis e prazos.

Qualidade/NSP, quando aplicável: apoiar análise de causa, gestão de risco, indicadores e melhoria.

Manutenção/TI/Engenharia/CCIH e demais áreas: atuar conforme a natureza da ocorrência.

11.6 CLASSIFICAÇÃO DOS PROCESSOS

Os processos relacionados a não conformidades poderão ser classificados conforme sua natureza:

- ação corretiva: destinada a eliminar a causa de uma não conformidade já identificada, evitando recorrência;
- ação preventiva: destinada a eliminar a causa de uma não conformidade potencial, antes de sua ocorrência;
- ação de melhoria: destinada a aprimorar processos já conformes, buscando maior eficiência, segurança ou qualidade.

Processo	Classificação	O que fazer
Plano de Contingência da Farmácia	Contingência / Preventiva	Manter respostas definidas para interrupções e emergências.
Falta de Energia Elétrica	Contingência / Preventiva	Acionar contingência, preservar produtos e registrar ocorrência.
Falha de Geladeira/Refrigeração	Corretiva / Contingência	Proteger termolábeis, controlar temperatura, segregar e avaliar.
Sistema Informatizado Indisponível	Contingência / Preventiva	Ativar registros manuais e lançar posteriormente.
Intercorrências e Emergências	Corretiva / Contingência	Proteger pessoas/produtos, comunicar, registrar e tratar.
Gerenciamento de Resíduos	Preventiva / Controle	Segregar, acondicionar e encaminhar conforme PGRSS.
Acidente com Medicamentos/Produtos Químicos	Corretiva	Prestar atendimento, comunicar, registrar e investigar.
Segurança no Armazenamento	Preventiva / Controle	Inspecionar temperatura, validade, organização e segregação.
Controle de Acesso	Preventiva / Controle	Restringir acesso e controlar autorizados.
Eventos Adversos e Queixas Técnicas	Corretiva / Monitoramento	Registrar, avaliar, investigar e encaminhar.
Erros de Dispensação	Corretiva	Avaliar dano, investigar causa e implementar ações.
Segurança na Dispensação	Preventiva / Controle	Realizar conferências e barreiras antes da entrega.

Processo	Classificação	O que fazer
Medicamentos de Uso Restrito	Preventiva / Controle	Controlar acesso, armazenamento e rastreabilidade.
Conferência de Prescrições/Requisições	Preventiva	Verificar dados antes da dispensação.
Rastreamento das Movimentações	Preventiva / Controle	Registrar entradas, saídas, devoluções e perdas.
CAPA	Corretiva e Preventiva	Tratar causa e prevenir recorrência.
Não Conformidades	Corretiva	Registrar, classificar, investigar, agir e verificar eficácia.

11.7 FLUXO GERAL

Fluxo geral do tratamento de ações preventivas, corretivas e não conformidades da Farmácia:



11.8 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

BAIXO: falha sem danos e com baixo potencial de impacto.

MODERADO: falha com potencial de dano ou que exige intervenção/acompanhamento.

ALTO: ocorrência que atingiu paciente ou possui potencial significativo de dano.

CRÍTICO: dano grave, risco à vida ou impacto relevante, exigindo resposta imediata.

11.9 AÇÕES PREVENTIVAS

- Checklist periódico da Farmácia.
- Monitoramento de temperatura e armazenamento.
- Conferência de validade e organização.
- Segregação e identificação de produtos.
- Conferência de prescrições/requisições.
- Dupla checagem nos processos críticos.
- Controle de acesso.
- Rastreabilidade das movimentações.
- Manutenção preventiva.
- Treinamento periódico.
- Monitoramento de indicadores.

11.10 AÇÕES CORRETIVAS

- Registrar a ocorrência.
- Garantir segurança imediata.
- Classificar o risco.
- Segregar produto quando necessário.
- Comunicar responsáveis.
- Investigar causa e fatores contribuintes.
- Definir ação, responsável e prazo.
- Implementar ação.
- Verificar eficácia.
- Encerrar formalmente após avaliação.

11.11 PLANO DE CONTINGÊNCIA

11.11.1 Falta de energia elétrica

Acionar contingência; verificar gerador; priorizar equipamentos críticos; monitorar temperatura; registrar interrupção e avaliar medicamentos afetados.

11.11.2 Falha de geladeira/equipamento

Registrar temperatura; manter porta fechada; acionar manutenção; transferir produtos; segregar produtos potencialmente comprometidos e avaliar estabilidade antes da liberação.

11.11.3 Sistema indisponível

Ativar registro manual controlado; manter conferência e rastreabilidade; registrar início/fim; lançar dados após normalização e conferir duplicidades.

11.11.4 Intercorrências/emergências

Proteger pessoas; interromper processo inseguro quando necessário; acionar apoio; registrar e avaliar necessidade de investigação/CAPA.

11.12 REGISTRO E TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES

Registrar no formulário institucional: data/horário, setor, descrição, medicamento/produto, classificação de risco, ação imediata, causa, ação corretiva/preventiva, responsável, prazo, evidência, verificação de eficácia e encerramento.

11.13 CAPA

- Descrição do problema.
- Evidência objetiva.
- Avaliação do risco.
- Investigação da causa.
- Ação de contenção.
- Ação corretiva.
- Ação preventiva, quando aplicável.
- Responsável e prazo.
- Evidência de execução.
- Verificação de eficácia.
- Encerramento.

11.14 INVESTIGAÇÃO DE ERROS DE DISPENSAÇÃO

- Identificar medicamento, paciente/setor e etapa da falha.
- Verificar se atingiu o paciente e se houve dano.
- Preservar prescrição/requisição e registros.
- Investigar fatores contribuintes.
- Definir barreiras para prevenção de recorrência.
- Registrar e acompanhar a ação.

11.15 SEGURANÇA NA DISPENSAÇÃO

- Conferir paciente/setor.
- Conferir medicamento, apresentação, concentração, dose e quantidade.
- Conferir validade e integridade.
- Confirmar dúvidas com profissional habilitado.
- Registrar dispensação.
- Manter rastreabilidade.

11.16 CONTROLE DE MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Manter controle conforme legislação sanitária vigente e POPs específicos, incluindo guarda, acesso, registros, conferência, movimentação, devolução, perdas e rastreabilidade. Para medicamentos sujeitos a controle especial, observar a Portaria SVS/MS nº 344/1998 e atualizações.

11.17 EVENTOS ADVERSOS E QUEIXAS TÉCNICAS

Seguir o POP de Farmacovigilância e os fluxos do Núcleo de Segurança do Paciente. Quando aplicável, realizar notificação nos sistemas/canais oficiais da Anvisa, incluindo o VigiMed para suspeitas de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas.

11.18 INDICADORES

- Número de não conformidades.
- Ações corretivas abertas.
- % de ações concluídas no prazo.

- % de ações eficazes.
- Erros de dispensação.
- Ocorrências de temperatura.
- Medicamentos vencidos encontrados.
- Divergências de estoque.
- Eventos adversos/queixas técnicas.
- Contingências acionadas.

11.19 DOCUMENTOS E REGISTROS RELACIONADOS

- Checklist da Farmácia.
- Registro de temperatura.
- Formulário de não conformidade.
- Plano CAPA.
- Investigação de erro de dispensação.
- Registro de farmacovigilância.
- Registros de estoque e movimentações.
- Manutenção de equipamentos.
- PGRSS.
- POPs específicos da Farmácia.

11.20 DISPOSIÇÕES FINAIS

As ações devem ser proporcionais ao risco. A correção imediata não substitui a investigação quando houver risco de recorrência. O encerramento ocorrerá após avaliação da implementação e, quando aplicável, da eficácia. Revisar este POP quando houver alteração relevante nos processos, legislação ou estrutura.

11.21 REFERÊNCIAS

- RDC Anvisa nº 36/2013 – Segurança do Paciente.
- RDC Anvisa nº 63/2011 – Boas Práticas de Funcionamento dos Serviços de Saúde.
- Portaria SVS/MS nº 344/1998 e atualizações – medicamentos sujeitos a controle especial.

- Normas e orientações vigentes da Anvisa aplicáveis a medicamentos, farmacovigilância e VigiMed.
- Resoluções vigentes do Conselho Federal de Farmácia aplicáveis aos serviços de saúde.

POP 12 – CONFERÊNCIA, REPOSIÇÃO E CONTROLE DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

12.1 OBJETIVO

Estabelecer critérios para conferência, controle, reposição, rastreabilidade e manutenção do carrinho de emergência, garantindo que medicamentos, materiais e insumos estejam disponíveis, íntegros, dentro do prazo de validade e em condições adequadas para utilização em situações de urgência e emergência. O processo será realizado de forma integrada entre Enfermagem e Farmácia, com definição clara das responsabilidades de cada área.

12.2 ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos carrinhos de emergência existentes nas unidades assistenciais da instituição, envolvendo principalmente as equipes de Enfermagem e Farmácia e, quando necessário, demais setores responsáveis por equipamentos, manutenção e segurança do paciente.

12.3 PRINCÍPIOS DO PROCESSO

O carrinho de emergência deve permanecer organizado, identificado, acessível e pronto para utilização.

A conferência preventiva do carrinho será realizada 1 (uma) vez por mês, conforme cronograma institucional.

A Farmácia realizará o acompanhamento da inspeção mensal quanto aos medicamentos, validade, lotes, condições de armazenamento e necessidade de reposição/troca.

A Enfermagem será responsável pela conferência do carrinho após o rompimento do lacre, imediatamente após o atendimento de emergência.

O rompimento do lacre caracteriza necessidade de conferência extraordinária e recomposição do carrinho antes de sua nova disponibilização para uso.

Medicamentos ou materiais utilizados, vencidos, danificados, violados ou em quantidade divergente deverão ser identificados e tratados conforme o fluxo institucional.

Toda conferência e reposição deverão possuir registro e rastreabilidade.

12.4 RESPONSABILIDADES

12.4.1 ENFERMAGEM – RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA APÓS ROMPIMENTO DO LACRE

- Realizar a conferência imediata do carrinho após o rompimento do lacre.
- Identificar os itens utilizados, faltantes, danificados ou em desacordo com a relação padronizada.
- Comunicar à Farmácia a necessidade de reposição de medicamentos e materiais sob sua responsabilidade.
- Registrar a utilização e a conferência pós-atendimento conforme formulário institucional.
- Garantir que o carrinho seja reorganizado e novamente lacrado após a reposição e conferência.
- Comunicar imediatamente qualquer divergência, perda, vencimento, avaria ou intercorrência identificada.

12.4.2 FARMÁCIA – ACOMPANHAMENTO, CONTROLE DE MEDICAMENTOS E REPOSIÇÃO

- Participar do acompanhamento da inspeção preventiva mensal do carrinho.
- Conferir medicamentos quanto a nome, apresentação, concentração, lote, validade, integridade e quantidade padronizada.
- Acompanhar a proximidade de vencimento dos medicamentos e programar a troca preventiva conforme rotina institucional.
- Realizar ou providenciar a reposição dos medicamentos utilizados ou identificados como necessários, conforme estoque e padronização.
- Registrar as movimentações e manter a rastreabilidade dos medicamentos repostos.

- Orientar a Enfermagem quanto às divergências relacionadas a medicamentos e às condições adequadas de armazenamento.
- Manter registro das inspeções e reposições realizadas.

12.4.3 RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

- Realizar a conferência mensal de forma integrada entre Enfermagem e Farmácia.
- Manter a lista padronizada de medicamentos, materiais e insumos atualizada.
- Comunicar e tratar imediatamente qualquer situação que comprometa a prontidão do carrinho.
- Avaliar ocorrências recorrentes e propor ações preventivas e corretivas.

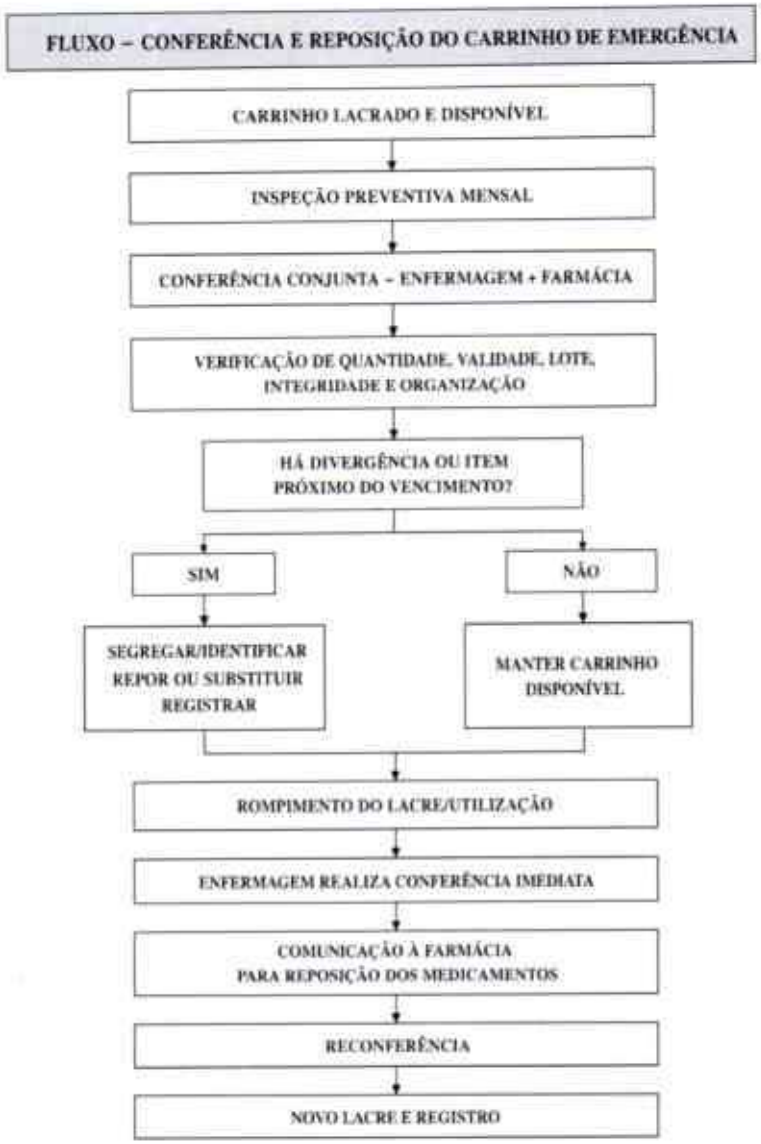
12.5 PERIODICIDADE

A conferência do carrinho de emergência deve ser realizada com periodicidade mensal, conforme cronograma institucional, podendo ser antecipada em caso de uso, reposição ou suspeita de não conformidade.

Situação	Periodicidade	Responsável principal	Participação
Inspeção preventiva do carrinho Conferência de validade/lote	1 vez ao mês	Enfermagem	Farmácia acompanha
Troca preventiva de lote/medicamento próximo do vencimento	Conforme controle mensal	Farmácia	Enfermagem comunica
Após rompimento do lacre	Imediata	Enfermagem	Farmácia realiza/apoia reposição
Após utilização do carrinho	Imediata	Enfermagem	Farmácia repõe medicamentos
Após identificação de divergência	Imediata	Área que identificar	Farmácia/Enfermagem tratam conforme item

12.6 FLUXO DO PROCESSO

Fluxo do processo de conferência e reposição do carrinho de emergência:



12.7 CONFERÊNCIA MENSAL

Durante a inspeção mensal, devem ser verificados, no mínimo:

- Integridade física do carrinho.
- Integridade do lacre e identificação do número/controle do lacre, quando aplicável.
- Medicamentos padronizados e respectivas quantidades.
- Nome, apresentação e concentração dos medicamentos.
- Lote e prazo de validade.

- Medicamentos próximos do vencimento conforme critério institucional.
- Embalagens íntegras, sem violação, umidade, sujeira ou alteração aparente.
- Condições de armazenamento.
- Materiais e insumos padronizados.
- Organização dos compartimentos e identificação dos itens.
- Itens utilizados desde a última conferência.
- Divergências de estoque.
- Necessidade de reposição.
- Registro da inspeção.

12.8 CONTROLE DE LOTE E VALIDADE

A Farmácia deverá acompanhar mensalmente os lotes e prazos de validade dos medicamentos integrantes do carrinho. Os medicamentos com vencimento próximo deverão ser avaliados conforme o critério institucional de validade e substituídos preventivamente quando houver risco de permanência no carrinho até o vencimento. A substituição deverá manter a padronização e a quantidade estabelecida para o carrinho.

Medicamentos vencidos, com embalagem violada, danificados, sem identificação adequada ou em condições incompatíveis com o armazenamento recomendado não devem permanecer disponíveis para utilização e deverão ser segregados e tratados conforme os procedimentos institucionais.

12.9 APÓS ROMPIMENTO DO LACRE

A Enfermagem deverá realizar imediatamente a conferência do conteúdo do carrinho após o atendimento.

- Registrar os medicamentos, materiais e insumos utilizados.
- Verificar se há itens faltantes ou divergentes em relação à lista padronizada.
- Comunicar a Farmácia para reposição dos medicamentos utilizados ou faltantes.
- A Farmácia deverá realizar a reposição dos medicamentos sob sua responsabilidade e registrar a movimentação.
- Após a reposição, realizar nova conferência do carrinho.

- Efetuar o fechamento e novo lacre do carrinho.
- Registrar data, horário, número do novo lacre e responsáveis pela conferência.

12.10 NÃO CONFORMIDADES

- Medicamento vencido encontrado.
- Medicamento próximo do vencimento sem plano de substituição.
- Quantidade inferior à padronizada.
- Medicamento ou material ausente.
- Lote divergente ou não rastreável.
- Embalagem violada ou danificada.
- Lacre rompido sem registro.
- Divergência entre utilização e reposição.
- Carrinho sem conferência mensal registrada.
- Falha de armazenamento.
- Toda não conformidade deve ser registrada e tratada conforme o POP institucional de Ações Preventivas, Corretivas e Tratamento de Não Conformidades da Farmácia.

12.11 REGISTRO

- Checklist mensal do carrinho de emergência.
- Registro de rompimento de lacre.
- Registro de reposição.
- Registro de lote e validade.
- Registro de não conformidade, quando aplicável.
- Registro de movimentação de medicamentos.
- Evidência da conferência conjunta Enfermagem/Farmácia.

12.12 DOCUMENTOS RELACIONADOS

- POP de Dispensação de Medicamentos.
- POP de Armazenamento e Controle de Validade.
- POP de Controle de Medicamentos de Uso Restrito, quando aplicável.

- POP de Ações Preventivas, Corretivas e CAPA da Farmácia.
- Procedimento institucional de Atendimento a Emergências.
- Lista padronizada de medicamentos, materiais e insumos do carrinho de emergência.

12.13 INDICADORES SUGERIDOS

- Percentual de carrinhos com conferência mensal realizada.
- Percentual de carrinhos com lacre íntegro no momento da inspeção.
- Número de medicamentos vencidos encontrados.
- Número de medicamentos substituídos preventivamente.
- Número de divergências identificadas.
- Tempo médio para reposição após rompimento do lacre.
- Percentual de reposições realizadas dentro do prazo institucional.

12.14 REFERÊNCIAS

- A rotina está alinhada aos princípios de segurança do paciente, gerenciamento de riscos, uso seguro de medicamentos, rastreabilidade e disponibilidade de medicamentos e insumos previstos nas boas práticas dos serviços de saúde.
- A RDC nº 63/2011 estabelece que os serviços devem manter procedimentos escritos e atualizados, garantir disponibilidade de medicamentos conforme a complexidade e realizar o gerenciamento das tecnologias visando qualidade, segurança e rastreabilidade.
- A RDC nº 36/2013 institui ações para segurança do paciente e inclui a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos entre as estratégias de gestão de riscos. A periodicidade mensal e a divisão de responsabilidades descritas neste POP constituem rotina institucional definida para o serviço, não sendo apresentadas como uma frequência universal estabelecida por essas RDCs.

POP 13 – MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA / POTENCIALMENTE PERIGOSOS

13.1 INTRODUÇÃO

Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), também denominados Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP), são medicamentos que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente quando ocorre falha em qualquer etapa do seu processo de utilização.

Embora os erros envolvendo esses medicamentos não sejam necessariamente os mais frequentes, suas consequências podem ser mais graves, podendo resultar em dano permanente ou morte. O ISMP Brasil recomenda que cada instituição estabeleça e divulgue sua própria lista institucional, considerando seu perfil assistencial e os medicamentos envolvidos nos seus processos.

Este POP estabelece barreiras de segurança para seleção, armazenamento, prescrição, análise farmacêutica, dispensação, preparo, administração, monitoramento, devolução, rastreabilidade e tratamento de incidentes relacionados aos MAV. O Protocolo Nacional de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos recomenda medidas específicas para medicamentos potencialmente perigosos, incluindo dupla checagem para cálculos de diluição e administração e retirada de determinados eletrólitos concentrados e bloqueadores neuromusculares dos estoques das unidades de internação, salvo situações em que sejam absolutamente necessários à assistência.

13.2 OBJETIVO

Padronizar as medidas de segurança relacionadas aos Medicamentos de Alta Vigilância utilizados na instituição, reduzindo o risco de erro de prescrição, dispensação, preparo, armazenamento, administração, monitoramento e registro, estabelecendo barreiras e responsabilidades para prevenção e mitigação de danos.

13.3 ABRANGÊNCIA

Aplica-se à Farmácia, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, demais profissionais habilitados envolvidos no processo de medicamentos, Núcleo de Segurança do Paciente, Gestão da Qualidade e demais setores que participem da cadeia de utilização de MAV.

13.4 BASE LEGAL E DOCUMENTAL

Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos – Ministério da Saúde/Anvisa.

RDC Anvisa nº 36/2013 – ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

RDC Anvisa nº 63/2011 – Boas Práticas de Funcionamento dos Serviços de Saúde.

ISMP Brasil – Listas de Medicamentos Potencialmente Perigosos de uso hospitalar e recomendações para prevenção de erros.

Portaria SVS/MS nº 344/1998 e atualizações, quando aplicável a medicamentos sujeitos a controle especial.

Protocolos, listas institucionais, bulas e demais documentos técnicos vigentes.

13.5 DEFINIÇÕES

Medicamento de Alta Vigilância (MAV): medicamento que apresenta maior potencial de causar dano grave quando utilizado incorretamente.

Medicamento Potencialmente Perigoso (MPP): denominação utilizada pelo ISMP Brasil para medicamentos de risco aumentado de causar danos significativos quando há falha no processo de utilização.

Dupla checagem: conferência independente realizada por dois profissionais habilitados, especialmente nos pontos críticos definidos neste POP.

LASA: medicamentos com nomes, embalagens, apresentações ou características semelhantes que podem favorecer trocas.

Barreira de segurança: medida destinada a prevenir, detectar ou minimizar a consequência de uma falha.

Segregação: retirada do medicamento do uso habitual e identificação para impedir utilização até avaliação.

Erro de medicação: evento evitável que pode causar ou levar ao uso inadequado de medicamento ou dano ao paciente enquanto o medicamento está sob controle de profissional, paciente ou consumidor.

13.6 LISTA INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

A instituição deverá manter uma lista própria de MAV, aprovada pelo responsável técnico e pelas instâncias institucionais pertinentes, considerando a lista do ISMP Brasil para ambiente hospitalar e os medicamentos efetivamente utilizados no serviço. O ISMP Brasil informa que a lista institucional deve ser adaptada às especificidades de cada instituição e pode incluir medicamentos envolvidos com maior frequência em erros locais.

Grupo / exemplo	MAV institucional?	Observação
Insulinas – todas as apresentações e vias	☐ Sim ☐ Não	Controle de concentração, dose e via.
Anticoagulantes – heparinas e outros conforme padronização	☐ Sim ☐ Não	Atenção a dose, concentração e indicação.
Opioides	☐ Sim ☐ Não	Atenção a concentração, dose, via e monitorização.
Agonistas adrenérgicos IV – ex.: adrenalina, noradrenalina	☐ Sim ☐ Não	Controle rigoroso de concentração, diluição e bomba.
Antiarrítmicos IV – ex.: amiodarona	☐ Sim ☐ Não	Conferência de concentração, diluição e velocidade.

Grupo / exemplo	MAV institucional?	Observação
Bloqueadores neuromusculares	☐ Sim ☐ Não	Acesso restrito e alerta diferenciado.
Eletrólitos concentrados – ex.: KCl injetável	☐ Sim ☐ Não	Armazenamento e uso com barreiras específicas.
Sedativos IV – ex.: midazolam/dexmedetomidina	☐ Sim ☐ Não	Atenção a dose, concentração e monitorização.
Trombolíticos	☐ Sim ☐ Não	Conferência rigorosa de indicação, dose e tempo.
Inotrópicos IV – ex.: milrinona	☐ Sim ☐ Não	Controle de concentração e infusão.
Nutrição parenteral	☐ Sim ☐ Não	Conferência e rastreabilidade.
Medicamentos epidurais/intratecais	☐ Sim ☐ Não	Via e identificação devem ser rigorosamente controladas.
Outros definidos pela instituição	_____	_____

O ISMP Brasil identifica, entre os grupos hospitalares, agonistas e antagonistas adrenérgicos IV, antiarrítmicos IV, antitrombóticos, bloqueadores neuromusculares, insulina, inotrópicos IV, sedativos IV, soluções cardioplégicas, soluções de diálise e nutrição parenteral, entre outros.

13.7 IDENTIFICAÇÃO E SINALIZAÇÃO

- Os MAV devem possuir identificação institucional diferenciada, definida pela Farmácia e/ou Núcleo de Segurança do Paciente.
- A sinalização deve ser padronizada em todas as unidades.
- Não utilizar apenas a cor como barreira; a identificação deve conter texto legível e inequívoco.
- Medicamentos LASA devem possuir medidas adicionais de diferenciação conforme avaliação institucional.
- Medicamentos concentrados e apresentações de maior risco devem permanecer segregados quando definido pelo protocolo.

13.8 ARMAZENAMENTO

- Manter MAV em locais definidos e identificados.
- Restringir acesso aos profissionais autorizados.
- Evitar armazenamento de medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes lado a lado quando houver risco de troca.
- Manter eletrólitos concentrados e outros medicamentos de maior risco em locais segregados, conforme avaliação institucional.
- Não manter medicamentos sem identificação.
- Controlar validade, lote e condições de armazenamento.
- Manter quantidade compatível com a necessidade assistencial.
- Realizar inspeções periódicas documentadas.

13.9 PRESCRIÇÃO SEGURA

- Prescrição deve ser legível, completa e sem abreviaturas, símbolos ou expressões proibidas pela política institucional.
- Identificar paciente, medicamento, dose, concentração, via, frequência, diluição quando necessária e demais informações exigidas.
- Evitar prescrições ambíguas ou incompletas.
- Dúvidas devem ser esclarecidas antes da dispensação e administração.
- Medicamentos de alta vigilância deve ser destacados conforme sistema institucional.
- O protocolo nacional de segurança na prescrição, uso e administração recomenda itens de verificação para prescrição segura e a padronização de abreviaturas, símbolos e expressões de dose que não devem ser utilizadas.

13.10 ANÁLISE FARMACÊUTICA

- Conferir paciente e indicação quando disponível.
- Conferir medicamento, concentração, apresentação, dose, via, frequência e duração.
- Avaliar duplicidade, interações, alergias e incompatibilidades quando houver informação disponível.
- Verificar necessidade de diluição e condições de estabilidade.

- Identificar doses ou concentrações fora do padrão.
- Em caso de dúvida, interromper a dispensação e esclarecer com o prescritor.

13.11 DISPENSAÇÃO SEGURA

- Realizar conferência integral da prescrição antes da dispensação.
- Conferir medicamento, concentração, forma farmacêutica, quantidade, lote e validade.
- Utilizar identificação diferenciada para MAV.
- Evitar dispensação de apresentações semelhantes sem conferência adicional.
- Realizar dupla checagem nos pontos críticos definidos neste POP.
- Registrar a dispensação conforme sistema institucional.
- Manter rastreabilidade.
- A avaliação nacional de práticas de segurança do paciente da Anvisa inclui como item de verificação a análise das prescrições e a conferência dos medicamentos dispensados, com atenção especial aos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

13.12 DUPLA CHECAGEM

- A dupla checagem deverá ser utilizada nos processos definidos pela instituição como críticos. Para MAV, recomenda-se conferência independente por dois profissionais habilitados, especialmente em cálculos de dose/diluição e administração, conforme o protocolo nacional.
- Cada profissional deve realizar sua conferência de forma independente antes da comparação.
- Conferir paciente, medicamento, concentração, dose, via, diluição, velocidade, horário e demais parâmetros aplicáveis.
- Quando houver divergência, interromper o processo até esclarecimento.
- Registrar a dupla checagem conforme formulário/sistema institucional.
- A dupla checagem não substitui a responsabilidade individual de cada profissional.

13.13 PREPARO E DILUIÇÃO

- Consultar protocolo institucional, bula e referência técnica aplicável.
- Conferir medicamento, concentração, diluente, volume final, via e velocidade.
- Realizar cálculo antes do preparo.

- Quando definido como crítico, realizar dupla checagem independente do cálculo e do preparo.
- Rotular imediatamente a preparação.
- Não utilizar preparação sem identificação.
- Registrar o preparo conforme rotina institucional.

13.14 ADMINISTRAÇÃO SEGURA

- Realizar os nove certos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação correta, forma certa e resposta certa.
- Confirmar indicação, alergias e parâmetros clínicos pertinentes.
- Realizar dupla checagem nos MAV definidos pela instituição.
- Utilizar técnica adequada à via.
- Monitorar o paciente conforme características do medicamento.
- Registrar imediatamente após administração conforme protocolo.
- Em caso de dúvida, não administrar até esclarecimento.
- O protocolo nacional e as orientações da Anvisa contemplam os nove certos e recomendam que dúvidas sejam esclarecidas antes da administração.

13.15 MEDICAMENTOS DE MAIOR RISCO E RESTRIÇÕES ESPECÍFICAS

Eletrólitos concentrados: manter fora das unidades assistenciais sempre que possível; quando absolutamente necessários, aplicar armazenamento e identificação diferenciados.

Bloqueadores neuromusculares: acesso restrito, identificação diferenciada e barreiras para impedir administração inadvertida.

Insulinas: conferir tipo, concentração, dose, via e horário; atenção especial a mudanças entre apresentações.

Anticoagulantes: conferir indicação, peso quando aplicável, função renal quando pertinente, concentração e dose.

Opioides: conferir concentração, dose, via, diluição quando aplicável e necessidade de monitorização.

Vasopressores/inotrópicos: conferir concentração, diluição, bomba de infusão, velocidade e parâmetros de monitoramento.

Trombolíticos: seguir protocolo específico, critérios de indicação, dose e tempo.

Sedativos: conferir concentração, dose, via e monitorização requerida.

13.16 DEVOLUÇÃO E SEGREGAÇÃO

- Medicamentos não utilizados devem retornar conforme fluxo de devolução institucional.
- MAV devolvidos devem ser conferidos antes de retornar ao estoque.
- Produtos com embalagem violada, identificação comprometida, validade vencida ou condição inadequada devem ser segregados.
- Não reintegrar ao estoque medicamento cuja rastreabilidade ou integridade esteja comprometida.

13.17 INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

- Interromper o processo quando a falha for identificada antes da administração.
- Se o medicamento já tiver sido administrado, comunicar imediatamente o médico e enfermeiro responsável.
- Avaliar e monitorar o paciente.
- Registrar o incidente no sistema institucional.
- Comunicar o Núcleo de Segurança do Paciente, quando aplicável.
- Investigar causas e fatores contribuintes.
- Implementar ações corretivas e preventivas.
- Realizar notificações externas quando aplicáveis pelos fluxos institucionais.
- A Anvisa define incidente como evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário ao paciente e mantém mecanismos de notificação e gestão de riscos no âmbito da segurança do paciente.

13.18 CONDUTA EM CASO DE ERRO DE MEDICAÇÃO

Priorizar a segurança e avaliação clínica do paciente.

Comunicar imediatamente a equipe responsável.

- Não ocultar ou alterar registros.
- Registrar objetivamente o ocorrido.

- Preservar informações necessárias à investigação.
- Avaliar necessidade de farmacovigilância, tecnovigilância ou notificação de incidente conforme natureza do caso.
- Realizar análise de causa e estabelecer CAPA quando indicado.

13.19 TREINAMENTO

Os profissionais envolvidos devem ser capacitados antes de atuar com MAV e periodicamente, contemplando:

- Conceito e finalidade dos MAV.
- Lista institucional.
- Armazenamento e identificação.
- LASA.
- Prescrição segura.
- Dispensação segura.
- Dupla checagem.
- Preparo e diluição.
- Administração e nove certos.
- Reconhecimento e conduta diante de erros.
- Notificação de incidentes.
- Rastreabilidade.

13.20 INSPEÇÃO E MONITORAMENTO

- A Farmácia deverá realizar inspeções periódicas dos locais de armazenamento de MAV.
- Verificar identificação, segregação, validade, organização e quantidade.
- Verificar se os medicamentos não padronizados como MAV estão indevidamente sinalizados.
- Registrar não conformidades.
- Acompanhar ações corretivas.
- Revisar a lista institucional periodicamente ou quando houver alteração do perfil assistencial.

13.21 INDICADORES

- Número de erros envolvendo MAV.
- Número de quase-erros envolvendo MAV.
- Percentual de conformidade na inspeção de armazenamento.
- Percentual de profissionais capacitados.
- Percentual de dupla checagem registrada quando obrigatória.
- Número de não conformidades relacionadas a identificação/armazenamento.
- Número de divergências de dispensação.
- Número de eventos adversos relacionados a MAV.

13.22 REGISTROS

- Lista institucional de MAV.
- Checklist de inspeção da Farmácia.
- Registro de dupla checagem.
- Registro de dispensação.
- Registro de preparo/diluição.
- Registro de treinamento.
- Registro de incidentes e eventos adversos.
- Registro de não conformidade/CAPA.
- Registros de monitoramento e indicadores.

13.23 FLUXO GERAL

Fluxo geral de segurança no uso de medicamentos de alta vigilância na Farmácia:



13.24 DISPOSIÇÕES FINAIS

Este POP deve ser utilizado em conjunto com os protocolos específicos de prescrição, dispensação, preparo, administração, controle de medicamentos sujeitos a controle especial, farmacovigilância, segurança do paciente e demais procedimentos institucionais. A lista institucional de MAV deve ser mantida atualizada e compatível com o perfil assistencial. Alterações relevantes na legislação, na padronização de medicamentos, no perfil de atendimento ou na ocorrência de incidentes devem motivar revisão deste documento.

13.25 REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde/Anvisa. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Atualização disponibilizada em 2026.
- Anvisa. Segurança do Paciente e Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- ISMP Brasil. Medicamentos Potencialmente Perigosos – listas e recomendações.
- ISMP Brasil. Lista de Medicamentos Potencialmente Perigosos de uso hospitalar.
- RDC Anvisa nº 36/2013.
- RDC Anvisa nº 63/2011.
- Portaria SVS/MS nº 344/1998 e atualizações, quando aplicável.

POP 14 – ÁREA DE QUARENTENA E SEGREGAÇÃO DE PRODUTOS DA FARMÁCIA

14.1 INTRODUÇÃO

A área de quarentena e segregação é uma barreira de segurança da Farmácia destinada a impedir que produtos que apresentem dúvida quanto à sua qualidade, integridade, validade, identificação, origem, armazenamento ou condição de uso sejam disponibilizados aos pacientes ou às unidades assistenciais antes da avaliação e decisão do responsável.

A segregação física ou por sistema identificado deve impedir a utilização indevida de produtos vencidos, violados, danificados, devolvidos, reprovados ou sob suspeita de falsificação, corrupção, adulteração ou alteração. A RDC nº 44/2009 determina, para farmácias e drogarias abrangidas por seu regulamento, que produtos violados, vencidos ou sob suspeita sejam segregados em ambiente seguro e diverso da área de dispensação e identificados quanto à condição e destino. Para farmácias de serviços de saúde, a RDC nº 67/2007 também prevê área/local segregado e identificado ou sistema para produtos reprovados, devolvidos e vencidos.

Este POP adapta esses princípios ao funcionamento institucional da Farmácia do Instituto São Lucas, estabelecendo critérios para identificação, retirada de circulação, quarentena, avaliação, decisão, destino, registro e rastreabilidade.

14.2 OBJETIVO

Estabelecer critérios padronizados para recebimento, identificação, segregação, quarentena, avaliação, liberação, devolução, descarte ou demais destinos de produtos farmacêuticos que não estejam aptos para uso imediato, garantindo segurança do paciente, qualidade, rastreabilidade e prevenção de utilização indevida.

14.3 ABRANGÊNCIA

Aplica-se à Farmácia, almoxarifado farmacêutico e demais locais sob responsabilidade da Farmácia que armazenem medicamentos e produtos para saúde sujeitos a avaliação farmacêutica, envolvendo farmacêuticos, equipe da Farmácia, recebimento, compras, almoxarifado, enfermagem e demais setores que devolvam ou identifiquem produtos com suspeita de não conformidade.

14.4 DEFINIÇÕES

Quarentena: Condição temporária na qual o produto permanece identificado, separado e indisponível para utilização até conclusão da avaliação e definição de seu destino.

Segregação: Retirada do produto do estoque disponível e sua manutenção em local ou sistema identificado e controlado para impedir uso ou dispensação indevidos.

Produto não conforme: Produto que apresenta alguma característica que não atende aos requisitos definidos para recebimento, armazenamento, dispensação ou utilização.

Produto vencido: Produto cujo prazo de validade indicado pelo fabricante foi ultrapassado.

Produto violado/danificado: Produto cuja embalagem ou integridade tenha sido comprometida de modo que possa afetar identificação, qualidade ou segurança.

Devolução: Retorno de produto à Farmácia após ter sido dispensado, enviado ou recebido, para avaliação quanto à possibilidade de reintegração ao estoque.

Reprovado: Produto que, após avaliação, não atende aos critérios para uso ou reintegração ao estoque.

Rastreabilidade: Capacidade de identificar o produto, lote, validade, origem, movimentações, ocorrência e destino.

14.5 RESPONSABILIDADES

14.5.1 Farmacêutico

- Definir ou validar a condição de quarentena/segregação.
- Avaliar tecnicamente os produtos envolvidos.
- Decidir, quando aplicável, pela liberação, devolução, reprovação, descarte ou outro destino permitido.
- Registrar e garantir rastreabilidade das decisões.
- Orientar a equipe da Farmácia.
- Investigar não conformidades relacionadas à qualidade dos produtos.
- Comunicar setores envolvidos quando houver risco assistencial.

14.5.2 Equipe da Farmácia

- Identificar imediatamente produtos suspeitos.
- Retirar produtos não conformes do estoque disponível.
- Encaminhar para a área de quarentena/segregação.
- Manter etiquetas e registros legíveis.
- Não liberar produto sem autorização definida no processo.
- Comunicar o farmacêutico sobre qualquer ocorrência.

14.5.3 Enfermagem e demais setores

- Comunicar devoluções, danos, alterações, vencimentos ou suspeitas identificadas.
- Não devolver produto sem identificação da origem quando houver possibilidade de rastreamento.
- Não reutilizar produto segregado.
- Encaminhar o produto conforme fluxo institucional.

14.6 ESTRUTURA E IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA

- A área deverá ser fisicamente delimitada ou possuir sistema de segregação claramente identificado.
- Deve estar separada da área de estoque disponível e da área de dispensação.

- Deve possuir identificação visível: 'QUARENTENA / PRODUTOS SEGREGADOS – NÃO UTILIZAR'.
- O acesso deve ser controlado pela Farmácia.
- Os produtos devem permanecer organizados por motivo/condição sempre que necessário.
- Produtos sujeitos a condições especiais de segurança devem receber tratamento específico conforme legislação.
- A RDC nº 44/2009 exige que produtos violados, vencidos ou sob suspeita de falsificação, corrupção, adulteração ou alteração sejam segregados em ambiente seguro e diverso da área de dispensação e identificados quanto à condição e destino.

14.7 SITUAÇÕES QUE DEVEM GERAR QUARENTENA OU SEGREGAÇÃO

- Produto vencido ou com validade ultrapassada.
- Produto próximo do vencimento quando houver necessidade de avaliação ou conforme critério institucional.
- Produto com embalagem violada, aberta ou danificada.
- Produto sem identificação ou com identificação ilegível.
- Produto com lote ou validade não rastreável.
- Produto recebido com avaria.
- Produto com suspeita de alteração de cor, odor, aspecto ou integridade.
- Produto armazenado fora das condições especificadas, aguardando avaliação de estabilidade/qualidade.
- Produto devolvido pelas unidades assistenciais.
- Produto devolvido por paciente/setor, quando aplicável.
- Produto sob suspeita de falsificação, adulteração, corrupção ou desvio de qualidade.
- Produto recolhido por fabricante, distribuidor ou autoridade sanitária.
- Produto envolvido em investigação de evento adverso, queixa técnica ou desvio de qualidade, quando sua preservação for necessária.
- Produto reprovado no recebimento.
- Produto cuja origem, lote ou condição de conservação não possa ser comprovada.

14.8 IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO SEGREGADO

Todo produto encaminhado à quarentena deverá receber identificação que impeça sua utilização e permita rastreabilidade. A etiqueta deverá conter, no mínimo:

- QUARENTENA / NÃO UTILIZAR.
- Nome do produto.
- Apresentação/concentração.
- Lote.
- Validade.
- Quantidade.
- Data da segregação.
- Motivo da segregação.
- Origem/setor.
- Responsável pelo encaminhamento.
- Número da ocorrência ou registro, quando aplicável.
- Destino/decisão, após avaliação.

14.9 FLUXO GERAL



14.10 PROCEDIMENTO OPERACIONAL

- Identificar o produto suspeito ou devolvido.
- Interromper imediatamente sua disponibilização para uso.
- Conferir nome, apresentação, lote, validade e quantidade.
- Identificar o produto como QUARENTENA / NÃO UTILIZAR.
- Registrar o motivo da segregação.
- Encaminhar para área definida.
- Comunicar o farmacêutico.

- Realizar avaliação técnica.
- Registrar a decisão.
- Se liberado, retirar a identificação de quarentena conforme controle e devolver ao estoque adequado.
- Se reprovado, manter segregado até conclusão do destino.
- Registrar a saída da quarentena e o destino final.

14.11 DEVOLUÇÕES DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Toda devolução deverá ser avaliada antes da reintegração ao estoque. A análise deve considerar:

- Identificação do medicamento.
- Lote e validade.
- Integridade da embalagem.
- Condições de transporte e armazenamento após saída da Farmácia.
- Tempo fora das condições controladas, quando aplicável.
- Possibilidade de garantir a qualidade e rastreabilidade.
- Motivo da devolução.

Na ausência de evidência suficiente para garantir a qualidade, integridade ou condições de conservação, o produto deverá permanecer segregado até decisão do farmacêutico.

14.12 PRODUTOS VENCIDOS

- Retirar imediatamente do estoque disponível.
- Identificar e segregar.
- Registrar nome, lote, validade e quantidade.
- Impedir qualquer dispensação.
- Definir destino conforme procedimento de gerenciamento de resíduos e/ou devolução aplicável.
- Registrar o destino final.

14.13 PRODUTOS COM DESVIO DE TEMPERATURA

- Retirar o produto da utilização e identificar como QUARENTENA.
- Registrar data, horário, equipamento, temperatura registrada e duração estimada do desvio, quando conhecida.
- Manter o produto nas condições apropriadas enquanto aguarda avaliação.
- Comunicar o farmacêutico.
- Consultar fabricante, bula, documentação técnica ou referência de estabilidade quando necessário.
- Registrar a decisão sobre liberação ou descarte.
- Investigar a causa do desvio e abrir ação corretiva quando aplicável.

14.14 RECOLHIMENTO / RECALL

- Receber e registrar a comunicação de recolhimento.
- Identificar o produto e os lotes envolvidos.
- Interromper imediatamente a dispensação.
- Localizar o estoque e possíveis unidades distribuídas.
- Segregar os produtos encontrados.
- Comunicar os setores envolvidos.
- Realizar devolução ao fornecedor/fabricante ou destino definido na comunicação oficial.
- Manter documentação e comprovantes do processo.
- Registrar encerramento e quantidade envolvida.

14.15 QUEIXA TÉCNICA OU SUSPEITA DE DESVIO DE QUALIDADE

- Segregar o produto e, quando necessário, preservar amostra e embalagem original.
- Registrar lote, validade, fabricante, fornecedor e descrição da ocorrência.
- Comunicar o farmacêutico.
- Avaliar necessidade de investigação interna.
- Realizar notificação sanitária pelos canais aplicáveis quando indicado.
- Não descartar amostra necessária à investigação antes da decisão.
- Documentar conclusão e ações adotadas.

14.16 MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

Medicamentos sujeitos a controle especial devem permanecer sob as condições de guarda e escrituração estabelecidas na legislação específica. Qualquer segregação, devolução, perda ou descarte deverá preservar a rastreabilidade e atender às exigências aplicáveis da Portaria SVS/MS nº 344/1998 e normas complementares. A Anvisa mantém relação atualizada das substâncias sujeitas a controle especial.

14.17 PROIBIÇÕES

- Manter produto segregado junto ao estoque disponível.
- Dispensar produto identificado como QUARENTENA.
- Retirar a identificação sem autorização definida no processo.
- Reintegrar devolução sem avaliação quando houver dúvida sobre integridade ou conservação.
- Descartar produto sob investigação antes de concluir a avaliação, quando sua preservação for necessária.
- Manter produto vencido em estoque disponível.
- Manter produto sem identificação ou sem rastreabilidade.

14.18 REGISTRO DE QUARENTENA E SEGREGAÇÃO

O registro deverá conter, conforme aplicável:

- Número do registro.
- Data.
- Produto.
- Apresentação/concentração.
- Lote.
- Validade.
- Quantidade.
- Motivo.
- Origem.
- Responsável pela segregação.
- Data da avaliação.

- Farmacêutico responsável.
- Decisão.
- Destino.
- Data de saída da quarentena.
- Comprovante/documento de devolução ou descarte, quando aplicável.

14.19 AVALIAÇÃO E DECISÃO

Após análise, o farmacêutico poderá definir, conforme evidências e normas aplicáveis:

- Liberação para uso/estoque.
- Manutenção em quarentena para complementação da investigação.
- Devolução ao fornecedor/fabricante.
- Recolhimento.
- Descarte.
- Outra destinação legalmente permitida.

A decisão deve ser registrada e justificada quando necessária, especialmente em situações de desvio de qualidade, temperatura, integridade ou rastreabilidade.

14.20 AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS – CAPA

- Identificar a causa da ocorrência.
- Avaliar risco para o paciente.
- Definir responsável e prazo.
- Implementar ação corretiva.
- Definir ação preventiva quando aplicável.
- Verificar eficácia.
- Registrar encerramento.

14.21 INDICADORES

- Quantidade de produtos segregados por motivo.
- Percentual de produtos vencidos encontrados em estoque.
- Quantidade de devoluções.

- Quantidade de desvios de temperatura.
- Quantidade de produtos recolhidos.
- Tempo médio de permanência em quarentena.
- Percentual de registros completos.
- Percentual de ocorrências encerradas dentro do prazo definido.
- Número de reincidências.

14.22 INSPEÇÃO DA ÁREA

- A Farmácia deverá realizar inspeção periódica da área de quarentena, verificando:
- Identificação da área.
- Separação física/controle de acesso.
- Produtos devidamente identificados.
- Ausência de produtos liberados misturados aos segregados.
- Registros atualizados.
- Validades e quantidades compatíveis com os registros.
- Destinos pendentes.
- Organização e limpeza.
- Condições de armazenamento específicas.

14.23 FLUXO RESUMIDO DE DECISÃO



14.24 TREINAMENTO

- Objetivo da área de quarentena.
- Critérios de segregação.
- Identificação correta.
- Fluxo de devoluções.
- Produtos vencidos.
- Desvios de temperatura.
- Recolhimento/recall.

- Queixa técnica e desvio de qualidade.
- Registros e rastreabilidade.
- Conduta diante de produto indevidamente liberado.

14.25 DOCUMENTOS E REGISTROS RELACIONADOS

- Formulário/planilha de registro de quarentena.
- Checklist de inspeção da Farmácia.
- Registro de temperatura.
- Registro de devolução.
- Registro de não conformidade.
- Registro de queixa técnica.
- Registro de recall/recolhimento.
- Registro de descarte.
- POP de ações preventivas e corretivas – CAPA.
- POP de gerenciamento de resíduos.
- POP de armazenamento e controle de validade.

14.26 DISPOSIÇÕES FINAIS

Nenhum produto mantido em quarentena ou segregação poderá ser dispensado ou utilizado enquanto sua condição não estiver formalmente avaliada e liberada conforme este procedimento. Os produtos devem permanecer identificados e rastreáveis durante todo o período de segregação. As condições de armazenamento devem ser preservadas quando necessárias à manutenção da qualidade do produto.

14.27 REFERÊNCIAS

- ANVISA. RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 – Boas Práticas Farmacêuticas em farmácias e drogarias.
- ANVISA. RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 – Boas Práticas de Manipulação e requisitos relacionados a produtos reprovados, devolvidos e vencidos.
- ANVISA. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.

- ANVISA. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.
- ANVISA. Portaria SVS/MS nº 344/1998 e atualizações.
- RDC Anvisa nº 63/2011 – Boas Práticas de Funcionamento dos Serviços de Saúde.
- RDC Anvisa nº 67/2007 – requisitos de Boas Práticas de Manipulação; referência para segregação e identificação de produtos reprovados, devolvidos e vencidos nas atividades por ela abrangidas.
- RDC Anvisa nº 44/2009 – Boas Práticas Farmacêuticas para farmácias e drogarias, especialmente requisitos de armazenamento e segregação de produtos impróprios para dispensação.
- RDC Anvisa nº 36/2013 – ações para segurança do paciente em serviços de saúde.
- Portaria SVS/MS nº 344/1998 e atualizações, quando aplicável aos medicamentos sujeitos a controle especial.

POP 15 – MULTIDOSES

15.1 OBJETIVO

Estabelecer critérios e procedimentos para o recebimento, identificação, armazenamento, abertura, utilização, controle e descarte de medicamentos multidoses, garantindo a qualidade, segurança, rastreabilidade e conservação dos medicamentos durante todo o período de utilização.

15.2 ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos profissionais da Farmácia do Pronto Atendimento envolvidos no armazenamento, controle, dispensação e acompanhamento de medicamentos multidoses.

15.3 DEFINIÇÃO

Medicamento multidose: medicamento cuja apresentação permite a retirada de mais de uma dose do mesmo recipiente ou embalagem após sua abertura, conforme características e orientações estabelecidas pelo fabricante.

Exemplos incluem determinadas soluções, suspensões, cremes, pomadas, colírios, gotas, frascos-ampola e outras apresentações destinadas a múltiplas utilizações.

15.4 RESPONSABILIDADES

15.4.1 Farmacêutico Responsável Técnico

- Supervisionar o cumprimento deste POP.
- Orientar a equipe quanto ao correto manuseio dos medicamentos multidoses.
- Avaliar situações de dúvida relacionadas à estabilidade, conservação e prazo de utilização após abertura.
- Determinar a segregação e o descarte de medicamentos que apresentem suspeita de alteração ou perda de qualidade.
- Garantir a atualização dos procedimentos conforme legislação e orientações dos fabricantes.

15.4.2 Equipe da Farmácia

- Realizar o armazenamento conforme as condições determinadas pelo fabricante.
- Conferir integridade, identificação, lote e validade.
- Registrar a data de abertura quando aplicável.
- Manter os medicamentos devidamente identificados.
- Não utilizar medicamentos com prazo de validade ou prazo pós-abertura desconhecido.
- Comunicar imediatamente qualquer alteração, irregularidade ou dúvida ao farmacêutico.

15.5 PROCEDIMENTO

15.5.1 Recebimento e conferência

No recebimento, verificar:

- Nome do medicamento;
- Apresentação e concentração;
- Fabricante;
- Número do lote;
- Prazo de validade;
- Integridade da embalagem;
- Condições de transporte;
- Condições específicas de armazenamento;
- Existência de alterações físicas aparentes.

Medicamentos que apresentem embalagem violada, vazamento, alteração de aspecto ou qualquer outra não conformidade deve ser segregados e avaliados pelo farmacêutico.

15.5.2 Armazenamento

Os medicamentos multidoses devem ser armazenados:

- Em local limpo, organizado e protegido;
- Conforme temperatura e condições indicadas pelo fabricante;
- Protegidos da luz e umidade quando aplicável;
- Separados de produtos incompatíveis;
- De forma a evitar quedas, danos ou contaminações;

Medicamentos que necessitem de refrigeração devem permanecer sob controle de temperatura conforme procedimento específico para medicamentos termolábeis.

15.5.3 Abertura do medicamento

No momento da abertura, o profissional deverá:

- Higienizar as mãos conforme procedimento institucional;
- Conferir o medicamento antes da abertura;
- Verificar as orientações do fabricante quanto ao prazo de utilização após abertura;
- Registrar a data de abertura no recipiente ou embalagem, quando aplicável;
- Registrar a data limite para utilização quando essa informação puder ser determinada com segurança;
- Manter a embalagem original sempre que possível.

Importante: o prazo de utilização após abertura não deve ser definido por regra genérica. Deve ser respeitada a informação do fabricante, bula, registro do produto ou orientação técnica aplicável.

15.5.4 Identificação

Após a abertura, o medicamento deverá permanecer devidamente identificado, contendo, quando aplicável:

- Nome do medicamento;
- Data de abertura;

- Data limite para utilização após abertura;
- Lote;
- Identificação do responsável pela abertura, quando previsto no procedimento institucional.

A identificação deve permanecer legível durante todo o período de utilização.

15.5.5 Manuseio

Durante a utilização:

- Evitar contato do bico, tampa, ponteira ou abertura do recipiente com superfícies contaminadas;
- Não tocar diretamente em partes que tenham contato com o medicamento;
- Manter a embalagem fechada quando não estiver em uso;
- Utilizar utensílios ou dispositivos adequados para retirada das doses;
- Não transferir o conteúdo para outro recipiente, salvo quando houver procedimento técnico específico;
- Não misturar conteúdos de recipientes diferentes;
- Não utilizar medicamento com alteração de cor, odor, consistência, precipitação ou outras características físicas incompatíveis com o produto.

15.5.6 Controle do prazo após abertura

A equipe deverá verificar periodicamente os medicamentos multidoses abertos.

Medicamentos que:

- ultrapassarem o prazo de utilização após abertura;
- estiverem sem identificação da data de abertura quando esta for necessária para determinar sua utilização;
- apresentarem alteração de aspecto;
- tiverem armazenamento inadequado;
- apresentarem embalagem danificada ou contaminada;

deverão ser segregados e encaminhados para avaliação do farmacêutico, não sendo utilizados até a conclusão da avaliação.

15.5.7 Dispensação

Antes da dispensação, o profissional deverá conferir:

- Medicamento correto;
- Concentração e apresentação;
- Lote;
- Validade;
- Integridade da embalagem;
- Condições de conservação;
- Data de abertura, quando aplicável;
- Prazo de utilização após abertura.

Quando o medicamento multidose for destinado ao uso em paciente, devem ser observadas as condições estabelecidas pela instituição e pelo fabricante quanto à identificação, conservação e segurança do produto.

15.5.8 Descarte

Medicamentos multidoses vencidos, contaminados, alterados, sem condições adequadas de utilização ou que tenham ultrapassado o prazo permitido após abertura deverão ser segregados e destinados ao descarte conforme o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS da instituição.

15.6 SITUAÇÕES QUE EXIGEM SEGREGAÇÃO IMEDIATA

O medicamento deve ser retirado de uso quando houver:

- Suspeita de contaminação;
- Alteração de cor, odor, aspecto ou consistência;
- Embalagem danificada;
- Vazamento;
- Ausência de identificação necessária;
- Armazenamento fora das condições estabelecidas;
- Validade expirada;
- Prazo pós-abertura ultrapassado;

- Dúvida quanto à segurança ou estabilidade do produto.

O medicamento segregado deverá ser identificado como "NÃO UTILIZAR – AGUARDANDO AVALIAÇÃO".

15.7 REGISTROS

Quando aplicável, deverão ser mantidos:

- Registro de abertura de medicamentos multidoses;
- Registro de controle de validade;
- Registro de temperatura;

15.8 PRECAUÇÕES

O prazo de utilização após a abertura varia conforme o medicamento e sua apresentação.

- Consultar sempre a bula e/ou rotulagem do fabricante para determinar o prazo de utilização após a abertura.
- A data de abertura deverá ser registrada no medicamento ou em identificação complementar, conforme procedimento institucional.
- Quando o fabricante estabelecer um prazo específico após abertura, deverá ser calculada e registrada a data limite para utilização.
- Para medicamentos que necessitam de reconstituição, deverá ser considerada a estabilidade específica após reconstituição, conforme orientação do fabricante.
- Não utilizar prazo padrão de 30 dias, 60 dias ou outro período para todos os medicamentos multidose, salvo quando esse prazo estiver expressamente estabelecido pelo fabricante ou fundamentado em documentação técnica aplicável.
- O medicamento deverá ser mantido nas condições de temperatura, umidade, luminosidade e conservação estabelecidas pelo fabricante.
- Medicamentos que apresentem alteração de cor, odor, aparência, consistência, precipitação, separação de fases, vazamento, embalagem danificada ou qualquer sinal de alteração deverão ser imediatamente retirados de uso e avaliados pelo farmacêutico responsável.
- Medicamentos multidose não deve ser compartilhados entre pacientes quando houver risco de contaminação ou quando a apresentação não for destinada a esse tipo de utilização.

- O responsável pela dispensação/administração deverá verificar, antes da utilização:
- integridade da embalagem;
- identificação do medicamento;
- lote;
- validade original;
- data de abertura;
- prazo após abertura;
- condições de armazenamento;
- aspecto físico do medicamento.

15.9 FLUXO RESUMIDO



REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 – Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias, quando aplicável.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 – Boas Práticas Farmacêuticas, quando aplicável às atividades desenvolvidas pelo estabelecimento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, e atualizações, quando aplicável a medicamentos sujeitos a controle especial.

Bula e informações técnicas oficiais de cada medicamento.

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS da instituição.

POP 16 – MEDICAMENTOS CONTROLADOS

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar os procedimentos para recebimento, armazenamento, guarda, dispensação, administração, escrituração, controle de estoque e rastreabilidade dos medicamentos sujeitos a controle especial, visando à segurança do paciente, à prevenção de perdas, desvios, furtos e uso indevido, bem como ao cumprimento das normas sanitárias e profissionais vigentes.

Garantir a integridade dos medicamentos, a identificação dos responsáveis pela movimentação, a conferência sistemática dos estoques e a disponibilidade de registros para auditorias internas e inspeções da Vigilância Sanitária.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se à Farmácia Hospitalar, aos dispensários de medicamentos, às unidades de internação, ao pronto-socorro, ao centro cirúrgico, à Unidade de Terapia Intensiva e aos demais setores assistenciais que mantenham ou utilizem medicamentos sujeitos a controle especial.

Aplica-se aos farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais envolvidos no recebimento, armazenamento, dispensação, administração, controle e registro desses medicamentos, respeitadas suas atribuições legais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- Medicamentos sujeitos a controle especial: medicamentos e substâncias submetidos a controle sanitário específico, conforme listas e atualizações da Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais normas vigentes.
- Entorpecentes: substâncias e medicamentos constantes das listas específicas da legislação sanitária, sujeitos a controle especial.
- Psicotrópicos: substâncias e medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e estão sujeitos ao controle sanitário específico.

- Farmácia Hospitalar: unidade técnico-administrativa responsável pela seleção, aquisição, armazenamento, controle, distribuição e acompanhamento do uso de medicamentos e produtos para saúde.
- Dispensário de medicamentos: setor de fornecimento de medicamentos destinado ao atendimento privativo de unidade hospitalar ou equivalente, conforme regulamentação aplicável.
- Escrituração: registro sistemático e cronológico da movimentação de medicamentos sujeitos a controle especial, em livro ou sistema autorizado pela Vigilância Sanitária.
- Balanço de estoque: demonstrativo das entradas, saídas, perdas, devoluções e saldo de medicamentos em determinado período.
- Conferência por plantão: verificação da quantidade física dos medicamentos sujeitos a controle especial, confrontando-a com os registros de estoque, realizada a cada mudança de plantão.
- Inventário: levantamento físico e documental do estoque de medicamentos, realizado para verificar a correspondência entre saldo físico e saldo registrado.
- VISA: Vigilância Sanitária.
- RT: Responsável Técnico.
- EPI: Equipamento de Proteção Individual.
- POP: Procedimento Operacional Padrão.
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Armário ou compartimento exclusivo, resistente e chaveado para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial;
- Chaves ou dispositivos de acesso restrito;
- Livro de registro específico ou sistema informatizado de escrituração autorizado pela Vigilância Sanitária;
- Formulário de controle de estoque por plantão;
- Formulário de balanço e inventário;
- Formulário de registro de divergências de estoque;
- Prescrições médicas;

- Receituários e notificações de receita, quando aplicáveis;
- Prontuário físico ou eletrônico;
- Etiquetas de identificação dos medicamentos;
- Planilha ou sistema institucional de controle de validade;
- Recipientes e materiais para acondicionamento de medicamentos devolvidos;
- Formulário de devolução de medicamentos;
- Formulário de registro de perdas, avarias, vencimentos e inutilizações;
- EPI, conforme avaliação de risco;
- Materiais de limpeza e conservação do armário, conforme rotina institucional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Requisitos transversais

- Garantir que os medicamentos sujeitos a controle especial sejam armazenados em local seguro, com acesso restrito aos profissionais autorizados.
- Manter os medicamentos em armário ou compartimento resistente, chaveado e destinado exclusivamente à guarda desses produtos.
- Assegurar que a chave permaneça sob responsabilidade de profissional designado, não sendo permitido o acesso indiscriminado por outros profissionais.
- Manter o estoque físico compatível com o saldo registrado na escrituração e nos controles internos.
- Realizar conferência quantitativa dos medicamentos a cada troca de plantão.
- Garantir que todas as movimentações sejam registradas de forma cronológica, legível, completa e rastreável.
- Não realizar movimentações sem prescrição, requisição ou documento institucional que justifique a entrada ou saída.
- Não permitir correções com rasuras, apagamentos ou alterações que comprometam a rastreabilidade.
- Comunicar imediatamente qualquer divergência de estoque, perda, avaria, vencimento, suspeita de furto, extravio ou desvio.

- Manter os documentos e registros disponíveis para auditoria e fiscalização da Vigilância Sanitária.
- Cumprir as exigências da Portaria SVS/MS nº 344/1998, suas atualizações e demais normas aplicáveis.

5.2. Armazenamento e guarda dos medicamentos

- Receber os medicamentos sujeitos a controle especial conforme rotina institucional de recebimento de medicamentos.
- Conferir a identificação do medicamento, apresentação, concentração, quantidade, lote, validade e integridade das embalagens.
- Registrar a entrada no sistema ou livro de escrituração autorizado, conforme o fluxo definido pela Farmácia Hospitalar.
- Armazenar os medicamentos em armário ou compartimento exclusivo, resistente e chaveado.
- Manter os medicamentos organizados por denominação, apresentação e concentração, evitando mistura de produtos semelhantes.
- Separar os medicamentos vencidos, avariados, interditados ou em processo de devolução, mantendo-os identificados e segregados do estoque disponível para uso.
- Garantir que os medicamentos sejam armazenados nas condições de temperatura, umidade e conservação especificadas pelo fabricante.
- Restringir o acesso ao armário aos profissionais formalmente autorizados.
- Não deixar a chave no armário, em gavetas abertas ou em locais acessíveis a pessoas não autorizadas.
- Na ausência do profissional responsável pela guarda, a chave deverá ser transferida formalmente ao profissional designado para o plantão subsequente.
- O armário deverá permanecer fechado e chaveado quando não estiver em uso.
- O armazenamento nas unidades assistenciais deverá ser limitado ao quantitativo necessário para atendimento, conforme padronização institucional.

5.3. Dispensação e movimentação dos medicamentos

- A dispensação deverá ocorrer mediante prescrição médica válida ou documento institucional autorizado, conforme legislação vigente.
- Conferir o nome completo do paciente, medicamento, apresentação, concentração, dose, via, frequência e quantidade prescrita.
- Verificar a adequação da prescrição e a existência de informações necessárias para a administração segura.
- Separar o medicamento na quantidade prescrita, conferindo o produto e sua integridade.
- Registrar a saída no sistema ou livro de escrituração autorizado, conforme a responsabilidade definida institucionalmente.
- Quando o medicamento for dispensado para uma unidade assistencial, registrar a unidade de destino, o quantitativo dispensado, a data, o horário e o profissional responsável pelo recebimento.
- A entrega deverá ocorrer mediante conferência entre o profissional dispensador e o profissional que recebe o medicamento.
- Nas unidades assistenciais, a administração deverá ser realizada mediante prescrição médica e conforme os procedimentos de segurança da administração de medicamentos.
- Registrar a administração no prontuário do paciente, incluindo medicamento, dose, via, horário e identificação do profissional responsável.
- Quando houver sobra de medicamento, dose não administrada, suspensão da prescrição ou devolução, o quantitativo deverá ser encaminhado ao fluxo institucional de devolução, com registro correspondente.
- Medicamentos devolvidos deverão ser avaliados quanto à integridade, identificação, condições de armazenamento e possibilidade de reintegração ao estoque.
- Não reintegrar ao estoque medicamentos cuja conservação, integridade ou rastreabilidade não possa ser assegurada.
- A movimentação deverá ser registrada de modo a permitir a identificação do paciente, da prescrição, da unidade assistencial e dos profissionais envolvidos.

5.4. Conferência de medicamentos por plantão

A conferência do estoque de medicamentos sujeitos a controle especial deverá ser realizada obrigatoriamente a cada troca de plantão, como medida institucional de segurança e rastreabilidade.

Procedimento:

- O profissional responsável pelo plantão que está encerrando deverá realizar a conferência física dos medicamentos armazenados no armário.
- O profissional que assume o plantão deverá acompanhar a conferência.
- Conferir o quantitativo físico de cada medicamento, apresentação e concentração.
- Comparar o estoque físico com o saldo registrado no controle institucional.
- Verificar a existência de medicamentos vencidos, avariados, sem identificação ou em condições inadequadas de armazenamento.
- Verificar se existem prescrições pendentes, medicamentos separados para administração, devoluções ou movimentações ainda não registradas.
- Registrar a conferência em formulário próprio, contendo:
  - Data;
  - Horário;
  - Identificação do medicamento;
  - Apresentação e concentração;
  - Saldo físico;
  - Saldo registrado;
  - Identificação dos profissionais envolvidos;
  - Assinatura ou validação eletrônica dos responsáveis.
- Após a conferência, realizar a transferência formal da responsabilidade pela guarda dos medicamentos.
- O armário deverá permanecer fechado e chaveado após a conferência.
- Caso seja identificada divergência, não realizar ajuste de estoque sem apuração e autorização do responsável definido institucionalmente.

5.5. Conferência diária e inventário

- O enfermeiro responsável pela unidade deverá supervisionar a conferência dos medicamentos sujeitos a controle especial.
- O farmacêutico responsável deverá acompanhar os controles de estoque e a escrituração, conforme suas atribuições.
- A conferência diária deverá incluir a análise das movimentações realizadas, das prescrições atendidas, das devoluções e das perdas registradas.
- A Farmácia Hospitalar deverá realizar inventários periódicos dos medicamentos sujeitos a controle especial, conforme cronograma institucional.
- Recomenda-se a realização de inventário completo mensal, além das conferências por plantão.
- O inventário deverá comparar o saldo físico com o saldo do sistema ou livro de escrituração.
- O inventário deverá ser documentado, contendo data, horário, identificação dos medicamentos, quantidades, divergências e responsáveis.
- Na troca de responsável pela guarda, transferência de unidade, mudança de setor ou encerramento de atividade, deverá ser realizada conferência formal do estoque.
- O inventário deverá ser realizado, preferencialmente, por dois profissionais, com participação do responsável pela guarda e do profissional designado para conferência.
- As divergências identificadas deverão ser registradas e investigadas antes de qualquer ajuste.

5.6. Escrituração autorizada pela Vigilância Sanitária

- A escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial deverá ser realizada em livro específico ou sistema informatizado previamente avaliado e autorizado pela Vigilância Sanitária competente, conforme o regime aplicável ao estabelecimento.
- A instituição deverá manter documentação que comprove a autorização do livro ou sistema utilizado, quando exigida.
- A escrituração deverá contemplar as movimentações de entrada, saída, perdas, devoluções e saldo, conforme exigências normativas.
- Os registros deverão ser realizados de forma cronológica, legível e sem rasuras ou emendas.
- A escrituração deverá ser atualizada dentro dos prazos legais aplicáveis.

- O registro deverá permitir a identificação do medicamento pela denominação genérica, apresentação, concentração e demais dados exigidos.
- A movimentação deverá conter, no mínimo, data, documento de origem ou destino, quantidade movimentada, saldo e identificação do responsável.
- O farmacêutico responsável técnico deverá acompanhar a regularidade da escrituração e a conformidade do estoque.
- Quando houver sistema informatizado, deverão ser garantidos controle de acesso, integridade dos dados, rastreabilidade das alterações e cópias de segurança.
- Em caso de indisponibilidade do sistema, deverá ser utilizado o procedimento de contingência aprovado pela instituição e, quando aplicável, pela Vigilância Sanitária.
- Após o restabelecimento do sistema, as movimentações realizadas durante a contingência deverão ser incorporadas, conferidas e regularizadas, sem duplicidade de lançamentos.
- Não deverá ser utilizado sistema paralelo de escrituração sem autorização ou previsão no procedimento de contingência institucional.

5.7. Balanços e cumprimento dos prazos legais

- O farmacêutico responsável técnico deverá identificar quais balanços, mapas e demonstrativos são exigidos para os medicamentos e substâncias mantidos pela instituição, considerando as listas da Portaria SVS/MS nº 344/1998 e suas atualizações.
- Os balanços deverão ser elaborados com base nos registros de movimentação e no estoque físico.
- Os demonstrativos deverão ser conferidos antes de sua assinatura, envio ou apresentação à Vigilância Sanitária.
- A instituição deverá manter cronograma de vencimentos dos balanços e documentos sanitários.
- Os balanços exigidos deverão ser apresentados nos prazos legais, conforme o tipo de substância, medicamento e atividade do estabelecimento.
- Os documentos deverão ser mantidos arquivados e disponíveis para inspeção.
- A ausência de movimentação não dispensa a apresentação de documentos quando houver exigência normativa específica.

- O responsável técnico deverá acompanhar as atualizações normativas e os comunicados da Vigilância Sanitária local.
- Os prazos de entrega e os modelos de balanço deverão ser confirmados junto à VISA competente, considerando as particularidades do estabelecimento hospitalar.

5.8. Guarda de receitas e documentos

- As prescrições médicas relacionadas à dispensação e administração de medicamentos sujeitos a controle especial deverão ser mantidas no prontuário do paciente ou no arquivo institucional correspondente, conforme o fluxo definido.
- As notificações de receita e receitas de controle especial que devam ser retidas deverão ser arquivadas conforme as exigências legais aplicáveis.
- A Farmácia Hospitalar deverá manter os documentos que comprovem a movimentação de medicamentos sujeitos a controle especial, incluindo prescrições, requisições, dispensações, devoluções, perdas e inventários.
- Os documentos deverão ser organizados de modo a permitir a localização por data, paciente, medicamento e movimentação.
- O acesso aos documentos deverá ser restrito aos profissionais autorizados.
- A guarda deverá respeitar os prazos legais de retenção e as normas institucionais de arquivamento de prontuários e documentos sanitários.
- A eliminação de documentos somente poderá ocorrer após o término do prazo de guarda aplicável e conforme procedimento institucional autorizado.
- Os documentos deverão estar disponíveis para auditorias internas e inspeções da Vigilância Sanitária.

5.9. Condutas diante de divergências de estoque

Considerar divergência qualquer diferença entre o quantitativo físico e o saldo registrado, ausência de medicamento, movimentação sem documentação, erro de escrituração, perda, avaria ou suspeita de desvio.

Na identificação de divergência:

- Comunicar imediatamente o enfermeiro responsável pelo plantão e o farmacêutico responsável.
- Manter o armário fechado e restringir novas movimentações do medicamento envolvido, quando possível e sem comprometer a assistência.
- Realizar nova contagem física do medicamento.
- Conferir as prescrições, dispensações, administrações, devoluções e movimentações pendentes.
- Verificar os registros do plantão atual e dos plantões anteriores.
- Registrar a divergência em formulário próprio, contendo data, horário, medicamento, quantidade, profissionais envolvidos e descrição do ocorrido.
- Não realizar ajustes de saldo sem justificativa documental e autorização do responsável competente.
- Comunicar a ocorrência à direção técnica e à gestão responsável, conforme fluxo institucional.
- Em caso de suspeita de furto, extravio, desvio ou outra irregularidade, preservar os registros e documentos, adotar as providências institucionais e realizar as comunicações às autoridades competentes, inclusive à Vigilância Sanitária, quando exigidas.
- Investigar a causa da divergência e implementar medidas corretivas e preventivas.
- Registrar o encerramento da investigação, a justificativa, as providências adotadas e os responsáveis.

5.10. Perdas, avarias, vencimentos e devoluções

- Medicamentos vencidos, avariados, contaminados ou com suspeita de alteração deverão ser imediatamente segregados do estoque disponível para uso.
- A segregação deverá ser realizada em local identificado, com acesso restrito.
- Registrar o medicamento, apresentação, concentração, lote, validade, quantidade e motivo da segregação.
- Comunicar o farmacêutico responsável para avaliação e definição do destino.
- As perdas deverão ser registradas na escrituração ou sistema de controle aplicável.
- A inutilização ou descarte deverá seguir as exigências sanitárias e ambientais vigentes.

- A devolução de medicamentos à Farmácia Hospitalar deverá ser acompanhada de documento que identifique a origem, o medicamento, a quantidade, o motivo e o profissional responsável.
- Medicamentos sujeitos a controle especial não deverão ser descartados em lixo comum, rede de esgoto ou recipientes não autorizados.
- A baixa definitiva do estoque deverá ser realizada somente após a documentação e autorização pertinentes.

6. PERIODICIDADE

O procedimento deverá ser realizado conforme a seguinte periodicidade:

Atividade	Periodicidade
Conferência física do estoque	A cada troca de plantão
Conferência de movimentações e registros	Diariamente
Verificação de validade e condições de armazenamento	Semanalmente
Inventário completo do estoque	Mensalmente e sempre que necessário
Conferência em troca de responsável pela guarda	Obrigatória
Escrituração das movimentações	Conforme prazo legal aplicável
Elaboração e entrega de balanços legais	Conforme cronograma normativo
Investigação de divergências	Imediatamente após identificação
Revisão do POP	Conforme rotina institucional e atualização normativa

A conferência por plantão e o inventário mensal são medidas de segurança institucional. Não substituem a escrituração sanitária nem os balanços exigidos pela legislação.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão permanecer sob guarda segura, com acesso restrito.
- O armário deverá ser resistente, chaveado e destinado exclusivamente ao armazenamento desses medicamentos.
- A chave deverá permanecer sob responsabilidade de profissional formalmente designado.
- A conferência do estoque deverá ocorrer em todas as trocas de plantão, com registro e identificação dos profissionais envolvidos.
- Não será permitido o acesso ao armário por profissionais não autorizados.
- A escrituração deverá ser realizada em livro ou sistema autorizado pela Vigilância Sanitária, conforme o enquadramento sanitário do estabelecimento.
- A Farmácia Hospitalar deverá manter controle atualizado dos medicamentos, das movimentações e dos documentos comprobatórios.
- As prescrições médicas deverão ser mantidas no prontuário ou arquivo correspondente, conforme o fluxo institucional.
- Os receituários e notificações sujeitos à retenção deverão ser arquivados conforme a legislação vigente.
- Os balanços legais deverão ser elaborados e apresentados dentro dos prazos aplicáveis.
- A instituição deverá manter procedimento de contingência para indisponibilidade de sistema.
- As divergências de estoque deverão ser apuradas imediatamente, com registro e comunicação aos responsáveis.
- É vedada a realização de ajustes de estoque sem justificativa documental.
- Medicamentos vencidos, avariados ou com suspeita de desvio de qualidade deverão ser segregados e identificados.
- A equipe deverá receber capacitação periódica sobre armazenamento, dispensação, administração, escrituração e controle de medicamentos sujeitos a controle especial.
- A Farmácia Hospitalar deverá manter atualizada a relação dos medicamentos sujeitos a controle especial padronizados na instituição.
- Os procedimentos deverão ser revisados sempre que houver alteração normativa ou identificação de não conformidades.

8. RESPONSÁVEL(S)

Farmacêutico Responsável Técnico

- Garantir a conformidade do armazenamento, controle e escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial.
- Acompanhar a regularidade dos livros e sistemas de escrituração.
- Realizar ou supervisionar os inventários.
- Verificar a correspondência entre o estoque físico e o saldo registrado.
- Acompanhar a elaboração dos balanços e documentos sanitários exigidos.
- Orientar a equipe quanto às exigências legais.
- Investigar divergências de estoque em conjunto com a gestão responsável.
- Garantir a segregação e destinação adequada de medicamentos vencidos, avariados ou inutilizados.
- Manter os documentos disponíveis para fiscalização.
- Promover capacitação dos profissionais envolvidos.
- Acompanhar as atualizações da legislação sanitária.

Enfermeiro Responsável pela Unidade

- Supervisionar o armazenamento e a guarda dos medicamentos sujeitos a controle especial na unidade assistencial.
- Garantir a conferência do estoque a cada troca de plantão.
- Verificar a correspondência entre o estoque físico e os registros institucionais.
- Assegurar que a chave do armário permaneça sob responsabilidade de profissional autorizado.
- Supervisionar a administração dos medicamentos conforme prescrição médica.
- Garantir o registro adequado da administração e das devoluções.
- Comunicar imediatamente divergências, perdas, avarias ou suspeitas de desvio.
- Acompanhar a investigação das ocorrências.
- Garantir a capacitação da equipe de enfermagem.

Técnico em Enfermagem

- Realizar a conferência dos medicamentos sujeitos a controle especial a cada troca de plantão, conforme rotina institucional.
- Conferir o quantitativo físico e os registros correspondentes.
- Realizar a administração conforme prescrição médica e atribuições legais.
- Registrar a administração no prontuário do paciente.
- Realizar a devolução dos medicamentos não utilizados conforme fluxo institucional.
- Manter o armário fechado e chaveado após a utilização.
- Comunicar imediatamente qualquer divergência ou intercorrência.
- Participar dos treinamentos institucionais.

Direção Técnica/Gestão Administrativa

- Garantir condições estruturais e operacionais adequadas para o armazenamento seguro.
- Disponibilizar armários, sistemas, formulários e recursos necessários.
- Apoiar a investigação de irregularidades.
- Garantir o cumprimento dos fluxos institucionais.
- Assegurar a implementação de medidas corretivas e preventivas.

9. REGISTRO(S)

Deverão ser mantidos os seguintes registros:

Registro	Responsável
Livro ou sistema de escrituração autorizado	Farmacêutico RT
Registro de entrada e saída de medicamentos	Farmácia Hospitalar
Controle de estoque por plantão	Enfermagem
Formulário de conferência diária	Enfermeiro / Farmacêutico
Inventário físico mensal	Farmácia Hospitalar
Balanços e demonstrativos legais	Farmacêutico RT
Registro de devoluções	Farmácia / Enfermagem
Registro de perdas, avarias e vencimentos	Farmácia Hospitalar
Registro de divergências de estoque	Enfermeiro / Farmacêutico
Prescrições médicas	Prontuário do paciente
Notificações de receita e receitas retidas	Farmácia Hospitalar
Registro de transferência de responsabilidade pela guarda	Enfermagem
Relatórios de investigação de irregularidades	Gestão responsável
Registros de capacitação	Educação Permanente / Gestão

Os registros deverão conter, quando aplicável:

- Data e horário;
- Identificação do medicamento;
- Apresentação e concentração;
- Quantidade movimentada;
- Saldo anterior e saldo atualizado;
- Documento de origem ou destino;
- Identificação do paciente ou unidade assistencial;
- Identificação dos profissionais envolvidos;
- Assinaturas ou validações eletrônicas;
- Justificativa de divergências;
- Condutas adotadas;

- Resultado da investigação;
- Identificação do responsável pelo encerramento da ocorrência.

Os livros, balanços e documentos de movimentação deverão ser arquivados pelo prazo legal aplicável. A Portaria SVS/MS nº 344/1998 prevê, como regra geral, prazo de dois anos para livros, balanços e documentos comprobatórios de movimentação, ressalvadas disposições específicas que estabeleçam prazo diferente.

10. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, com suas alterações posteriores. Texto atualizado da Portaria nº 344/1998.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 6, de 29 de janeiro de 1999. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344/1998, com suas alterações posteriores.

3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 22, de 29 de abril de 2014. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC, e dá outras providências. Texto da RDC nº 22/2014.

4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em Farmácias, quando aplicável.

5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos, com suas alterações posteriores, quando aplicável.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as respectivas sanções e dá outras providências.

7. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

8. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

POP 17- GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)

16.1 INTRODUÇÃO

O gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) é parte integrante da segurança assistencial, da saúde ocupacional e da proteção ambiental. No Pronto Atendimento, a geração de resíduos ocorre em diferentes pontos, como recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação, procedimentos, suturas, curativos, coleta de materiais, observação, expurgo, farmácia, limpeza e áreas administrativas.

A RDC Anvisa nº 222/2018 regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e determina que todo gerador sujeito à norma elabore, implante, implemente e monitore seu PGRSS. O plano deve contemplar as características e riscos dos resíduos e as etapas de geração, segregação, acondicionamento, identificação, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, além de ações de emergência e acidentes. A própria Anvisa reforça que a segregação deve ocorrer no momento e local da geração.citeturn0search0turn0search1

Este POP estabelece o procedimento operacional do Pronto Atendimento para o gerenciamento dos RSS e deve ser utilizado em conjunto com o PGRSS institucional, contratos de coleta e destinação, licenças aplicáveis e normas municipais, estaduais e ambientais vigentes.

16.2 OBJETIVO

Estabelecer critérios e responsabilidades para o gerenciamento seguro dos resíduos gerados no Pronto Atendimento, desde a geração até a destinação final, promovendo segregação correta, redução de riscos, proteção dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e meio ambiente, rastreabilidade e conformidade sanitária e ambiental.

16.3 ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os colaboradores, profissionais assistenciais, administrativos, terceirizados, limpeza, manutenção, coleta interna e demais pessoas que participem direta ou indiretamente do manejo dos resíduos no Pronto Atendimento.

16.4 BASE LEGAL E NORMATIVA

RDC Anvisa nº 222/2018 – Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

RDC Anvisa nº 36/2013 – ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

RDC Anvisa nº 63/2011 – requisitos de Boas Práticas de Funcionamento dos Serviços de Saúde.

Resolução CONAMA nº 358/2005 – tratamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.

Lei nº 12.305/2010 – Política Nacional de Resíduos Sólidos, quando aplicável.

NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

Normas técnicas da ABNT aplicáveis ao acondicionamento, identificação, coleta, transporte e armazenamento.

Legislação ambiental, sanitária e de limpeza urbana municipal e estadual aplicável ao estabelecimento.

A RDC nº 222/2018 substituiu a RDC nº 306/2004 e permanece como referência sanitária nacional para o gerenciamento de RSS. A CONAMA nº 358/2005 disciplina especialmente tratamento e disposição final e permanece como referência ambiental.

16.5 DEFINIÇÕES

RSS: Resíduos resultantes das atividades exercidas nos serviços relacionados à atenção à saúde.

PGRSS: Plano que descreve as ações relativas ao gerenciamento dos RSS, considerando características e riscos dos resíduos.

Segregação: Separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com sua classificação.

Acondicionamento: Ato de embalar os resíduos segregados em recipientes adequados para proteção contra vazamentos, perfurações e exposição.

Identificação: Conjunto de medidas que permite reconhecer o tipo de resíduo e seus riscos.

Armazenamento temporário: Guarda temporária dos recipientes de resíduos, em local apropriado, até a coleta interna/externa conforme fluxo.

Abrigo externo: Local destinado à guarda dos recipientes de RSS até a coleta externa.

Tratamento: Processo que altera as características físicas, químicas ou biológicas do resíduo para reduzir ou eliminar riscos.

Destinação final: Encaminhamento do resíduo ou rejeito para solução ambientalmente adequada, conforme sua classificação e legislação.

16.6 RESPONSABILIDADES

16.6.1 Responsável pelo PGRSS / Gestão

- Manter o PGRSS atualizado e disponível para consulta.
- Garantir recursos, estrutura e contratos necessários ao gerenciamento.
- Monitorar indicadores e planos de ação.
- Articular-se com Farmácia, Enfermagem, Higienização, SESMT, Qualidade e demais setores.
- Manter documentação de coleta, tratamento e destinação.

16.6.2 Responsável técnico / profissional habilitado

- Orientar tecnicamente o gerenciamento dos RSS.
- Avaliar alterações do processo e necessidades de atualização.
- Assinar documentos técnicos quando exigido.

16.6.3 Equipe assistencial

- Segregar corretamente o resíduo no momento da geração.
- Não descartar resíduos em recipientes incompatíveis.
- Comunicar acidentes, derramamentos, falta de recipientes ou não conformidades.

16.6.4 Higienização / coleta interna

- Realizar coleta interna conforme frequência e rota definidas.
- Utilizar EPIs e equipamentos adequados.
- Transportar recipientes sem misturar grupos incompatíveis.
- Comunicar recipientes danificados, excesso de carga ou irregularidades.

16.6.5 Farmácia

- Segregar medicamentos vencidos, impróprios, devolvidos ou resíduos químicos conforme classificação aplicável.
- Manter fluxo específico para produtos sujeitos a controle especial quando aplicável.
- Comunicar perdas, derramamentos e desvios.

16.6.6 SESMT

- Apoiar avaliação de riscos ocupacionais relacionados ao manejo de RSS.
- Participar de investigação de acidentes e exposições ocupacionais.
- Apoiar treinamentos e medidas de prevenção.

16.7 CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS

A RDC nº 222/2018 classifica os RSS em cinco grupos: A – biológicos; B – químicos; C – radioativos; D – sem risco biológico, químico ou radiológico; E – perfurocortantes ou escarificantes.

Grupo	Característica	Exemplos no Pronto Atendimento	Conduta geral
A	Possível presença de agentes biológicos com risco de infecção.	Gazes, compressas, materiais com sangue/secreções, resíduos de atendimento conforme enquadramento.	Segregar, acondicionar e encaminhar conforme subgrupo e RDC 222.

Grupo	Característica	Exemplos no Pronto Atendimento	Conduta geral
B	Resíduos contendo substâncias químicas com risco à saúde/ambiente.	Medicamentos vencidos ou impróprios, resíduos de produtos químicos, saneantes e outros conforme características.	Segregar e destinar conforme compatibilidade, risco e legislação.
C	Materiais contendo radionuclídeos acima dos limites de eliminação.	Somente se houver serviço/atividade com material radioativo.	Não gerar no PA convencional; seguir CNEN quando aplicável.
D	Sem risco biológico, químico ou radiológico, equiparável ao domiciliar.	Papel administrativo, embalagens limpas, resíduos de áreas administrativas e outros enquadrados.	Segregar para coleta convencional/reciclagem quando aplicável.
E	Perfurocortantes ou escarificantes.	Agulhas, lâminas, lancetas, escalpes, ampolas de vidro quebradas e similares.	Descartar imediatamente em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento.

16.8 SEGREGAÇÃO NA FONTE

A segregação deve ocorrer imediatamente após a geração e no local onde o resíduo é produzido.

É proibido misturar grupos de resíduos de forma que altere sua classificação ou aumente o risco.

Os recipientes devem estar disponíveis nos pontos de geração.

O profissional que gera o resíduo é responsável por realizar a segregação correta.

Na dúvida quanto à classificação, o resíduo deve ser mantido em condição segura e a situação comunicada ao responsável pelo PGRSS.

Resíduos perfurocortantes nunca devem ser descartados em sacos comuns.

A segregação na fonte e no momento da geração é uma exigência central do gerenciamento de RSS e reduz o volume de resíduos que necessita de manejo diferenciado.

16.9 ACONDICIONAMENTO

- Utilizar recipientes compatíveis com o grupo e característica do resíduo.
- Não exceder a capacidade dos recipientes.
- Manter sacos e recipientes íntegros e fechados quando atingido o limite de acondicionamento.
- Evitar compactação manual dos resíduos.
- Não pressionar ou empurrar resíduos para dentro do recipiente.
- Substituir recipientes danificados imediatamente.
- Manter recipientes de perfurocortantes em posição estável e próximos aos pontos de geração.

16.10 PERFUROCORTANTES – GRUPO E

- Descartar imediatamente após o uso no recipiente apropriado.
- Não reencapar agulhas quando a prática não for indispensável e quando houver alternativa segura.
- Não desconectar manualmente agulhas ou manipular perfurocortantes desnecessariamente.
- Não ultrapassar o limite de enchimento indicado pelo fabricante.
- Fechar o recipiente conforme instrução do fabricante.
- Substituir o recipiente quando atingir o limite de segurança.
- Comunicar imediatamente acidentes com perfurocortantes ao fluxo institucional de acidente de trabalho.

16.11 RESÍDUOS DO GRUPO A – BIOLÓGICOS

- Segregar no ponto de geração.
- Utilizar recipiente/saco compatível com o resíduo e identificação correspondente.
- Evitar vazamentos e contato direto do trabalhador.
- Não misturar com resíduos comuns.
- Encaminhar ao armazenamento e tratamento/destinação conforme o subgrupo aplicável.

16.12 RESÍDUOS DO GRUPO B – QUÍMICOS

- Identificar o produto e sua característica de risco.
- Não descartar produtos químicos em pia ou rede de esgoto sem previsão legal e técnica.
- Manter produtos incompatíveis segregados.
- Medicamentos vencidos ou impróprios devem seguir fluxo específico da Farmácia.
- Manter embalagens e identificação sempre que necessárias à rastreabilidade.
- Destinar por empresa/licenciado ou sistema legalmente aplicável.

16.13 RESÍDUOS DO GRUPO D

- Segregar dos resíduos de risco.
- Destinar para coleta convencional quando enquadrado como Grupo D.
- Encaminhar materiais recicláveis para fluxo de reciclagem quando houver coleta e logística adequadas.
- Não contaminar recicláveis com resíduos biológicos, químicos ou perfurocortantes.

16.14 GRUPO C – RADIOATIVOS

O Pronto Atendimento deverá registrar como 'não aplicável' caso não desenvolva atividades que gerem resíduos radioativos. Se houver alteração do perfil assistencial ou utilização de fontes/material radioativo, o gerenciamento deverá seguir os requisitos da CNEN e os procedimentos específicos, não sendo permitido utilizar o fluxo comum de RSS.

16.15 IDENTIFICAÇÃO DOS RECIPIENTES

- Os recipientes devem permitir identificação clara do tipo de resíduo.
- A simbologia e identificação devem atender à legislação aplicável.
- Os recipientes de perfurocortantes devem possuir identificação específica.
- Produtos químicos devem manter identificação compatível com o risco.
- Quando houver padronização visual institucional, ela deve ser divulgada em todos os pontos de geração.

16.16 COLETA INTERNA

- Realizar coleta em horários e frequência definidos conforme volume e risco.

- Utilizar carros/recipientes adequados ao transporte interno.
- Não transportar resíduos junto com medicamentos, alimentos, roupas limpas ou materiais esterilizados.
- Evitar cruzamento desnecessário com fluxo de pacientes.
- Não arrastar sacos pelo piso.
- Não exceder capacidade do carro/coletor.
- Higienizar equipamentos após uso conforme rotina institucional.

16.17 ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO / EXTERNO

- Manter local exclusivo ou devidamente delimitado conforme estrutura do serviço.
- Impedir acesso de pessoas não autorizadas e animais.
- Manter piso, paredes e superfícies em condições adequadas de limpeza.
- Manter recipientes fechados e íntegros.
- Separar resíduos incompatíveis.
- Controlar frequência de coleta externa para evitar acúmulo excessivo.
- Manter documentação de retirada e destinação.

16.18 COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS

- Ser realizados por empresa contratada e/ou serviço público autorizado, conforme classificação.
- Veículos e equipamentos devem ser compatíveis com o tipo de resíduo.
- Manter documentação contratual, licenças e comprovantes de coleta/destinação conforme exigências aplicáveis.
- Não permitir que resíduos sejam transportados por empresa sem comprovação de regularidade quando esta for exigida.

16.19 TRATAMENTO E DESTINAÇÃO FINAL

A destinação deve seguir a classificação do resíduo, a legislação sanitária e ambiental e as condições estabelecidas pelo órgão competente e pelo prestador contratado. Os resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico podem, quando aplicável, ser encaminhados para

reciclagem, recuperação, reutilização, compostagem, aproveitamento energético ou logística reversa, com disposição final ambientalmente adequada.

16.20 MEDICAMENTOS E RESÍDUOS DA FARMÁCIA

- Separar medicamentos vencidos, danificados, impróprios ou recolhidos do estoque disponível.
- Não descartar medicamentos em lixo comum ou rede de esgoto quando houver fluxo específico.
- Manter rastreabilidade de produtos sujeitos a controle especial quando aplicável.
- Seguir POP específico de quarentena/segregação da Farmácia.
- Seguir fluxo de gerenciamento de resíduos químicos e medicamentos conforme classificação e contrato de destinação.

16.21 ACIDENTES, DERRAMAMENTOS E EXPOSIÇÕES

- Interromper a atividade e isolar o local.
- Evitar contato direto com o resíduo.
- Utilizar EPI adequado ao risco.
- Comunicar imediatamente a liderança responsável.
- Realizar limpeza/descontaminação conforme procedimento específico.
- Em exposição ocupacional, encaminhar imediatamente ao fluxo institucional de acidente de trabalho e exposição a material biológico, quando aplicável.
- Registrar a ocorrência.
- Investigar causas e implementar ações preventivas.

16.22 PLANO DE CONTINGÊNCIA

Falta de coletores ou sacos adequados: interromper a geração quando possível e providenciar reposição imediata; nunca improvisar recipiente inseguro.

Interdição do abrigo externo: comunicar gestão e utilizar área alternativa previamente definida no PGRSS.

Falha na coleta externa: comunicar empresa contratada e gestão; impedir acúmulo além da capacidade segura.

Rompimento de saco: isolar, utilizar EPI, acondicionar novamente de forma segura e higienizar o local.

Acidente com perfurocortante: seguir fluxo de acidente de trabalho e exposição ocupacional.

Derramamento químico: seguir FISPQ e procedimento de emergência específico do produto.

Falha contratual de destinação: impedir descarte irregular e acionar gestão para solução regularizada.

16.23 HIGIENIZAÇÃO DOS RECIPIENTES E ÁREAS

- Realizar limpeza e desinfecção dos carros de coleta e áreas conforme cronograma.
- Utilizar produtos saneantes regularizados e conforme orientação do fabricante.
- Manter registros de limpeza quando definido pelo serviço.
- Em derramamentos, realizar atendimento imediato conforme risco e procedimento específico.

16.24 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

- Luvas adequadas ao risco.
- Calçado fechado e resistente.
- Avental ou vestimenta de proteção conforme atividade.
- Proteção ocular/facial quando houver risco de respingos.
- Máscara ou proteção respiratória quando indicada pela avaliação de risco.
- Outros EPIs definidos pelo PGR e procedimentos específicos.
- O EPI deve ser definido de acordo com o risco da atividade e não substitui as medidas de prevenção coletiva e os procedimentos seguros.

16.25 TREINAMENTO E EDUCAÇÃO CONTINUADA

Todos os trabalhadores envolvidos no gerenciamento de RSS, inclusive os temporários, devem receber capacitação compatível com suas atividades. A RDC nº 222/2018 exige programa de educação continuada para os envolvidos no gerenciamento.

- Classificação dos RSS.
- Segregação no ponto de geração.
- Acondicionamento.

- Identificação.
- Perfurocortantes.
- Uso de EPIs.
- Coleta e transporte interno.
- Armazenamento.
- Acidentes e emergências.
- Prevenção de riscos ocupacionais.
- Responsabilidades e comunicação de não conformidades.

16.26 INDICADORES DO PGRSS

- Quantidade de RSS gerada por grupo, quando mensurável.
- Taxa de segregação incorreta identificada nas inspeções.
- Número de acidentes relacionados ao manejo de RSS.
- Número de recipientes inadequados ou superlotados.
- Percentual de colaboradores treinados.
- Percentual de coletas realizadas conforme programação.
- Número de não conformidades relacionadas ao abrigo externo.
- Quantidade de resíduos recicláveis encaminhados para reciclagem, quando aplicável.
- Ocorrências de falha de coleta/destinação.
- Percentual de ações corretivas concluídas.

16.27 INSPEÇÃO PERIÓDICA

- A inspeção deverá verificar, no mínimo:
- Existência e identificação dos recipientes nos pontos de geração.
- Segregação correta.
- Ausência de perfurocortantes em lixo comum.
- Ausência de resíduos comuns em recipientes de risco sem justificativa.
- Recipientes sem vazamentos ou danos.
- Ausência de superlotação.
- Identificação correta.

- Condições do abrigo externo.
- Registros de coleta.
- Disponibilidade de EPIs.
- Condições de higiene.
- Não conformidades e ações corretivas.

16.28 FLUXO GERAL DO PGRSS

O fluxo geral do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Farmácia segue as etapas descritas nas seções anteriores deste POP:

- segregação na fonte, conforme classificação dos resíduos (itens 16.7 e 16.8);
- acondicionamento em recipientes e sacos apropriados, com identificação dos recipientes (itens 16.9 a 16.15);
- coleta interna nos horários e rotas estabelecidos (item 16.16);
- armazenamento temporário/externo até a coleta (item 16.17);
- coleta e transporte externos por empresa habilitada (item 16.18);
- tratamento e destinação final conforme o grupo de resíduo (item 16.19).

16.29 NÃO CONFORMIDADES

- Resíduo descartado em grupo incorreto.
- Perfurocortante em saco comum.
- Recipiente sem identificação.
- Recipiente superlotado.
- Saco rasgado ou com vazamento.
- Coleta não realizada no prazo.
- Ausência de EPI.
- Resíduo acumulado fora do local definido.
- Empresa de coleta sem documentação válida quando exigida.
- Ausência de registro de coleta/destinação.
- Treinamento vencido ou não realizado.

Não conformidades devem ser registradas, avaliadas quanto ao risco e tratadas por meio do fluxo institucional de ação corretiva/preventiva, com definição de responsável, prazo e verificação de eficácia.

16.30 DOCUMENTOS E REGISTROS

- PGRSS institucional vigente.
- Mapa/fluxo dos pontos de geração.
- Planilha de estimativa e/ou controle de geração.
- Checklists de inspeção.
- Registros de treinamento.
- Registros de coleta interna quando aplicável.
- Comprovantes de coleta externa.
- Certificados/comprovantes de tratamento e destinação, quando aplicáveis.
- Contratos e documentos da empresa responsável pela coleta/destinação.
- Registros de acidentes e incidentes.
- Registros de não conformidades e CAPA.
- Licenças e documentos ambientais/sanitários pertinentes.

16.31 REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO PGRSS

O PGRSS e este POP devem ser revisados quando houver mudança no perfil assistencial, alteração de setores ou processos, introdução de novos resíduos, alteração de empresa de coleta/destinação, mudança de legislação, ocorrência relevante ou necessidade identificada nas inspeções.
A RDC nº 222/2018 exige que o PGRSS esteja disponível para consulta e contemple as características e riscos dos resíduos e as etapas do manejo.

16.32 DISPOSIÇÕES FINAIS

É responsabilidade de todos os profissionais realizar a segregação correta no momento da geração. Nenhum colaborador deve descartar um resíduo em recipiente inadequado por falta de conhecimento, devendo buscar orientação do responsável pelo PGRSS.

O gerenciamento deve priorizar a não geração, redução, segregação adequada e destinação ambientalmente correta, sempre preservando a saúde dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e meio ambiente.

16.33 REFERÊNCIAS

ANVISA. RDC nº 222, de 28 de março de 2018 – Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.citeturn0search0turn0search24.

CONAMA. Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005 – Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.citeturn0search2.

ANVISA. Gerenciamento de resíduos – orientações e perguntas e respostas sobre a RDC nº 222/2018.

Lei Federal nº 12.305/2010 – Política Nacional de Resíduos Sólidos.

NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

Normas ABNT aplicáveis ao gerenciamento de resíduos.

Legislação estadual e municipal vigente aplicável ao estabelecimento.

V.1.10.13 POP - Serviço de Controle Patrimonial e Mobiliário

CONTROLE DO DOCUMENTO

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios padronizados para identificação, registro, guarda, utilização, movimentação, conservação, inventário, manutenção, transferência, devolução e baixa de bens patrimoniais e mobiliários utilizados no Pronto Atendimento de Palmas/TO, assegurando rastreabilidade, responsabilização, integridade dos registros e adequada prestação de contas.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos gestores locais, responsáveis técnicos, setores administrativos, colaboradores, prestadores de serviço e demais profissionais que utilizem, movimentem, guardem ou tenham responsabilidade sobre bens existentes nas unidades sob gestão do Instituto Social de Saúde São Lucas em Palmas/TO.

3. PRINCÍPIOS DO CONTROLE PATRIMONIAL

Todo bem deve possuir identificação e registro compatíveis com sua titularidade e forma de disponibilização.

A movimentação física do bem deve corresponder ao registro patrimonial e à sua localização real.

Nenhum bem poderá ser retirado da unidade sem registro e autorização conforme este POP.

Os bens devem ser utilizados exclusivamente para finalidade institucional e preservados durante toda a sua vida útil.

Bens municipais/públicos, próprios do Instituto, locados, cedidos ou em comodato devem permanecer claramente diferenciados no cadastro.

Alterações relevantes devem ser registradas de forma rastreável e comunicadas às instâncias competentes quando aplicável.

4. DEFINIÇÕES

Inventário patrimonial: levantamento físico destinado a confirmar existência, identificação, localização, titularidade, condição de uso e estado de conservação dos bens.

Material de consumo: material que, em razão do uso corrente, perde normalmente sua identidade física ou possui utilização limitada, conforme critérios administrativos aplicáveis.

Material permanente: bem que preserva sua identidade física durante o uso e possui caráter durável.

Bem público/municipal: bem pertencente ao Município ou disponibilizado ao serviço público municipal, cuja guarda deve observar o instrumento jurídico e os controles da Administração.

Bem próprio do Instituto: bem adquirido com recursos próprios e registrado como pertencente ao Instituto Social de Saúde São Lucas.

Bem locado: bem de propriedade de terceiro disponibilizado mediante contrato de locação.

Bem em comodato/cessão: bem disponibilizado temporariamente por terceiro ou ente público, permanecendo a titularidade com o proprietário/cedente.

Responsável pelo Controle Patrimonial: profissional formalmente designado para coordenar cadastro, identificação, movimentações, inventários e registros patrimoniais.

Responsável Local/Gestor Local: profissional responsável pela unidade ou setor e pela conferência, guarda administrativa e comunicação das movimentações dos bens sob sua área.

Usuário do bem: profissional que utiliza o bem e possui dever de zelo, comunicação de avarias e observância das regras de movimentação.

Termo de movimentação/saída: registro que formaliza transferência, retirada temporária, manutenção, cessão ou outra movimentação autorizada.

5. RESPONSABILIDADES

5.1 GESTÃO/DIREÇÃO

- Assegurar a implementação deste POP e a definição dos responsáveis pelo controle patrimonial;
- Deliberar, dentro de sua competência, sobre situações excepcionais, divergências relevantes e medidas corretivas;
- Garantir interface com o Município quando o bem for público/municipal ou quando o instrumento contratual exigir comunicação ou autorização.

5.2 GESTOR LOCAL DA UNIDADE

- Acompanhar a localização e o estado dos bens da unidade;
- Comunicar imediatamente aquisições, transferências, retiradas, devoluções, avarias, extravios ou divergências;
- Autorizar ou encaminhar para autorização as movimentações conforme competência definida;
- Manter disponíveis os registros e documentos patrimoniais da unidade;
- Participar dos inventários e validar as divergências encontradas.

5.3 RESPONSÁVEL PELO CONTROLE PATRIMONIAL

- Manter cadastro atualizado dos bens e sua titularidade;
- Providenciar identificação patrimonial adequada;
- Registrar entradas, transferências, saídas temporárias, devoluções e baixas autorizadas;
- Coordenar inventários e conciliações;
- Manter arquivo físico e/ou eletrônico dos documentos de suporte.

5.4 TODOS OS COLABORADORES E PRESTADORES

- Zelar pelos bens utilizados;
- Não transferir ou retirar bens sem autorização e registro;

- Comunicar imediatamente dano, mau funcionamento, desaparecimento ou mudança de localização;
- Utilizar equipamentos e mobiliários de acordo com sua finalidade.

6. CLASSIFICAÇÃO E TITULARIDADE

No cadastro patrimonial, a origem e a titularidade devem ser registradas de forma inequívoca. A identificação interna de controle aplicada a bem locado, cedido ou em comodato não caracteriza incorporação ao patrimônio do Instituto. Sempre que houver identificação do proprietário ou do Município, ela deverá ser preservada.

- Municipal/público
- Próprio do Instituto
- Locado
- Comodato
- Cedido/termo de cessão
- Outra situação documentalmente comprovada

7. RECEBIMENTO, CADASTRO E INCORPORAÇÃO

- Conferir documento de origem, quantidade, descrição, marca, modelo, número de série e condições do bem.
- Identificar a titularidade e o regime de disponibilização antes do cadastro.
- Registrar unidade, setor/localização, responsável local, data de entrada e condição inicial.
- Registrar número patrimonial municipal e/ou identificação interna, quando existentes.
- Arquivar documento fiscal, termo de cessão/comodato, contrato, doação ou outro documento que comprove a origem.
- Quando houver divergência no recebimento, manter o bem sob controle e comunicar o gestor antes da aceitação definitiva.

8. IDENTIFICAÇÃO PATRIMONIAL

- A etiqueta, plaqueta ou outro identificador deverá ser afixado em local visível, seguro e que não prejudique informações técnicas, limpeza, manutenção ou funcionamento do bem.

- Evitar superfícies curvas, frágeis ou de baixa aderência;
- Não cobrir número de série, identificação do fabricante, alertas ou informações assistenciais;
- Substituir identificação danificada, ilegível ou perdida, mantendo o histórico do registro;
- Para bens de terceiros, utilizar identificação de controle que deixe clara a titularidade e não induza interpretação de propriedade do Instituto.

9. CONTROLE FÍSICO E CONSERVAÇÃO

O controle físico é permanente e deve assegurar correspondência entre o cadastro e a situação real do bem.

9.1 CONTROLE DE LOCALIZAÇÃO

A localização física deve ser conferida periodicamente. Divergências entre o local registrado e o local real devem ser regularizadas mediante registro da movimentação e ciência do responsável local.

9.2 ESTADO DE CONSERVAÇÃO

Condição	Critério
Novo	bem recentemente incorporado e sem sinais relevantes de uso.
Bom	em condições adequadas e em uso normal.
Ocioso	em condições de uso, porém sem utilização no momento.
Recuperável	necessita intervenção, com possibilidade técnica e administrativa de recuperação.
Antieconômico	possui manutenção onerosa, baixo desempenho, desgaste ou obsolescência que desaconselha sua continuidade.
Irrecuperável	não possui condições de utilização ou recuperação técnica/economicamente justificável.

10. MOVIMENTAÇÃO INTERNA E TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Toda mudança de setor, sala, unidade ou responsável deverá ser previamente comunicada ao gestor local e registrada no controle patrimonial. A transferência entre unidades deverá conter identificação do bem, origem, destino, data, motivo e responsáveis pela entrega e recebimento.

Quando se tratar de bem municipal/público, a movimentação deverá observar as autorizações e comunicações previstas no instrumento de gestão e nas orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

11. SAÍDA TEMPORÁRIA PARA MANUTENÇÃO

Nenhum bem poderá sair da unidade para manutenção, avaliação técnica ou reparo sem registro formal. O controle deverá conter, no mínimo:

- Número patrimonial/identificação e titularidade;
- Descrição, marca, modelo e número de série;
- Unidade e setor de origem;
- Condição do bem no momento da saída;
- Motivo e descrição do serviço;
- Número da ordem de serviço, quando aplicável;
- Empresa/destino do bem;
- Nome e identificação do responsável pela liberação e pela retirada;
- Data de saída e previsão de retorno;
- Data efetiva de devolução e conferência das condições no retorno.
- Equipamentos médico-assistenciais sujeitos à Engenharia Clínica deverão seguir também o fluxo técnico específico, inclusive laudo ou ordem de serviço quando aplicável.

12. INVENTÁRIO PATRIMONIAL

- O inventário consiste na verificação física e documental dos bens, contemplando identificação, localização, titularidade, condição de uso e estado de conservação. Deverá ser utilizado como instrumento de controle, conciliação e prestação de contas.

- Inventário inicial: realizado no início da gestão/assunção da unidade ou contrato, para identificação dos bens recebidos sob responsabilidade.
- Inventário periódico/anual: destinado a confrontar o cadastro com a existência física e registrar as variações ocorridas.
- Inventário extraordinário: realizado quando houver mudança relevante de gestão, ocorrência patrimonial, determinação administrativa ou necessidade de conferência específica.
- Inventário de encerramento: realizado ao término da gestão/contrato, com conciliação dos bens e formalização das pendências.
- Toda divergência deverá ser registrada e analisada, com identificação da causa provável e definição de ação corretiva.

13. EXTRAVIO, FURTO, ROUBO, DANO OU AVARIA

- Comunicar imediatamente o gestor local e o responsável pelo controle patrimonial;
- Preservar registros, imagens, documentos e demais elementos disponíveis para apuração;
- Registrar formalmente a ocorrência administrativa;
- Nos casos de furto ou roubo, adotar as providências formais cabíveis pela instância competente;
- Quando necessário, obter avaliação ou laudo técnico para caracterização de dano, recuperabilidade ou perda;
- Atualizar o cadastro somente após a formalização e autorização da providência patrimonial correspondente.

14. BAIXA, DEVOLUÇÃO E BENS INSERVÍVEIS

A baixa patrimonial não poderá ser realizada apenas com base na constatação física de inutilização. Deverá existir processo ou registro formal que demonstre a situação do bem e a autorização competente.

- Devolução de bem locado, cedido ou em comodato;
- Devolução ao Município ou instituição de origem;
- Doação, quando formalmente autorizada;
- Extravio, furto ou roubo após providências cabíveis;

- Avaria ou condição irrecuperável, mediante avaliação/laudo quando aplicável;
- Destinação de bem inservível, observando sua titularidade e a competência para autorizar a destinação.
- Bens municipais/públicos não poderão ser alienados, doados, descartados ou baixados por decisão unilateral do Instituto. A providência deverá ser submetida ao fluxo e à autorização do titular/órgão competente, conforme aplicável.

15. ENCERRAMENTO DA GESTÃO/CONTRATO

- Realizar inventário final e conciliação com o inventário inicial e movimentações do período;
- Segregar os bens por titularidade;
- Identificar bens em manutenção, transferidos, cedidos, ausentes ou com pendência documental;
- Formalizar devoluções e termos de entrega quando aplicáveis;
- Emitir relação final das divergências e pendências ainda existentes;
- Preservar os registros necessários à prestação de contas.

16. REGISTROS E RASTREABILIDADE

Devem ser mantidos, conforme aplicável:

- Planilha ou sistema de controle patrimonial;
- Documentos de aquisição/origem e termos de cessão, comodato ou locação;
- Termos de movimentação e transferência;
- Controles de saída e retorno para manutenção;
- Inventários e relatórios de divergências;
- Laudos técnicos e ordens de serviço;
- Registros de ocorrência, devolução e baixa;
- Comunicações e autorizações da Secretaria Municipal de Saúde quando exigidas.

17. INDICADORES DE CONTROLE

Indicador	Forma de acompanhamento	Periodicidade sugerida
Percentual de bens inventariados	Bens conferidos / bens cadastrados x 100	Anual e no encerramento
Divergências patrimoniais	Quantidade de divergências identificadas	A cada inventário
Bens sem identificação adequada	Quantidade de bens sem etiqueta/registro suficiente	Periódica
Bens em manutenção fora do prazo	Quantidade de bens com retorno vencido	Mensal
Pendências de regularização	Quantidade de ocorrências ainda sem solução documental	Mensal

18. FLUXO OPERACIONAL RESUMIDO



19. ORIENTAÇÕES GERAIS

É vedada a retirada ou transferência informal de bens.

A guarda de documentos poderá ocorrer em meio físico e/ou eletrônico, desde que assegurada a rastreabilidade.

Aquisições, incorporações, reformas relevantes, baixas e alterações de equipamentos que repercutam no patrimônio devem gerar atualização imediata do controle.

O gestor local deverá garantir espaço adequado para bens temporariamente fora de uso, evitando perda, dano ou mistura com materiais destinados ao descarte.

Situações não previstas neste POP deverão ser submetidas à Gestão/Direção e, quando envolverem patrimônio municipal, à instância competente do Município.

ANEXO I - CONTROLE DE PATRIMÔNIO / INVENTÁRIO

Unidade: _____ Setor: _____ Data: ___/___/_____

Item	Patrim. Munic.	Ident. ISL	Titularidade	Bem/Mobiliário	Marca/Modelo	Nº série	Localização	Condição	Status	Observações
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ANEXO II - CONTROLE DE SAÍDA DE BENS PARA MANUTENÇÃO

Unidade / setor de origem	
Nº patrimônio municipal / identificação ISL	
Titularidade	
Descrição do bem	
Marca / modelo / nº de série	
Condição na saída	
Motivo / descrição do serviço	
Nº da ordem de serviço	
Empresa / destino	
Responsável pela liberação	
Responsável pela retirada	
Data da saída	
Previsão de retorno	
Data efetiva do retorno	
Condição no retorno / observações	

Assinatura/ciência do responsável pela devolução:

_____

ANEXO III - TERMO DE MOVIMENTAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Data	
Bem / descrição	
Nº patrimônio / identificação	
Titularidade	
Unidade/setor de origem	
Unidade/setor de destino	
Motivo da movimentação	
Responsável pela entrega	
Responsável pelo recebimento	
Autorização / ciência do gestor	
Observações	

ANEXO IV - REGISTRO DE DIVERGÊNCIA PATRIMONIAL

Unidade / setor	
Data da identificação	
Bem / nº patrimonial	
Divergência identificada	
Situação encontrada	
Causa provável	
Ação imediata	
Responsável pela tratativa	
Prazo para regularização	
Desfecho / evidência	

V.1.10.14 Transporte de Pacientes

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios técnicos, assistenciais, operacionais e de segurança para o transporte de pacientes em Ambulância Tipo B – Suporte Básico, garantindo continuidade do cuidado, segurança do paciente e dos profissionais, comunicação entre os serviços e adequada transferência de responsabilidade assistencial.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos profissionais envolvidos na solicitação, autorização, regulação, preparação, execução e acompanhamento do transporte de pacientes realizado por Ambulância Tipo B vinculada aos serviços sob gestão do Instituto Social de Saúde São Lucas em Palmas/TO.

3. DEFINIÇÃO

A Ambulância Tipo B – Ambulância de Suporte Básico é destinada ao transporte de pacientes cuja condição seja compatível com os recursos disponíveis nessa modalidade de transporte, conforme avaliação profissional e regulamentação vigente.

A utilização da Ambulância Tipo B deverá respeitar:

- condição clínica do paciente;
- risco assistencial;
- necessidade de monitoramento;
- recursos necessários durante o trajeto;
- distância e tempo estimado de transporte;
- disponibilidade e capacidade do serviço de destino;
- definição/regulação do destino;
- composição da equipe;
- recursos disponíveis na ambulância.

4. PRINCÍPIO FUNDAMENTAL

A escolha do tipo de ambulância deverá ser determinada pela necessidade assistencial do paciente e não apenas pela disponibilidade do veículo.

Paciente cuja condição clínica exija recursos superiores aos disponíveis na Ambulância Tipo B deverá ser transportado em modalidade compatível com seu risco e necessidade assistencial.

5. INDICAÇÕES

A Ambulância Tipo B poderá ser utilizada, conforme avaliação assistencial e fluxo de regulação, para:

- transferência entre serviços de saúde;
- encaminhamento para hospital ou serviço de referência;
- transferência para realização de exame ou procedimento quando houver necessidade de transporte em ambulância;
- transporte de paciente cuja condição demande suporte básico;
- outras situações compatíveis com a finalidade e capacidade assistencial da ambulância.

6. CONTRAINDICAÇÃO OPERACIONAL

A Ambulância Tipo B não deverá ser utilizada quando a avaliação indicar necessidade de recursos de suporte avançado incompatíveis com sua estrutura.

Na identificação de necessidade superior:
Avaliar paciente → estabilizar dentro dos recursos disponíveis → comunicar Regulação/serviço competente → solicitar modalidade de transporte adequada → manter assistência até transferência segura.

7. RESPONSABILIDADES

7.1 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Compete, quando aplicável:

- avaliar as condições clínicas;
- indicar a necessidade de transferência;
- estabelecer medidas de estabilização antes do transporte;
- definir necessidades assistenciais relacionadas ao deslocamento;
- elaborar documentação clínica pertinente;
- realizar contato/discussão com serviço de referência quando previsto no fluxo;
- reavaliar o paciente diante de alteração clínica antes da saída.

A indicação de transferência não deverá ocorrer exclusivamente por solicitação administrativa quando houver necessidade de avaliação clínica.

7.2 ENFERMAGEM

Compete, dentro de suas atribuições:

- avaliar e preparar o paciente;
- verificar identificação;
- executar cuidados prescritos/indicados;
- verificar dispositivos;
- organizar materiais necessários;
- participar da transferência do cuidado;
- realizar registros;
- comunicar alterações clínicas;
- acompanhar o transporte quando previsto pela composição da equipe e pelas necessidades assistenciais.

7.3 CONDUTOR

Compete:

- possuir habilitação e requisitos legalmente exigidos para condução de veículo de emergência;
- realizar checklist veicular;
- conduzir de forma segura;
- observar as normas de trânsito;
- comunicar falhas e ocorrências;
- auxiliar na segurança operacional do embarque e desembarque, dentro de suas atribuições;
- preservar o veículo e os equipamentos.

A condução em situação de urgência não afasta o dever de segurança.

7.4 REGULAÇÃO/FLUXO MUNICIPAL

Compete, conforme organização municipal:

- definir ou confirmar o destino;

- articular vaga/serviço de referência;
- orientar o fluxo da transferência;
- registrar as informações pertinentes.

8. SOLICITAÇÃO DO TRANSPORTE

A solicitação deverá conter, conforme aplicável:

- nome do paciente;
- idade/data de nascimento;
- identificação;
- unidade de origem;
- diagnóstico ou hipótese diagnóstica;
- condição clínica;
- motivo da transferência;
- destino;
- profissional solicitante;
- necessidade de oxigênio;
- dispositivos existentes;
- necessidade de monitoramento;
- precauções específicas;
- informações relevantes para segurança do transporte.

9. REGULAÇÃO E DEFINIÇÃO DO DESTINO

Quando a transferência depender de regulação:



O paciente não deverá ser encaminhado para serviço sem definição adequada do destino, exceto nas hipóteses previstas nos fluxos de urgência e regulação aplicáveis.

10. AVALIAÇÃO ANTES DO TRANSPORTE

Antes da saída, deverão ser avaliados e registrados, conforme condição do paciente:

- nível de consciência;
- pressão arterial;
- frequência cardíaca;
- frequência respiratória;
- saturação de oxigênio;
- temperatura quando pertinente;
- dor;
- condição respiratória;
- condição circulatória;
- sangramentos;
- dispositivos;
- acesso venoso, quando existente;
- oxigenoterapia;
- risco de deterioração durante o trajeto.

Qualquer alteração relevante deverá ser comunicada antes da saída.

11. ESTABILIZAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE

Sempre que necessário e possível, o paciente deverá ser estabilizado antes da transferência.

A estabilização poderá compreender:

- permeabilidade de vias aéreas;
- suporte de oxigênio;
- controle de sangramento;
- imobilização quando indicada;
- acesso venoso quando indicado;
- administração de medicamentos prescritos;
- controle de dor;
- posicionamento adequado;
- proteção térmica;
- outras medidas compatíveis com a situação.

O transporte não deverá substituir medidas imediatas de estabilização disponíveis na unidade.

12. IDENTIFICAÇÃO SEGURA

Antes do embarque deverão ser conferidos pelo menos dois identificadores do paciente, sempre que possível.

Exemplos:

- nome completo;
- data de nascimento;
- número do prontuário;
- CNS/CPF conforme registro disponível.

As informações deverão corresponder à documentação encaminhada.

13. DOCUMENTAÇÃO DO PACIENTE

O paciente deverá ser encaminhado com documentação necessária à continuidade do cuidado, conforme aplicável:

- identificação;
- relatório médico;
- resumo clínico;
- exames;
- prescrições;
- registros de enfermagem;
- documentos de regulação;
- ficha de transferência;
- demais documentos pertinentes.

Documentos contendo informações de saúde deverão permanecer protegidos contra acesso indevido.

14. CHECKLIST DA AMBULÂNCIA ANTES DA SAÍDA

Antes do início das atividades ou conforme rotina operacional, deverão ser conferidos:

Veículo

- condições gerais;
- pneus;
- iluminação;
- sinalização;
- combustível;
- cintos;
- travas;
- maca e sistema de fixação;
- documentação;
- comunicação;
- climatização quando disponível;
- sinalização de emergência;
- equipamentos obrigatórios.

Compartimento assistencial

- maca;
- cintos de segurança;
- cadeira de transporte quando aplicável;
- oxigênio;
- fluxômetro/regulador;
- dispositivos para administração de oxigênio;
- materiais de suporte ventilatório compatíveis com a modalidade;
- materiais para atendimento de emergência previstos para a ambulância;
- EPIs;
- materiais de curativo;
- demais materiais e equipamentos padronizados.

A relação definitiva deverá observar a classificação da ambulância e a regulamentação vigente.

15. OXIGÊNIO

Antes da saída deverá ser verificada a disponibilidade de oxigênio suficiente para:

tempo estimado de transporte + consumo previsto + margem de segurança.

Deverão ser verificados:

- pressão/carga disponível;
- conexão;
- funcionamento do regulador;
- fluxômetro;
- dispositivos necessários;
- fixação segura do cilindro.

É vedado iniciar transporte com necessidade prevista de oxigenoterapia sem reserva compatível com o trajeto.

16. PREPARAÇÃO PARA EMBARQUE

Antes da movimentação:

1. identificar o paciente;
2. confirmar destino;
3. conferir documentação;
4. verificar condição clínica;
5. conferir dispositivos;
6. organizar equipamentos;
7. posicionar adequadamente;
8. garantir fixação à maca;
9. utilizar cintos;
10. garantir segurança da equipe;
11. registrar horário de saída.

17. DURANTE O TRANSPORTE

O paciente deverá permanecer adequadamente posicionado e protegido.

A equipe deverá:

- acompanhar sua condição;
- observar sinais de deterioração;
- manter os dispositivos seguros;
- manter oxigenoterapia quando indicada;
- realizar intervenções compatíveis com suas atribuições e recursos disponíveis;
- comunicar intercorrências;
- registrar eventos relevantes.

Paciente e profissionais deverão utilizar os dispositivos de segurança compatíveis com suas posições durante o deslocamento.

18. INTERCORRÊNCIA CLÍNICA DURANTE O TRANSPORTE

Diante de deterioração:



Quando a situação superar a capacidade assistencial da Ambulância Tipo B, deverá ser acionado suporte adequado conforme fluxo de urgência vigente.

19. ENTREGA DO PACIENTE NO DESTINO

A transferência somente estará concluída após a entrega segura do paciente ao profissional/serviço receptor.

Deverão ser transmitidas informações relevantes, incluindo:

- identificação;
- motivo da transferência;
- condição clínica;
- intervenções realizadas;
- medicamentos administrados;
- dispositivos;
- oxigenoterapia;
- intercorrências durante o trajeto;
- informações relevantes para continuidade do cuidado.

Sempre que previsto, deverá ser registrado:

- horário de chegada;
- serviço de destino;
- profissional que recebeu;
- condição do paciente na entrega.

20. RECUSA OU IMPOSSIBILIDADE DE RECEBIMENTO NO DESTINO

Caso haja dificuldade de recebimento:

- manter assistência ao paciente;
- não abandonar o usuário;
- comunicar imediatamente a Regulação e a unidade de origem;
- solicitar orientação;

- registrar a ocorrência;
- seguir definição da autoridade assistencial/regulatória competente.

21. TRANSPORTE DE CRIANÇAS

O transporte pediátrico deverá considerar:

- idade;
- peso;
- condição clínica;
- necessidade de dispositivo de segurança apropriado;
- necessidade de acompanhante;
- equipamentos compatíveis;
- risco assistencial.

Quando a condição clínica exigir suporte especializado superior ao disponível, deverá ser utilizada modalidade adequada.

22. TRANSPORTE DE GESTANTES

A gestante deverá ser avaliada antes do transporte.

Deverão ser considerados:

- idade gestacional;
- condições maternas;
- condições fetais quando disponíveis;
- presença de sangramento;
- contrações;
- ruptura de membranas;
- sinais de trabalho de parto;
- risco obstétrico;
- tempo/distância até o destino.

Diante de risco de parto iminente ou instabilidade, a equipe deverá reavaliar a segurança do transporte e acionar o suporte adequado.

23. PACIENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE DOENÇA TRANSMISSÍVEL

Deverão ser adotadas precauções compatíveis com a forma de transmissão, incluindo:

- EPIs;
- organização do compartimento;
- redução de exposição desnecessária;
- comunicação ao destino quando pertinente;
- limpeza e desinfecção após o transporte.

24. PACIENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



A necessidade de boletim de ocorrência ou outra providência administrativa não deverá atrasar atendimento ou transferência clinicamente necessária.

25. HIGIENIZAÇÃO E DESINFECÇÃO

Após cada transporte deverá ser realizada limpeza do compartimento assistencial conforme necessidade.

Quando houver:

- sangue;
- secreções;
- fluidos corporais;
- doença transmissível;
- contaminação relevante,

deverá ser realizada limpeza e desinfecção conforme POP institucional de higienização de ambulâncias.

Resíduos deverão ser segregados e destinados conforme o PGRSS.

26. ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Em caso de exposição ocupacional:

1. realizar cuidados imediatos;
2. comunicar responsável;
3. seguir protocolo institucional de exposição a material biológico;
4. buscar avaliação indicada;
5. registrar a ocorrência;
6. realizar acompanhamento conforme protocolo.

27. PANE DA AMBULÂNCIA



Se houver deterioração clínica, deverá ser solicitado suporte assistencial adequado.

28. ACIDENTE DE TRÂNSITO

Em acidente envolvendo a ambulância:

7. avaliar segurança da cena;
8. avaliar paciente e equipe;
9. solicitar apoio de emergência quando necessário;
10. comunicar Regulação/Gestão;
11. providenciar continuidade do transporte quando necessária;
12. acionar órgãos competentes;
13. registrar a ocorrência;
14. preservar documentação e informações;
15. encaminhar veículo para avaliação antes de nova utilização quando indicado.

A prioridade deverá ser a segurança e continuidade assistencial do paciente.

29. MULTAS E INFRAÇÕES

Aplicam-se aos condutores das ambulâncias as regras institucionais de responsabilização por infrações de trânsito.

O condutor responderá pelas infrações decorrentes de atos praticados na direção, conforme legislação vigente.

Infrações legalmente atribuídas ao proprietário permanecerão sob responsabilidade deste.

A utilização de sinais sonoros e luminosos de emergência deverá ocorrer somente nas situações e condições autorizadas pela legislação.

30. REGISTRO DO TRANSPORTE

Cada transporte deverá permitir rastreabilidade, incluindo:

- paciente;
- origem;
- destino;

- motivo;
- solicitação;
- regulação;
- equipe;
- condutor;
- veículo;
- horários;
- condição antes da saída;
- intercorrências;
- condição na entrega;
- quilometragem;
- profissional/serviço receptor, quando aplicável.

31. INDICADORES

Recomenda-se acompanhar:

- número de transportes;
- transferências por destino;
- tempo entre solicitação e saída;
- tempo de transporte;
- intercorrências clínicas;
- cancelamentos;
- panes;
- acidentes;
- indisponibilidade da ambulância;
- consumo de oxigênio;
- não conformidades de checklist;
- percentual de checklists realizados;
- ocorrências relacionadas à transferência do cuidado.

32. FLUXO OPERACIONAL



33. REGISTROS OBRIGATÓRIOS

Deverão ser mantidos, conforme aplicabilidade:

- ficha de solicitação/transporte;
- checklist da ambulância;
- controle de oxigênio;
- registro de saída e retorno;
- relatório/ficha de transferência;
- registro de intercorrências;
- registro de higienização;
- controle de materiais e equipamentos;
- manutenção;
- acidentes;
- panes;
- indicadores.

34. DISPOSIÇÕES FINAIS

A transferência de um paciente não se resume ao deslocamento entre dois serviços. Constitui processo assistencial que exige avaliação, preparação, comunicação, segurança, continuidade do cuidado e transferência adequada da responsabilidade entre as equipes.

Nenhuma necessidade administrativa deverá se sobrepor à segurança clínica do paciente.

A Ambulância Tipo B deverá ser utilizada exclusivamente para situações compatíveis com sua capacidade assistencial, será disponibilizado 1 ambulância Tipo B por UPA 24h, com tripulação de 1 condutor + 1 técnico de enfermagem por plantão, dedicada exclusivamente.

Quando houver mudança da condição clínica antes ou durante o transporte, a modalidade de suporte deverá ser reavaliada.

Sempre que a necessidade clinica do paciente obrigar, deverá se seguir com a solicitação ao Complexo Regulador Estadual do Tocantins, com registro de protocolo, horário e resposta, e o SAMU 192 para suporte avançado.

Este POP deverá ser revisado sempre que houver alteração da legislação, da organização da Rede de Atenção à Saúde, do fluxo de Regulação, das referências municipais ou do escopo contratual.

ANEXO I – CHECKLIST DA AMBULÂNCIA TIPO B

Data: _____ /_____/_____

Ambulância/Placa: _____

Condutor: _____

Profissional responsável pela conferência assistencial: _____

VEÍCULO

- Pneus
- Iluminação
- Sinalização
- Combustível
- Cintos
- Maca/fixação
- Documentação
- Comunicação
- Sinalização de emergência
- Condições gerais adequadas

COMPARTIMENTO ASSISTENCIAL

- Maca
- Cintos
- Oxigênio
- Regulador/fluxômetro
- Dispositivos de oxigenoterapia
- Materiais de suporte ventilatório padronizados
- EPIs
- Materiais de curativo
- Equipamentos/materiais previstos para a ambulância

- Compartimento limpo e organizado

Não conformidades: _____

Ambulância liberada: ( ) Sim ( ) Não

ANEXO II – FICHA DE TRANSPORTE/TRANSFERÊNCIA

Paciente: _____

Data de nascimento: //_____

Origem: _____

Destino: _____

Motivo da transferência:

Regulação/CROSS: _____

Condição antes da saída:

PA: _____ FC: _____ FR: _____ SpO_2: _____ Glasgow/consciência: _____

Oxigênio: ( ) Não ( ) Sim – Fluxo: _____

Dispositivos: _____

Horário da saída: _____

Intercorrências durante o transporte:

Horário de chegada: _____

Condição na entrega:

Profissional/serviço receptor: _____

Equipe do transporte: _____

Condutor: _____

ANEXO III – CONTROLE DE HIGIENIZAÇÃO

Data	Ambulância	Horário	Tipo de limpeza/ desinfecção	Motivo	Produto/ procedimento padronizado	Responsável	Liberação

ANEXO IV – REGISTRO DE INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE

Paciente: _____

Data/Hora: _____

Local aproximado: _____

Intercorrência:

Condição clínica identificada:

Condutas realizadas:

Suporte acionado: _____

Houve mudança de destino? ( ) Não ( ) Sim

Destino final: _____

Profissional responsável pelo registro: _____

V.1.11 Manual de Rotinas Administrativo-Financeiras e de Gestão de Custos

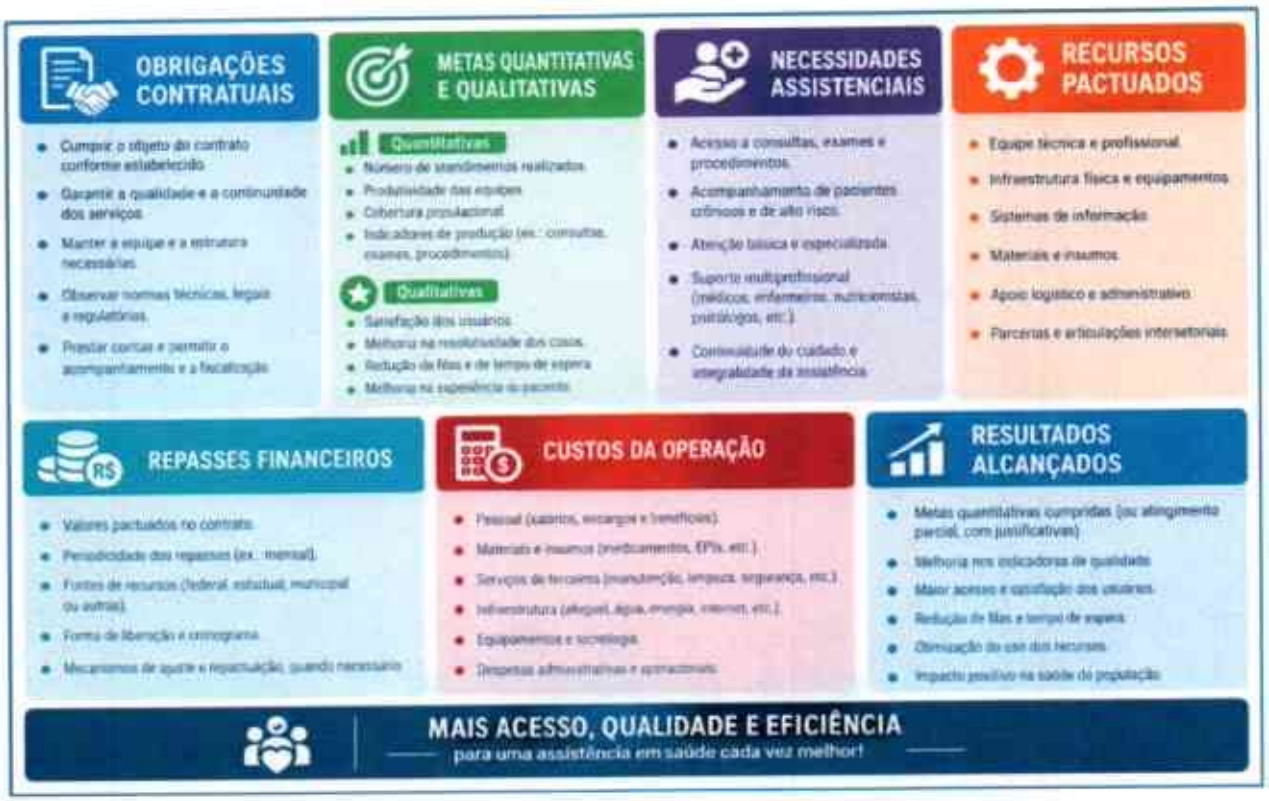
1. Apresentação

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL implantará nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul, uma Política de Gestão Financeira orientada pelos princípios da legalidade, planejamento, eficiência, economicidade, transparência, integridade, rastreabilidade, controle, responsabilidade e sustentabilidade econômico-financeira.

A política foi estruturada para assegurar a administração eficiente dos negócios internos e externos relacionados as UPAs Norte e Sul, mediante integração entre planejamento assistencial, metas contratuais, orçamento, cronograma de repasses, fluxo de caixa, recursos humanos, materiais, medicamentos, suprimentos, contratos, custos, pagamentos, contabilidade, prestação de contas e resultados assistenciais.

O modelo parte do entendimento de que a adequada gestão financeira de uma unidade de saúde não se limita ao controle de pagamentos. Ela compreende todo o ciclo de planejamento e utilização dos recursos, desde a definição das necessidades programadas até a avaliação dos resultados alcançados.

Para tanto, será estabelecida correlação permanente entre:



Essa integração permitirá identificar antecipadamente desvios, riscos e necessidades de intervenção, contribuindo para a continuidade assistencial e para a preservação do equilíbrio da execução contratual.

2. Objetivo geral

Implantar e manter modelo moderno, eficiente, econômico, seguro e transparente de gestão financeira para as Unidades de Pronto Atendimento, capaz de assegurar adequada administração dos recursos materiais e financeiros, atendimento das necessidades programadas, controle da execução contratual e suporte à tomada de decisão.

3. Objetivos específicos

A Política de Gestão Financeira terá como objetivos:

- assegurar planejamento orçamentário e financeiro compatível com as obrigações assumidas;
- programar financeiramente as necessidades assistenciais e administrativas;

- acompanhar o cronograma dos repasses estabelecido contratualmente;
- monitorar valores previstos e efetivamente recebidos;
- acompanhar o fluxo de caixa e as obrigações futuras;
- controlar receitas, despesas e compromissos;
- integrar gestão financeira, assistencial, administrativa e contratual;
- acompanhar metas quantitativas e qualitativas e seus possíveis impactos financeiros;
- monitorar custos e despesas por natureza e centro de custo;
- reduzir desperdícios e despesas evitáveis;
- garantir segurança e rastreabilidade dos pagamentos;
- estabelecer segregação de funções e níveis de autorização;
- manter conciliações bancárias e controles documentais;
- identificar precocemente riscos de desequilíbrio na execução contratual;
- garantir adequada prestação de contas;
- disponibilizar informações gerenciais tempestivas;
- estabelecer indicadores de desempenho econômico-financeiro;
- assegurar mecanismos de controle, auditoria e melhoria contínua.

4. Diretrizes da gestão financeira

A política será orientada pelas seguintes diretrizes:

Planejamento: as despesas deverão estar, sempre que possível, vinculadas às necessidades assistenciais e administrativas previamente identificadas e programadas.

Economicidade: os recursos serão utilizados buscando a adequada relação entre custo, necessidade, qualidade e resultado.

Eficiência: serão adotados fluxos padronizados, ferramentas de gestão e recursos tecnológicos para aumentar segurança, produtividade e capacidade de controle.

Transparência: os atos de natureza financeira deverão possuir documentação e registros que permitam demonstrar sua origem, finalidade e execução.

Rastreabilidade: será mantida capacidade de acompanhar o recurso desde sua previsão até sua efetiva aplicação e prestação de contas.

Segregação de funções: solicitação, autorização, contratação, recebimento, ateste, pagamento, conciliação e contabilização serão distribuídos conforme competências e controles internos.

Gestão por resultados: a execução financeira será permanentemente relacionada às metas, obrigações e resultados previstos no Contrato de Gestão.

Gestão de riscos: situações capazes de comprometer a continuidade da operação ou o equilíbrio da execução contratual serão identificadas, analisadas e tratadas tempestivamente.

5. Modelo integrado de gestão

A gestão financeira seguirá ciclo permanente:

PLANEJAR → PROGRAMAR → EXECUTAR → CONTROLAR → ANALISAR → CORRIGIR → REPLANEJAR

O planejamento estabelecerá as necessidades.

- A programação estabelecerá prioridades, disponibilidade e cronograma financeiro.
- A execução realizará as despesas devidamente processadas e autorizadas.
- O controle verificará conformidade financeira, documental, contratual e orçamentária.
- A análise confrontará recursos, custos, metas e resultados.
- Os desvios identificados gerarão ações corretivas ou preventivas.

6. Planejamento orçamentário e financeiro

O planejamento será elaborado considerando as necessidades necessárias ao funcionamento da unidade, contemplando, conforme aplicável:

- produção assistencial;
- recursos humanos;
- medicamentos;
- materiais médico-hospitalares;

- alimentação;
- higienização;
- lavanderia;
- gases medicinais;
- serviços terceirizados;
- manutenção predial;
- engenharia clínica;
- equipamentos;
- tecnologia da informação;
- logística;
- serviços públicos;
- obrigações tributárias, trabalhistas e contratuais e demais despesas necessárias à execução do objeto.

A programação financeira será compatibilizada com o planejamento assistencial, as metas contratadas e o cronograma financeiro previsto para o Contrato de Gestão.

7. Gestão dos repasses e programação do fluxo de caixa

A adequada execução do Contrato de Gestão pressupõe compatibilidade entre obrigações assumidas, metas pactuadas, custos da operação e recursos financeiros previstos.

Nesse sentido, o ISSSL realizará acompanhamento sistemático dos repasses previstos contratualmente, mantendo controle de:

valor previsto → competência → data prevista → valor recebido → data efetiva do recebimento → eventual diferença → impacto financeiro.

O fluxo de caixa será elaborado considerando entradas previstas, recursos disponíveis, compromissos assumidos e projeções de desembolso.

A regularidade dos repasses conforme as condições estabelecidas no instrumento contratual constituem elemento necessário ao adequado planejamento e execução das obrigações assistenciais, trabalhistas, tributárias, contratuais e operacionais.

Eventuais diferenças ou atrasos relevantes serão registrados e avaliados quanto aos seus impactos, permitindo a adoção tempestiva das providências administrativas e contratuais cabíveis.

8. Gestão das metas quantitativas e qualitativas

A gestão financeira será integrada ao acompanhamento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Essa integração é indispensável porque a produção assistencial, os indicadores de qualidade e as obrigações contratuais possuem relação direta com o planejamento dos recursos e poderão possuir repercussões financeiras conforme as disposições contratuais aplicáveis.

Será adotado o seguinte fluxo:



A gestão acompanhará sistematicamente:

- metas quantitativas previstas × realizadas;
- metas qualitativas previstas × alcançadas;
- produção assistencial;
- indicadores pactuados;
- evidências comprobatórias;
- desvios de produção;
- eventuais glosas ou descontos previstos contratualmente;

- impactos financeiros;
- planos de ação para recuperação de metas.

O objetivo será impedir que desvios assistenciais sejam identificados somente após produzirem repercussão financeira ou contratual.

9. Controle orçamentário

A execução será acompanhada sistematicamente por meio da análise:

ORÇADO → COMPROMETIDO → REALIZADO → PAGO

O desempenho financeiro será confrontado com o orçamento previsto.

Variações relevantes serão submetidas à análise de causa, identificação do impacto e definição de providências.

Esse acompanhamento permitirá antecipar tendências de extrapolação orçamentária e subsidiar decisões gerenciais.

10. Gestão por centros de custo

As despesas serão apropriadas, sempre que aplicável, aos respectivos centros de custo.

A metodologia permitirá identificar quanto e onde os recursos estão sendo utilizados, acompanhar tendências, comparar períodos e reconhecer setores ou atividades com variações relevantes.

A gestão poderá analisar, entre outros, custos relacionados às áreas assistenciais, diagnósticas, apoio, farmácia, nutrição, higienização, manutenção e administração.

11. Gestão dos negócios internos

A gestão financeira estará integrada aos setores envolvidos na execução dos serviços:

DIREÇÃO → ASSISTÊNCIA → RH/DP → SUPRIMENTOS → FARMÁCIA → CONTRATOS → FINANCEIRO → CONTABILIDADE → PRESTAÇÃO DE CONTAS → GOVERNANÇA.

As demandas deverão observar os fluxos institucionais de planejamento, autorização, execução, conferência e controle.

12. Gestão dos negócios externos

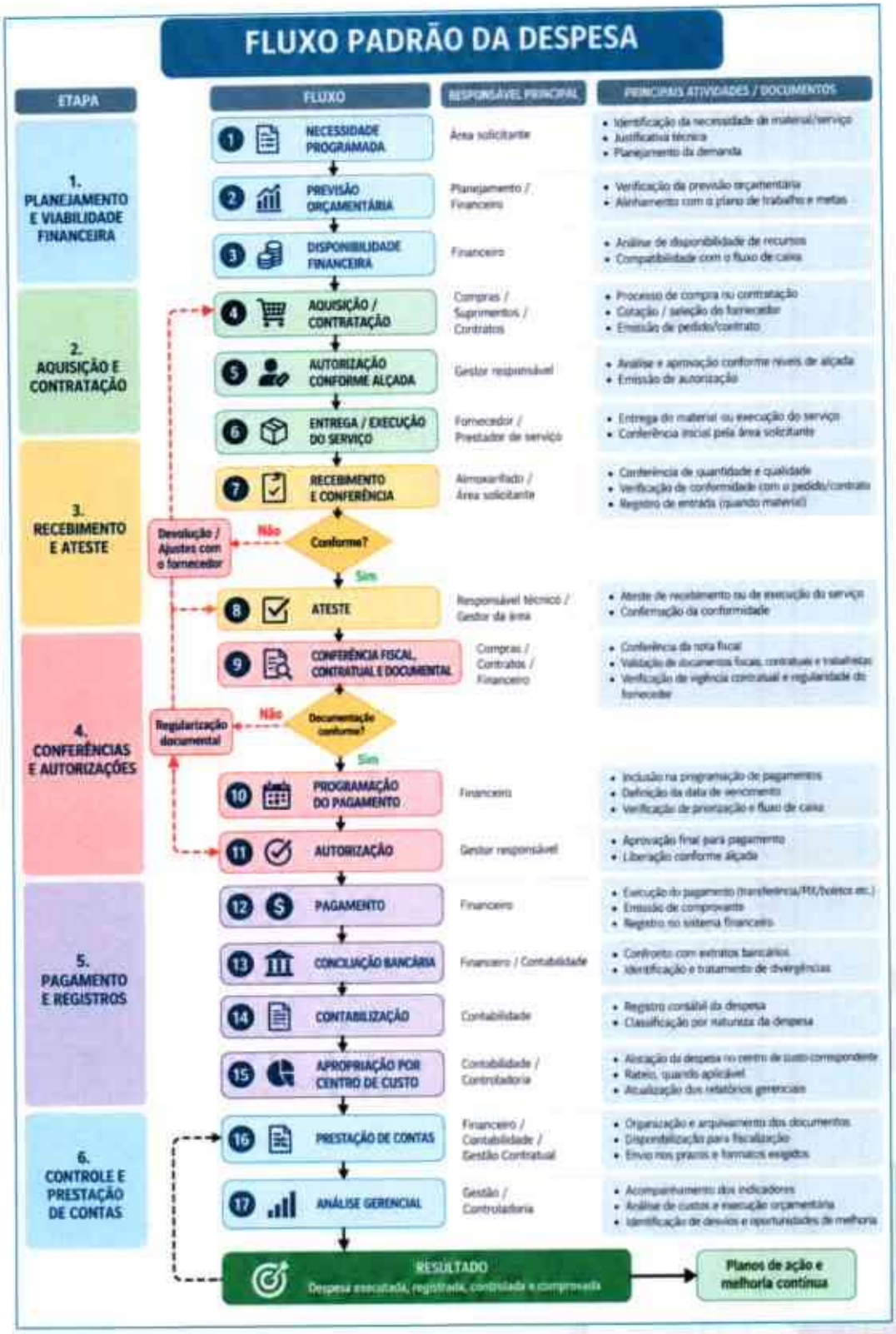
Os relacionamentos externos com fornecedores, prestadores de serviços, instituições financeiras e demais terceiros serão acompanhados sob os aspectos financeiro, contratual e documental.

Serão monitorados, conforme aplicável:

- vigência contratual;
- valores;
- execução;
- documentos fiscais;
- atestes;
- vencimentos;
- reajustes; obrigações; glosas; pagamentos e saldos contratuais.

A gestão buscará assegurar que todo desembolso possua correspondência com obrigação regularmente constituída e entrega ou serviço devidamente comprovado.

13. Fluxo padrão da despesa



14. Contas a pagar

O controle das obrigações contemplará, conforme aplicável:

- credor;
- natureza da despesa;
- competência;
- contrato;
- documento fiscal;
- vencimento;
- valor;
- centro de custo;
- ateste;
- autorização;
- data do pagamento e comprovante.

A programação observará disponibilidade financeira, vencimentos, obrigações legais e prioridades necessárias à continuidade assistencial.

Contas a pagar, a receber, movimentação e conciliação

- Contas a pagar: cadastrar credor, CNPJ, unidade, Grupo A–D, centro de custo, competência, documento fiscal, contrato, vencimento, valor, ateste e autorização. Conferir duplicidade, tributos, retenções, saldo e comprovação da entrega antes de programar transferência eletrônica identificada.
- Contas a receber: registrar mensalmente valor pactuado, parcela fixa (90%), parcela variável (10%), IN 1 (5%) e IN 2 (5%), competência, data prevista, valor recebido, rendimentos, diferenças, deduções e ajustes; acompanhar a apuração trimestral da parcela variável conforme Anexo III.
- Conta específica: movimentar os recursos da parceria exclusivamente em conta bancária específica isenta de tarifa, aberta em instituição financeira pública; controlar extratos, comprovantes e aplicações dos saldos conforme item 9.4.

- Conciliação: efetuar conferência mensal de extrato versus razão contábil e controle financeiro, com identificação de créditos, débitos, rendimentos, pagamentos pendentes e diferenças; documentar conciliação, responsável, data, solução e revisão pela chefia.
- Provisões trabalhistas: manter fundo de provisão para 13º, férias, verbas rescisórias e contingências trabalhistas em conta específica, com utilização vinculada à finalidade e envio trimestral de extrato à SEMUS, conforme item 9.4.3.

15. Conferência antes do pagamento

Será adotada como princípio de controle a sequência:

CONTRATADO → PROGRAMADO → EXECUTADO/ENTREGUE → ATESTADO → FATURADO → CONFERIDO → AUTORIZADO → PAGO → CONCILIADO → CONTABILIZADO → PRESTADO CONTAS.

Divergências serão submetidas à regularização antes do pagamento, quando aplicável.

16. Segregação de funções e alçadas

Serão estabelecidos níveis de competência para aprovação e autorização, com segregação das funções críticas.

Sempre que aplicável, quem solicita não será o único responsável por aprovar, receber, atestar e pagar.

Esse mecanismo proporcionará maior segurança ao processo e reduzirá riscos de erro, duplicidade, pagamento indevido ou conflito de interesses.

17. Controle bancário e conciliação

A movimentação dos recursos observará as disposições do Contrato de Gestão e demais regras aplicáveis.

Os pagamentos deverão possuir documentação comprobatória e identificação de finalidade.

Serão realizadas conciliações bancárias periódicas, confrontando extratos, controles financeiros e registros correspondentes.

As divergências serão identificadas e tratadas.

18. Integração financeira com materiais e suprimentos

Embora a gestão operacional de materiais seja objeto específico a Política Financeira acompanhará seus efeitos econômicos.

Serão monitorados:

- consumo;
- valores adquiridos;
- variação de preços;
- estoques de maior impacto financeiro;
- perdas;
- vencimentos;
- compras emergenciais;
- comportamento de consumo e oportunidades de racionalização.

A gestão buscará equilíbrio entre disponibilidade adequada de materiais e utilização eficiente dos recursos.

19. Gestão financeira dos contratos

Os contratos com repercussão financeira serão acompanhados quanto a:

valor contratado × valor executado × valor pago × saldo contratual.

Também serão monitorados vigência, reajustes, medições, documentos fiscais, atestes, glosas e demais obrigações financeiras.

20. Gestão de custos e economicidade

A gestão promoverá avaliação permanente das despesas de maior impacto e oportunidades de racionalização.

Serão monitorados, conforme aplicável: materiais; medicamentos; pessoal; contratos continuados; serviços terceirizados; manutenção; energia; água; gases medicinais; logística; perdas e desperdícios.

A economicidade não será compreendida simplesmente como redução de gastos.

Será considerada a relação:

CUSTO + NECESSIDADE + SEGURANÇA + QUALIDADE + RESULTADO ASSISTENCIAL.

21. Modernidade e tecnologia aplicada à gestão

Em atendimento expresso ao requisito de modernidade serão utilizadas ferramentas informatizadas e instrumentos gerenciais capazes de apoiar:

- controle financeiro;
- orçamento;
- fluxo de caixa;
- centros de custo;
- contratos; vencimentos;
- indicadores;
- armazenamento documental;
- rastreabilidade e dashboards gerenciais.

A tecnologia será utilizada para transformar dados financeiros e operacionais em informação tempestiva para tomada de decisão.

22. Painel de gestão econômico-financeira e contratual

A gestão utilizará painel contendo, entre outros:

Indicador	Monitoramento
Orçamento	Previsto × realizado
Repasse financeiro	Previsto × recebido
Pontualidade dos repasses	Data prevista × efetiva
Fluxo de caixa	Disponível × compromissos

Metas quantitativas	Pactuado × realizado
Metas qualitativas	Pactuado × alcançado
Despesas	Por natureza/centro de custo
Contratos	Contratado × executado × pago
Compras emergenciais	Quantidade e valor
Glosas/descontos	Ocorrência e impacto
Desvios orçamentários	Valor, causa e impacto
Planos de ação	Responsável, prazo e situação

23. Metas de controle

Serão adotadas como metas gerenciais:

- 100% das contas bancárias conciliadas periodicamente;
- 100% dos pagamentos submetidos às autorizações e documentos exigíveis;
- 100% dos contratos financeiros monitorados quanto à execução e vigência;
- 100% das metas contratuais acompanhadas conforme periodicidade estabelecida;
- 100% dos repasses contratuais monitorados quanto a valor e data;
- 100% das divergências financeiras relevantes submetidas à análise e tratamento;
- mensalmente, análise do orçamento previsto × realizado;
- periodicamente, análise consolidada dos indicadores econômico-financeiros e contratuais.

24. Gestão de riscos

Risco	Mecanismo de controle
Pagamento indevido	Conferência + ateste + autorização
Duplicidade	Controle documental e financeiro
Despesa não programada	Análise e justificativa
Extrapolação orçamentária	Previsto × realizado
Atraso/diferença de repasse	Monitoramento e análise de impacto
Não cumprimento de meta	Monitoramento preventivo + plano de ação

Glosa/desconto	Análise de causa e ação corretiva
Compra emergencial recorrente	Análise da causa raiz
Desperdício	Indicadores de custo e consumo
Divergência bancária	Conciliação
Contrato vencido	Controle de vigência
Serviço não executado	Ateste
Documento fiscal divergente	Conferência prévia
Risco ao equilíbrio contratual	Análise econômico-financeira e governança

25. Mecanismo de alerta para o equilíbrio contratual

Será instituído mecanismo de alerta para identificação precoce de eventos com potencial de comprometer a execução econômico-financeira do contrato.

Poderão constituir sinais de alerta: atrasos ou diferenças relevantes nos repasses; crescimento significativo e persistente de custos; alteração relevante do perfil ou volume da demanda; ocorrência recorrente de despesas não previstas; necessidade de ampliação de recursos para atendimento de obrigações; glosas relevantes; alterações de escopo; e desvios significativos das metas pactuadas.

Identificado risco relevante, será realizada análise técnica contemplando causa, impacto, tendência, repercussão assistencial, repercussão financeira e medidas possíveis, com encaminhamento às instâncias competentes de governança e interlocução contratual.

O objetivo será permitir atuação preventiva e documentada, evitando que desequilíbrios sejam reconhecidos somente após comprometerem a execução dos serviços.

26. Prestação de contas e rastreabilidade

A documentação será organizada para permitir a demonstração do ciclo completo:



Os documentos e informações exigíveis serão mantidos de forma organizada e disponibilizados aos mecanismos de acompanhamento, fiscalização e controle, observadas as regras contratuais e legais aplicáveis.

27. Governança, controle e auditoria

A governança financeira será organizada em três níveis:

- ✓ Operacional: processamento, registros, documentos e controles.
- ✓ Gerencial: orçamento, fluxo de caixa, custos, contratos, metas, indicadores e análise de desvios.
- ✓ Estratégico: sustentabilidade da operação, riscos relevantes, equilíbrio da execução contratual e decisões de maior impacto.

Os processos poderão ser submetidos a verificações e auditorias internas, com estabelecimento de ações corretivas e preventivas quando identificadas não conformidades.

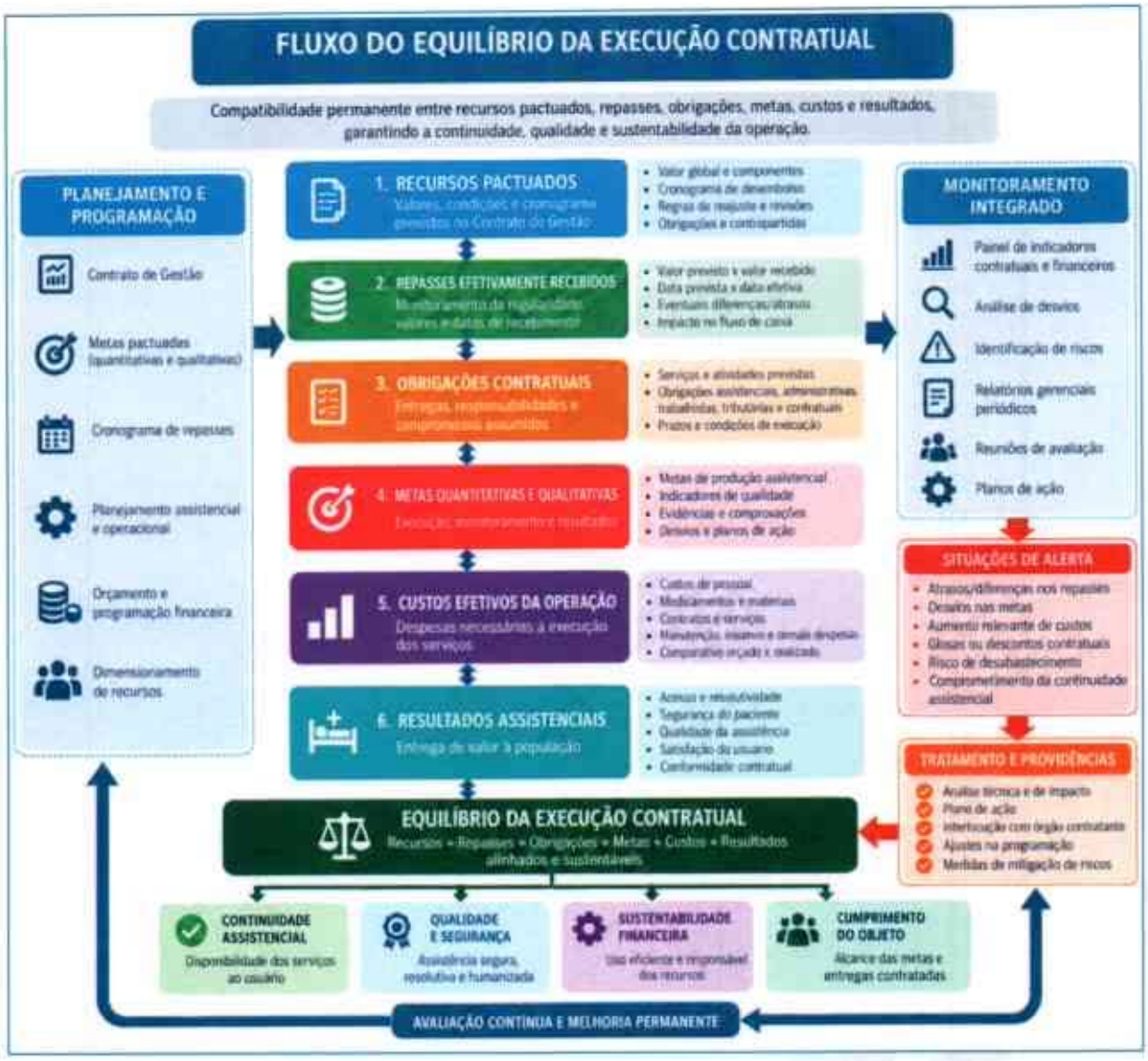
28. Reunião de análise econômico-financeira

Periodicamente, os principais resultados serão consolidados para análise gerencial, contemplando: **financeiro + orçamento + custos + repasses + contratos + metas + produção + riscos + planos de ação.**

Essa análise permitirá que a tomada de decisão não ocorra a partir de informações isoladas, mas de uma visão integrada da execução do HRGJM.

29. Equilíbrio da execução contratual

A sustentabilidade da operação será acompanhada mediante correlação permanente entre:



O adequado planejamento, gestão e execução do Contrato de Gestão pressupõem o recebimento dos recursos financeiros conforme valores, condições e cronograma estabelecidos contratualmente, assim como o adequado gerenciamento, pelo ISSSL, das metas, despesas, custos e obrigações sob sua responsabilidade.

Eventuais situações capazes de afetar significativamente essa relação serão devidamente documentadas, analisadas e encaminhadas pelos mecanismos de governança e gestão contratual, buscando preservar a continuidade assistencial e o equilíbrio da execução do objeto.

30. Resultados esperados

A implantação desta Política deverá proporcionar:

- maior previsibilidade financeira;
- segurança dos pagamentos;
- racionalização das despesas;
- redução de desperdícios;
- rastreabilidade dos recursos;
- controle dos custos;
- maior capacidade de planejamento;
- integração entre gestão financeira e assistencial;
- monitoramento preventivo das metas;
- identificação precoce de riscos;
- transparência;
- fortalecimento da prestação de contas;
- maior qualidade das informações gerenciais;
- proteção da continuidade assistencial.

31.Enquadramento no edital e aplicação por unidade

Este manual integra a Proposta Técnica única da parceria para a UPA Norte — José de Souza Dourado (CNES 2755289) e a UPA Sul — Gerson Pires de Aguiar (CNES 2492555). Os controles, demonstrativos, apropriações e evidências serão identificados por unidade e consolidados para a parceria, conforme o Anexo V, item V.1.11, o capítulo 9 e o Anexo VIII do Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026.

32. Compras e contratação de bens e serviços

1. Requisição: a área demandante descreve objeto, quantidade, especificação técnica, justificativa assistencial, estoque disponível, prazo e centro de custo; a direção valida a necessidade e a previsão orçamentária.
2. Pesquisa de mercado: Suprimentos registra em mapa comparativo as cotações recebidas, data, fornecedor, CNPJ, condições de entrega, tributos, frete, validade da proposta e justificativa de eventuais consultas sem resposta. Adotar, como controle interno proposto, preferencialmente três cotações comparáveis, ou justificar formalmente a impossibilidade.
3. Seleção objetiva: comparar preço total, conformidade técnica e sanitária, qualidade, prazo, garantia, capacidade de entrega, regularidade documental e custo total de propriedade; justificar a escolha quando não for o menor preço.
4. Aprovação: conferir dotação, saldo e alçada; separar requisitante, comprador, aprovador, recebedor e pagador. Formalizar pedido/contrato com objeto, preço, prazo, penalidades e responsável pela fiscalização.
5. Recebimento e ateste: confrontar nota fiscal, pedido, contrato, quantidades, lote, validade e qualidade; registrar divergências, devoluções e ateste antes de liberar pagamento.
6. Compras emergenciais: exigir justificativa do risco assistencial, autorização excepcional, registro de pesquisa possível e revisão da causa para evitar recorrência.
7. Arquivo: vincular requisição, cotações, mapa comparativo, aprovação, instrumento, recebimento, nota fiscal, ateste e pagamento à parceria e à UPA beneficiada.
8. Atrasos de repasse: registrar ocorrência, repercussão no caixa e risco assistencial, encaminhando providências à direção e à gestão da parceria, sem presumir autorização para despesas vedadas.

33. Apuração e rateio por centro de custo

A escrituração gerencial deverá ter dimensões obrigatórias: unidade (Norte/Sul), competência, centro de custo, Grupo A–D, subgrupo, natureza, documento, fornecedor, fonte, valor e critério de alocação. O custo direto é apropriado integralmente ao centro beneficiado; o custo compartilhado será distribuído mediante direcionador mensurável, memória de cálculo e evidência de consumo, evitando dupla contagem.

Grupo A -D	Itens abrangidos	Critério de apropriação
A — Recursos humanos	Salários, benefícios, encargos, provisões, PJ profissionais	Lotação e escala/horas efetivas por unidade e setor; rateio de equipes compartilhadas por horas comprovadas
B — Material de consumo	Medicamentos, material médico, gases, EPI, limpeza, combustível	Saídas de estoque por requisição/consumo; combustível por quilometragem e registros
C — Serviços de terceiros	SADT, TI, manutenção, lavanderia, alimentação, transporte, utilidades	Medições, ordens de serviço, exames, refeições, área atendida, horas de serviço ou consumo aferido
D — Outras despesas	Custos indiretos compartilhados e demais despesas justificadas	Rateio por direcionador documentado e verificável; observar teto contratual de 3% para custos indiretos compartilhados

Fórmula de rateio: custo alocado ao centro = custo compartilhado elegível × (quantidade do direcionador do centro ÷ soma dos direcionadores de todos os centros beneficiados). A memória identificará período, base, numerador, denominador, percentual, valor, responsável e documentos de suporte.

Conciliação mensal: total apropriado por centro = total por Grupo A–D = despesas gerenciais da competência, com conciliação às despesas financeiras e explicação das diferenças temporais entre competência e pagamento. O rateio dos custos indiretos observará o item 9.6, inclusive o limite de 3% do valor total mensal da parceria, sem confundir rateio justificável com taxa de administração, vedada pelo item 9.5.

34. Organização e guarda de documentos contábeis e fiscais

Estruturação e organização do repositório documental

Será implantado repositório digital centralizado, com acesso controlado e organização hierarquizada, permitindo a segregação dos documentos por instrumento contratual, unidade assistencial, exercício financeiro, competência mensal, grupo de despesa, natureza do gasto e processo administrativo.

A estrutura de arquivamento observará a seguinte sequência:

TERMO DE COLABORAÇÃO → UPA NORTE / UPA SUL → EXERCÍCIO FINANCEIRO → COMPETÊNCIA MENSAL → GRUPO DE CUSTOS (A, B, C OU D) → NATUREZA DA DESPESA → PROCESSO DE DESPESA → DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.

A organização deverá possibilitar consultas individualizadas por unidade, fornecedor, contrato, centro de custo, período de competência e natureza da despesa, bem como a consolidação das informações financeiras e contábeis das duas unidades.

2. Identificação e vinculação dos documentos contábeis e fiscais

Todos os documentos relacionados à execução financeira deverão apresentar identificação padronizada, contendo, conforme sua natureza:

- Número do Termo de Colaboração e identificação da parceria.
- Unidade beneficiária: UPA Norte ou UPA Sul.
- Exercício financeiro e competência de referência.
- Grupo de custos e classificação da despesa.
- Centro de custo responsável pela utilização do recurso.
- Número da requisição, pedido de compra, contrato ou processo administrativo correspondente.
- Identificação do fornecedor ou prestador de serviços.
- Valor da despesa e data da operação.
- Comprovação do recebimento do material ou da efetiva execução do serviço.
- Identificação do responsável pelo ateste e pela autorização da despesa.
- Comprovante de pagamento e respectiva identificação da movimentação bancária.

Cada processo de despesa deverá reunir os documentos que comprovem sua origem, necessidade, autorização, contratação, execução, liquidação, pagamento e contabilização.

As notas fiscais e os documentos equivalentes deverão estar vinculados aos respectivos contratos ou pedidos, acompanhados dos comprovantes de recebimento, relatórios de execução, atestes e registros financeiros, permitindo a verificação da regularidade e da finalidade da despesa.

3. Guarda, conservação e integridade documental

A instituição manterá sistema de arquivamento físico e digital, conforme a natureza e as exigências legais de cada documento, assegurando condições adequadas de conservação, integridade, autenticidade, disponibilidade e recuperação das informações.

Deverão ser organizados e preservados, entre outros, os seguintes registros:

- Livros contábeis, balancetes, balanços patrimoniais, demonstrações financeiras e razões contábeis.
- Extratos bancários, comprovantes de transferências, conciliações e demonstrativos de movimentação financeira.
- Folhas de pagamento, encargos sociais, guias de recolhimento, benefícios e documentos trabalhistas.
- Contratos administrativos, instrumentos de prestação de serviços, pesquisas de preços, cotações e autorizações.
- Notas fiscais, recibos, comprovantes de pagamento e documentos de regularidade fiscal.
- Inventários patrimoniais, controles de estoque e registros de movimentação de materiais.
- Planilhas de composição de custos, memórias de cálculo, critérios de rateio e demonstrativos de apropriação por centro de custo.
- Relatórios de execução financeira, demonstrativos de metas e documentos integrantes das prestações de contas.

O sistema documental contará com mecanismos de controle de acesso por perfil de usuário, registro de alterações, histórico de versões, cópias periódicas de segurança e trilhas de auditoria, de forma a prevenir perdas, alterações indevidas, exclusões não autorizadas e utilização inadequada das informações.

4. Rastreabilidade e integração com a prestação de contas

A gestão documental será integrada aos processos de compras, contratos, recursos humanos, departamento pessoal, almoxarifado, farmácia, financeiro, contabilidade e controladoria.

Cada despesa deverá possuir documentação suficiente para demonstrar sua vinculação ao objeto pactuado, sua classificação orçamentária e contábil, a efetiva entrega do bem ou serviço, a autorização competente e a correspondente movimentação financeira.

Os documentos serão utilizados para subsidiar a elaboração dos relatórios financeiros, conciliações bancárias, demonstrativos de execução orçamentária, apuração de custos e prestações de contas previstas no Termo de Referência.

A instituição realizará conferências periódicas entre os registros financeiros, contábeis, bancários e contratuais, identificando inconsistências e promovendo sua regularização antes do encerramento da respectiva competência.

5. Disponibilização de documentos aos órgãos de fiscalização e controle

Setor responsável	Principais atribuições
Administrativo e Contratos	Organização de processos de aquisição, contratos, cotações e documentos dos fornecedores.
Financeiro	Arquivamento de comprovantes de pagamento, extratos, conciliações e registros de movimentação financeira.
Contabilidade	Classificação contábil, escrituração, organização dos livros, balancetes e demonstrações.
Recursos Humanos/Departamento Pessoal	Organização de folhas de pagamento, encargos, benefícios e documentos trabalhistas.
Almoxarifado e Farmácia	Registros de recebimento, movimentação, consumo e controle de materiais e medicamentos.

Controladoria / Prestação de Contas	Conferência documental, validação das evidências, identificação de inconsistências e consolidação das prestações de contas.
Direção Administrativa e Financeira	Supervisão do cumprimento dos procedimentos, definição de medidas corretivas e acompanhamento da conformidade documental.

O ISSSL assegurará a pronta localização, recuperação e disponibilização dos documentos necessários às atividades de acompanhamento, fiscalização e auditoria realizadas pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas – SEMUS, pelo gestor da parceria, pela Comissão de Monitoramento e Avaliação e pelos órgãos de controle interno e externo.

Os documentos deverão ser disponibilizados de forma organizada, legível e verificável, observados os procedimentos, formatos e prazos previstos no Termo de Referência e no Anexo VIII.

A guarda documental respeitará os prazos legais e contratuais aplicáveis, incluindo eventuais exigências de conservação decorrentes de processos de fiscalização, auditoria, tomada de contas ou demandas judiciais ainda não concluídas.

O tratamento das informações observará os princípios de confidencialidade, necessidade, segurança e proteção de dados pessoais, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — Lei Federal nº 13.709/2018.

6. Responsabilidades e mecanismos de controle

A execução da política de gestão documental observará a distribuição de responsabilidades entre os setores envolvidos:

7. Monitoramento e melhoria contínua

A efetividade da gestão documental será acompanhada por indicadores internos, incluindo percentual de processos de despesa com documentação completa, índice de conciliações realizadas, quantidade de inconsistências identificadas, prazo médio de recuperação documental e percentual de prestações de contas encaminhadas dentro dos prazos estabelecidos.

As não conformidades identificadas serão registradas, analisadas e tratadas mediante planos de ação, com definição de responsáveis, prazos e acompanhamento da efetividade das medidas adotadas.

Resultado esperado: assegurar que 100% das despesas executadas com recursos da parceria possuam documentação identificada, organizada, rastreável e disponível para verificação, contribuindo para a regularidade da execução financeira, a transparência da aplicação dos recursos públicos e a confiabilidade das prestações de contas das UPAs Norte e Sul de Palmas/TO.

35. Prestação de contas e fechamento

O Anexo VIII distingue relatórios de monitoramento mensal e trimestral das prestações de contas parcial e final. Todos os documentos serão protocolizados em PDF pesquisável à Superintendência de Atenção Especializada, discriminados por unidade, sem confundir os ritos.

Entrega	Prazo editalício	Rotina interna de fechamento proposta
Relatório mensal de execução e monitoramento	Até dia 20 do mês subsequente	Até dia 5: registros e documentos; dia 10: conciliação e centros de custo; dia 15: validação assistencial/financeira; até dia 20: protocolo
Relatório trimestral consolidado	Até dia 20 do mês seguinte ao trimestre	Consolidar três meses, IN 1/IN 2, comprovantes, extratos, balancete e memórias; revisão da direção antes do protocolo
Prestação de contas parcial	Até 90 dias após encerramento de cada exercício	Encerramento contábil anual, conciliações, relatórios, evidências e revisão institucional
Prestação de contas final	Até 90 dias após término da parceria; possível prorrogação até 15 dias, se justificada e solicitada previamente	Consolidar objeto, saldos, bens, obrigações, comprovantes e pareceres internos antes do protocolo

O relatório mensal incluirá: comparativo metas/resultados IN 1 e IN 2; produção e origem dos usuários; pesquisa de satisfação; despesas por unidade e Grupos A–D; folha sintética; fluxo de caixa da conta específica; e custos indiretos com memória de rateio (Anexo VIII, item 4.1).

O relatório trimestral acrescentará, entre outros documentos exigidos pelo Anexo VIII, apuração e memória de cálculo dos indicadores, execução financeira, folhas sintética e analítica, eventuais servidores disponibilizados e deduções, certidões, extratos, notas fiscais e pagamentos identificados, custos indiretos e teto de 3%, contratos, patrimônio, capacitações, ouvidoria, débitos/créditos e balancete analítico (item 5.1).

36. Matriz de responsabilidades, verificações e evidências

- Área solicitante/assistencial: planejar necessidade, confirmar recebimento e atestar execução; evidências: requisição e ateste.
- Suprimentos/contratos: pesquisar, comparar, contratar e acompanhar vigências; evidências: mapa de cotações, contratos e medições.
- RH/DP: controlar quadro, folha, encargos e provisões; evidências: escalas, folha, guias e memória de provisões.
- Financeiro: contas a pagar/receber, caixa, transferências e conciliações; evidências: demonstrativos, extratos e comprovantes.
- Contabilidade/controladoria: classificar Grupos A–D, centros de custo, rateios, balancetes e prestações; evidências: razão, memórias e relatórios.
- Direção e responsável administrativo-financeiro: aprovar, revisar indicadores, riscos e relatórios, com segregação de funções e encaminhamento à SEMUS.

37. Verificação de conformidade do item V.1.11

a) Compras/contratações, seleção objetiva e cotações: seção 32.

b) Contas a pagar/receber, conta específica e conciliação: seção 31.

c) Centros de custo, rateio e Grupos A–D: seção 34.

d) Guarda e identificação documental pela parceria: seção 35.

e) Prestação de contas do Anexo VIII e prazos: seção 36.

38. Conclusão

A Política para a Gestão Financeira proposta pelo Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL para o Hospital Regional de Guajará-Mirim estabelece um modelo integrado de administração capaz de relacionar recursos financeiros, materiais, metas, custos, contratos e resultados.

Mais do que executar pagamentos, o modelo propõe planejar antes de gastar, controlar antes de pagar, acompanhar antes de ocorrer o desvio e corrigir antes que o risco comprometa a assistência ou a execução contratual.

A integração entre planejamento orçamentário, regularidade dos repasses, fluxo de caixa, gestão de custos, controle das metas quantitativas e qualitativas, tecnologia, indicadores, prestação de contas e governança permitirá administrar os negócios internos e externos do HRGJM com modernidade, eficiência, economicidade, transparência e responsabilidade.

Dessa forma, o Instituto Social de Saúde São Lucas compromete-se com uma gestão financeira orientada não apenas ao controle dos recursos, mas à sua utilização estratégica para assegurar o atendimento das necessidades programadas, a continuidade dos serviços, o alcance dos resultados pactuados e a sustentabilidade da execução do Contrato de Gestão.

2.4 Incremento da Resolutividade

V.1.12 – Projetos Assistenciais para Ampliação da Resolutividade

Apresentação dos projetos assistenciais

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL apresenta quatro projetos assistenciais estruturados para implantação nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA Norte e UPA Sul, com o propósito de ampliar a resolutividade dos serviços de urgência e emergência, qualificar os processos assistenciais e fortalecer a integração entre as equipes multiprofissionais e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Os projetos foram concebidos para atuar sobre situações que interferem diretamente na capacidade de resposta das unidades, como atrasos na identificação de agravos, dificuldades na comunicação de resultados diagnósticos, variabilidade das condutas clínicas, permanência prolongada em observação, riscos relacionados à terapia medicamentosa e fragilidades na continuidade do cuidado após a alta.

A implantação observará a capacidade instalada das unidades, os recursos previstos no Termo de Referência, as competências dos profissionais e os fluxos de regulação adotados pelo Município de Palmas.

Cada projeto contará com metodologia operacional, definição de responsáveis, cronograma, indicadores, metas e instrumentos de comprovação.

V.1.12.1 Projeto Assistencial 01:

Resolutividade Clínica Ampliada – Reavaliação Estruturada e Decisão Terapêutica Oportuna

1. Justificativa

Pacientes atendidos nas unidades de urgência e emergência frequentemente apresentam condições clínicas que necessitam de observação e avaliação da resposta às intervenções iniciais. Embora a reavaliação clínica faça parte da assistência obrigatória, propõe-se, como atividade adicional, a utilização de um instrumento estruturado de acompanhamento da resposta terapêutica em grupos de pacientes previamente selecionados, com análise gerencial dos resultados.

Essa iniciativa permitirá identificar oportunidades de melhoria na condução dos casos, reduzir atrasos evitáveis na definição das condutas e aperfeiçoar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis.

2. Objetivo

Ampliar a resolutividade clínica mediante implantação de instrumento complementar de avaliação da resposta terapêutica e análise dos desfechos de pacientes selecionados.

3. População-alvo

Pacientes adultos atendidos nas UPAs Norte e Sul que apresentem condições clínicas compatíveis com tratamento e observação na unidade, especialmente quadros de desidratação leve ou moderada, crises respiratórias sem indicação imediata de transferência, sintomas gastrointestinais e outras condições definidas pela equipe médica.

4. Atividades propostas

1. Identificação dos grupos clínicos elegíveis ao projeto.
2. Elaboração de instrumento complementar de avaliação da resposta terapêutica.
3. Registro de parâmetros clínicos selecionados antes e após as intervenções.
4. Análise da evolução e do desfecho assistencial, sem substituir as reavaliações obrigatórias.
5. Identificação de fatores associados à permanência prolongada ou à necessidade de transferência.
6. Discussão mensal de casos selecionados e implantação de ações de melhoria.

5. Ganho de resolutividade pretendido

A iniciativa busca ampliar a proporção de pacientes elegíveis que recebem tratamento adequado e apresentam resolução clínica segura na própria UPA, sem necessidade de encaminhamento para outro nível assistencial exclusivamente por dificuldades evitáveis no processo de cuidado.

Indicador próprio: Taxa de resolutividade clínica dos casos elegíveis

$$TRC = \frac{\text{Casos elegíveis com alta clínica segura}}{\text{Total de casos elegíveis concluídos}} \times 100$$

Meta proposta: aumento de 5 pontos percentuais em relação à linha de base, desde que não haja aumento de retornos evitáveis ou comprometimento da segurança do paciente.

6. Recursos envolvidos

Recursos humanos: médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e coordenações assistenciais, mediante participação nas atividades de análise e melhoria compatíveis com suas atribuições.

Recursos materiais: prontuário eletrônico, formulários digitais, computadores e equipamentos assistenciais já disponibilizados nas unidades.

Não haverá necessidade de contratação adicional ou aquisição de equipamentos específicos para o projeto.

7. Cronograma

Etapa	Prazo
Seleção dos grupos clínicos e elaboração do instrumento	1º mês
Capacitação e implantação piloto	2º mês
Implantação nas duas UPAs	3º mês
Monitoramento dos indicadores	4º ao 12º mês
Avaliação consolidada	12º mês

8. Resultado esperado

Melhoria da oportunidade das decisões clínicas, maior conhecimento dos desfechos assistenciais e identificação de medidas capazes de ampliar a resolução segura dos casos elegíveis nas próprias unidades.

V.1.12.2 Projeto Assistencial Adicional 02

Retorno Evitável Zero – Cuidado que Continua

1. Justificativa

Os retornos não programados às unidades de urgência e emergência podem decorrer de evolução natural da doença, agravamento clínico, dificuldade de acesso ao acompanhamento ou problemas relacionados à compreensão das orientações terapêuticas.

A análise estruturada desses retornos permite identificar situações potencialmente evitáveis e desenvolver intervenções educativas direcionadas às necessidades dos pacientes.

O projeto propõe uma atividade adicional de estratificação dos retornos e orientação educativa reforçada, complementando o processo obrigatório de alta assistencial.

2. Objetivo

Reduzir a ocorrência de retornos não programados potencialmente evitáveis por meio de ações educativas individualizadas, identificação de fatores de risco e análise sistemática dos motivos de retorno.

3. População-alvo

Pacientes com alta das UPAs Norte e Sul que apresentem histórico de atendimentos recorrentes, dificuldades identificadas na compreensão das orientações, doenças crônicas descompensadas ou outras condições selecionadas pela equipe assistencial.

4. Atividades propostas

1. Identificação de pacientes com maior probabilidade de retorno não programado.
2. Aplicação de roteiro complementar de orientação educativa.
3. Verificação da compreensão das recomendações por meio da técnica de repetição das informações pelo paciente.
4. Entrega de orientações padronizadas sobre cuidados domiciliares e sinais de alerta.
5. Orientação quanto ao acompanhamento na Atenção Primária, respeitados os fluxos municipais.
6. Identificação e análise mensal dos retornos em até 48 horas.
7. Classificação dos fatores associados aos retornos e elaboração de medidas de melhoria.

5. Ganho de resolutividade pretendido

O projeto busca fortalecer a efetividade do atendimento prestado, promovendo melhor compreensão das condutas, maior segurança após a alta e redução dos retornos classificados como potencialmente evitáveis.

Indicador próprio: Taxa de retorno não programado em até 48 horas

Pacientes com retorno não programado em 48h/Pacientes com altas elegíveis ao acompanhamento

Meta proposta: Redução relativa de 10% na taxa de retorno não programado em relação à linha de base, acompanhada da análise dos motivos de retorno e de indicadores de segurança.

A denominação do projeto representa uma diretriz de melhoria, não uma previsão de eliminação de todos os retornos, uma vez que muitos são clinicamente necessários.

6. Recursos envolvidos

Recursos humanos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais de apoio assistencial, conforme disponibilidade e atribuições.

Recursos materiais: prontuário eletrônico, formulários educativos digitais, material informativo produzido internamente e recursos de informática existentes.

7. Cronograma

Etapa	Prazo
Diagnóstico dos retornos e definição de critérios	1º mês
Elaboração de roteiro educativo	2º mês
Implantação nas UPAs	3º mês
Monitoramento e análise dos retornos	4º ao 12º mês
Avaliação dos resultados	Trimestral

8. Resultado esperado

Redução de retornos potencialmente evitáveis, maior compreensão das orientações pelos pacientes e fortalecimento da continuidade do cuidado após a alta.

V.1.12.3 Projeto Assistencial Adicional 03

Respira Palmas – Educação Terapêutica para Pacientes com Asma e DPOC

1. Justificativa

As exacerbações de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica representam causas frequentes de procura pelos serviços de urgência e emergência.

Dificuldades na utilização de dispositivos inalatórios, desconhecimento de fatores desencadeantes e baixa compreensão do tratamento podem contribuir para novos episódios de descompensação. O projeto propõe uma intervenção educativa adicional, realizada após estabilização clínica e antes da alta, sem substituir o tratamento de urgência ou as orientações obrigatórias.

2. Objetivo

Ampliar a capacidade de autocuidado dos pacientes com asma e DPOC, mediante orientação prática sobre técnica inalatória, identificação de sinais de agravamento e medidas preventivas.

3. População-alvo

Pacientes adultos e pediátricos, acompanhados de seus responsáveis quando necessário, atendidos por exacerbações de asma ou DPOC e que apresentem condições clínicas para receber orientações antes da alta.

4. Atividades propostas

1. Identificação de pacientes elegíveis após estabilização.
2. Avaliação complementar da técnica de utilização dos dispositivos inalatórios.
3. Demonstração prática da técnica correta.
4. Orientação sobre fatores desencadeantes e medidas preventivas.
5. Repetição da técnica pelo paciente ou responsável para verificar o aprendizado.

6. Disponibilização de orientações educativas.
7. Monitoramento dos resultados e dos retornos relacionados a novas exacerbações.

5. Ganho de resolutividade pretendido

A proposta visa reduzir falhas evitáveis na utilização dos dispositivos e contribuir para a efetividade do tratamento prescrito, diminuindo o risco de novas exacerbações associadas ao uso incorreto.

Indicador próprio: Percentual de pacientes com técnica inalatória correta após orientação
Meta proposta: alcançar pelo menos 90% de demonstrações corretas entre os pacientes avaliados ao término da intervenção educativa.

Como indicador complementar, será acompanhada a frequência de retornos em até 30 dias por nova exacerbação, quando os registros disponíveis permitirem identificação confiável.

6. Recursos envolvidos

Recursos humanos: enfermeiros, médicos e profissionais da farmácia, conforme suas atribuições e disponibilidade.

Recursos materiais: materiais educativos digitais, dispositivos demonstrativos já disponíveis ou materiais de treinamento de uso não assistencial, quando existentes.

A implantação será condicionada à disponibilidade desses recursos sem comprometer o estoque destinado à assistência obrigatória.

7. Cronograma

Etapa	Prazo
Elaboração do roteiro educativo	1º mês
Capacitação da equipe	2º mês

Implantação nas duas UPAs	3º mês
Monitoramento dos indicadores	4º ao 12º mês
Avaliação de resultados	Semestral

8. Resultado esperado

Melhoria da técnica inalatória, maior compreensão das medidas preventivas, fortalecimento do autocuidado e potencial redução de novas exacerbações relacionadas a falhas de utilização dos dispositivos.

V.1.12.4 Projeto Assistencial Adicional 04

Cuidado Seguro nas Descompensações Clínicas Recorrentes

1. Justificativa

Pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus podem apresentar episódios recorrentes de descompensação clínica que motivam procura pelos serviços de urgência e emergência.

Parte desses episódios está associada a dificuldades de compreensão do tratamento, falhas de adesão, alimentação inadequada, reconhecimento tardio de sinais de alerta ou dificuldades de continuidade do acompanhamento.

O projeto propõe intervenção educativa complementar e individualizada, com foco em pacientes que apresentam atendimentos repetidos.

2. Objetivo

Contribuir para a redução de descompensações potencialmente evitáveis por meio da identificação de fatores de risco, orientação individualizada e fortalecimento do autocuidado.

3. População-alvo

Pacientes adultos com hipertensão arterial ou diabetes mellitus atendidos nas UPAs Norte e Sul, especialmente aqueles com histórico de atendimentos recorrentes e condições clínicas adequadas para participação nas atividades educativas.

4. Atividades propostas

1. Identificação dos pacientes elegíveis.
2. Levantamento complementar de dificuldades relacionadas ao autocuidado.
3. Orientação sobre reconhecimento de sinais de alerta.
4. Reforço das recomendações de utilização dos medicamentos prescritos.
5. Orientações sobre alimentação, hidratação e hábitos de vida compatíveis com a condição clínica.
6. Verificação da compreensão das informações.
7. Orientação para continuidade do acompanhamento na Atenção Primária.
8. Monitoramento dos retornos por descompensações semelhantes.

5. Ganho de resolutividade pretendido

O projeto pretende ampliar a efetividade das orientações recebidas durante o atendimento, promovendo melhor compreensão das medidas de autocuidado e redução de episódios recorrentes potencialmente evitáveis.

Indicador próprio: Percentual de pacientes que demonstram compreensão adequada das orientações.

Meta proposta: alcançar pelo menos 90% de compreensão adequada, conforme checklist educativo padronizado.

Será utilizado, adicionalmente, indicador de retornos por descompensações semelhantes em até 30 dias, com comparação à linha de base quando houver dados suficientes.

6. Recursos envolvidos

Recursos humanos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais assistenciais disponíveis, respeitadas suas competências.

Recursos materiais: prontuário eletrônico, formulários educativos digitais e materiais informativos institucionais.

7. Cronograma

Etapa	Prazo
Definição de critérios e elaboração dos instrumentos	1º mês
Capacitação dos profissionais	2º mês
Implantação nas UPAs	3º mês
Monitoramento e ajustes	4º ao 12º mês
Avaliação consolidada	12º mês

8. Resultado esperado

Melhoria da compreensão das orientações, fortalecimento do autocuidado e redução potencial de atendimentos recorrentes associados a fatores modificáveis.

V.1.12.5 Matriz Consolidada de Resultados:

Projeto	Indicador	Meta proposta
Resolutividade Clínica Ampliada	Taxa de resolutividade clínica	+5 pontos percentuais sobre linha de base
Retorno Evitável Zero	Retorno não programado em 48h	Redução relativa de 10%
Respira Palmas	Técnica inalatória correta	≥ 90%
Descompensações Clínicas	Compreensão das orientações	≥ 90%

As metas são gerenciais e preliminares; não constituem garantia de resultado. Serão revisadas após o diagnóstico situacional e acompanhadas de indicadores de segurança, retorno, transferência e desfecho.

V.1.12.6. Cronograma geral de implantação

Período	Entregas
1º mês	Diagnóstico, linha de base, critérios de elegibilidade e responsáveis.
2º mês	Instrumentos, capacitação e pilotos.
3º mês	Implantação gradual nas duas UPAs.
4º–6º mês	Monitoramento mensal, auditorias e primeiros ajustes.
7º–11º mês	Acompanhamento, análise de resultados e melhoria contínua.
12º mês	Avaliação consolidada por unidade e relatório anual.

Meses contados a partir do início da execução da parceria. As etapas poderão ocorrer de forma simultânea nas duas unidades, conforme viabilidade operacional.

V.1.12.7 Recursos humanos e materiais

A implantação dos projetos será realizada mediante utilização dos recursos humanos, tecnológicos e materiais previstos para o funcionamento das UPAs Norte e Sul, sem criação de novas equipes, sem ampliação da carga horária contratada, sem contratação de serviços adicionais e sem retirada de profissionais dos postos obrigatórios

A participação dos profissionais ocorrerá por meio de organização das atividades educativas, utilização de instrumentos padronizados e análise dos dados gerados no processo assistencial, respeitando-se as escalas, a demanda e as responsabilidades obrigatórias.

Os materiais educativos serão preferencialmente digitais, e os registros serão realizados nos sistemas e equipamentos já disponíveis.

A execução de cada atividade adicional ficará condicionada à manutenção da cobertura assistencial e à disponibilidade operacional, sem retirada de profissionais de postos essenciais, redução de insumos obrigatórios ou comprometimento do atendimento.

V.1.12.8. Monitoramento e comprovação dos resultados

O acompanhamento será conduzido pelas coordenações assistenciais das unidades, mediante consolidação periódica dos indicadores próprios de cada projeto.

Serão produzidos relatórios de implantação, registros de participação, instrumentos de avaliação, relatórios de indicadores, atas de análise e planos de melhoria.

Os resultados serão avaliados individualmente por UPA, permitindo identificar diferenças de perfil assistencial, necessidades de adaptação e oportunidades de aprimoramento.

Os projetos também serão avaliados quanto à viabilidade operacional, à segurança dos pacientes e à ausência de interferência nas metas obrigatórias da parceria.

V.1.12.9 Governança, comprovação e avaliação

A Direção das UPAs coordenará a execução, com apoio das coordenações médica e de enfermagem, NSP, farmácia, SADT e demais áreas pertinentes.

Cada projeto terá responsável formalmente designado, critérios de inclusão e exclusão, fonte de dados, fórmula de cálculo, periodicidade, linha de base e plano de ação. As evidências incluirão atas, listas de presença, formulários, relatórios de indicadores, auditorias e registros de melhorias. Os resultados serão apurados separadamente para UPA Norte e UPA Sul, preservando a confidencialidade dos dados pessoais.

V.1.12.10. Declaração formal de execução sem acréscimo de custos

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

O Instituto Social de Saúde São Lucas – ISSSL, na qualidade de entidade proponente à gestão das Unidades de Pronto Atendimento – UPA Norte e UPA Sul, no Município de Palmas/TO, declara, para fins de atendimento ao item V.1.12 do instrumento convocatório, que os projetos assistenciais adicionais apresentados nesta proposta serão executados observando integralmente as condições abaixo:

1. Não haverá acréscimo ao valor global da parceria, sendo vedada a solicitação de recursos financeiros adicionais para implantação e execução dos projetos propostos.
2. Não haverá redução, substituição ou comprometimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas, permanecendo integralmente preservadas as obrigações assistenciais e operacionais estabelecidas no Termo de Referência e no instrumento de parceria.
3. Não haverá remanejamento de recursos humanos, materiais ou financeiros vinculados às atividades obrigatórias, sendo os projetos desenvolvidos mediante utilização de capacidade operacional disponível, organização complementar de processos e instrumentos institucionais já existentes.
4. A execução dos projetos observará a capacidade instalada das unidades, a segurança dos pacientes, as atribuições profissionais e a continuidade ininterrupta dos serviços assistenciais obrigatórios.
5. O ISSSL compromete-se a monitorar os resultados por meio de indicadores próprios, registros assistenciais e relatórios periódicos, disponibilizando as evidências à fiscalização competente.

3.1 Qualidade Objetiva

Parte III - ÁREA DE QUALIDADE

V.2 - Qualidade Objetiva – Comissões e Núcleos Obrigatórios

V.2.1. Comissões de Revisão de Prontuário

V.2.1.1 Comissão de Análise e Revisão Prontuários

Aplicável à UPA NORTE e à UPA SUL – PALMAS/TO

Cada unidade constituirá sua própria Comissão, por ato formal, com atas, indicadores e plano de trabalho individualizados.

V.2.1.1.1 Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários – CRP

Capítulo I – Da denominação e finalidade

Art. 1º A Comissão de Revisão de Prontuários – CRP do Unidade de Pronto Atendimento (UPA Norte ou UPA Sul) de Palmas/TO constitui comissão técnica de caráter permanente, consultivo, educativo, orientativo e de monitoramento, destinada à avaliação sistemática da qualidade dos registros constantes nos prontuários dos usuários atendidos na unidade.

Art. 2º A Comissão tem por finalidade contribuir para que os prontuários constituam registros completos, fidedignos, cronológicos, legíveis, seguros e rastreáveis da assistência prestada, favorecendo:

- A continuidade e segurança do cuidado;
- A comunicação entre os profissionais;
- A qualidade da assistência;
- A adequada documentação dos atos profissionais;
- A proteção dos direitos dos usuários e profissionais;
- A produção de informações assistenciais confiáveis;
- Os processos de auditoria, controle e avaliação;
- A melhoria contínua dos processos assistenciais.

Capítulo II – Dos objetivos

Art. 3º São objetivos da Comissão:

- Avaliar periodicamente a qualidade dos prontuários;
- Verificar a completude e a consistência dos registros;
- Avaliar a adequada identificação do usuário e dos profissionais responsáveis pelos registros;
- Verificar a existência dos registros essenciais relacionados ao atendimento realizado;

- Identificar não conformidades, fragilidades e oportunidades de melhoria;
- Acompanhar indicadores relacionados à qualidade dos prontuários;
- Propor ações corretivas e preventivas;
- Contribuir para a padronização dos registros assistenciais;
- Promover, em conjunto com a educação permanente, ações educativas relacionadas à documentação assistencial;
- Acompanhar a efetividade das ações implantadas;
- Contribuir para o cumprimento das normas profissionais, sanitárias e institucionais relacionadas ao prontuário;
- Emitir relatórios periódicos para acompanhamento da direção médica e da gestão da unidade.

V.2.1.1.2 Capítulo III – Da composição

Art. 4º A Comissão será composta preferencialmente por equipe multiprofissional, formalmente designada pela Direção, contemplando:

Função na Comissão	Representação sugerida
Presidente	Médico da Unidade
Vice-Presidente	Enfermeiro
Secretário(a)	Profissional administrativo/SAME
Membro	Médico
Membro	Enfermeiro
Membro	Representante da Qualidade e Segurança
Membro	Representante administrativo,

Art. 5º A composição poderá ser ampliada conforme a necessidade da unidade, mediante designação formal.

Art. 6º Os membros deverão possuir conhecimento das rotinas assistenciais e administrativas relacionadas ao prontuário, além de compromisso com o sigilo e a confidencialidade das informações acessadas.

Art. 7º A designação dos membros será realizada por ato formal da Direção competente, contendo, no mínimo:

- Nome Completo;
- Categoria Profissional/Cargo;
- Número De Registro Profissional, Quando Aplicável;
- Função Exercida Na Comissão;
- Período De Mandato, Quando Estabelecido.

Capítulo IV – Das competências da comissão

Art. 8º Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- Elaborar seu plano anual de trabalho;
- Estabelecer calendário anual de reuniões;
- Definir critérios e metodologia para seleção da amostra de prontuários;
- Elaborar e utilizar instrumento padronizado de avaliação;
- Realizar revisão periódica dos prontuários selecionados;
- Identificar e classificar não conformidades;
- Analisar tendências e reincidências;
- Elaborar indicadores;
- Propor ações corretivas e preventivas;
- Encaminhar às áreas responsáveis as oportunidades de melhoria identificadas;
- Acompanhar os planos de ação;
- Solicitar ações educativas ao Núcleo de Educação Permanente quando identificadas falhas recorrentes;
- Elaborar atas das reuniões;
- Elaborar relatórios periódicos;
- Apresentar os resultados à direção médica;
- Preservar o sigilo das informações acessadas;
- Colaborar na elaboração e atualização das normas institucionais relacionadas aos registros assistenciais.

Capítulo V – Dos critérios de revisão dos prontuários

Art. 9º A avaliação deverá observar a natureza do atendimento e considerar, quando aplicável:

- Identificação completa do usuário;
- Data e horário dos registros;
- Identificação do profissional;
- Assinatura e número de registro profissional ou identificação eletrônica correspondente;
- Acolhimento;
- Classificação de risco;
- Queixa principal;
- História clínica;
- Antecedentes e alergias;
- Sinais vitais;
- Exame físico;
- Hipótese diagnóstica;
- Solicitação e resultados relevantes de exames;
- Prescrição;
- Administração de medicamentos;
- Procedimentos realizados;
- Evolução médica;
- Registros de enfermagem e processo de enfermagem, conforme aplicabilidade;
- Reavaliações;
- Intercorrências;
- Permanência em observação;
- Registro de alta;
- Orientações ao usuário e/ou responsável;
- Encaminhamento;
- Referência e contrarreferência;
- Regulação e transferência;
- Condições clínicas no momento da transferência;
- Registro de evasão, recusa ou abandono, quando ocorrer;