ÁREA DE QUALIDADE · QUALIDADE SUBJETIVA

15 Manual de acolhimento com classificação de risco

O protocolo de acolhimento apresentado no capítulo 10 responde a uma pergunta clínica: quem é atendido primeiro. Este manual responde a outra, que o Anexo V trata como item autônomo e que a classificação de risco, sozinha, não resolve — o que o usuário e a família sabem enquanto esperam, quem conversa com eles, quem os acomoda e quem lhes dá a pior notícia do dia.

A distinção não é retórica. Numa unidade que recebe em média 392 atendimentos por dia na UPA Norte e 455 na UPA Sul, a maior parte das pessoas que atravessa a porta é classificada como verde ou azul e vai esperar, legitimamente, até duas ou quatro horas. A diferença entre uma espera compreendida e uma espera sofrida não está no tempo, mas em alguém ter explicado por que ela existe.

A base institucional é o protocolo PTC-09 do Instituto Saúde e Cidadania, que já determina que "o paciente, acompanhante, familiar e cuidador seja explicado sobre a finalidade da priorização" e que "todos os pacientes deverão ser orientados quanto a sua classificação de risco e o tempo máximo de espera". O manual transforma essas duas frases em rotina: quem fala, em que momento, o que diz e onde isso fica registrado.

15.1 O que o manual resolve

Quadro 15.1 – Estrutura do manual por capítulo

Capítulo	Conteúdo	O que o capítulo garante
I	Objeto, aplicação às duas unidades e fundamentos legais	Regras únicas para as duas unidades, com a base legal de cada uma
II	O que se informa ao usuário e ao acompanhante, em cada ponto da jornada	Que cada usuário e acompanhante saiba como a unidade funciona, por que a ordem não é de chegada e quanto tempo deve esperar
III	Apoio psicossocial: gatilhos, responsáveis e fluxo de acionamento	Apoio psicossocial nas 24 horas, com responsável definido e acionamento por qualquer profissional nas situações previstas
IV	Acompanhante: direito, acomodação, conduta e hipóteses de restrição	Acompanhante acomodado e orientado, com as permanências asseguradas em lei e restrição sempre motivada
V	Idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência	Prioridades legais aplicadas dentro da mesma cor, com acessibilidade física e de comunicação
VI	Comunicação de notícias difíceis e de óbito	Notícia difícil e óbito comunicados por roteiro, em local reservado, com acolhimento dos familiares
VII	Capacitação, monitoramento e indicadores da dimensão relacional	Equipes capacitadas e resultado medido todo mês
VIII	Vigência, revisão e casos omissos	Governança do documento

15.2 Decisões consolidadas nesta proposta

- **A prioridade legal não muda a cor.** Idade, deficiência, gestação e as demais prioridades legais não alteram a classificação de risco, que é clínica: elas ordenam o atendimento **dentro** da mesma cor e garantem acomodação, acesso e atenção diferenciados. Dizer o contrário seria prometer o que a segurança do paciente não permite cumprir.
- **Informar o tempo-alvo é obrigação, não cortesia.** Toda pessoa classificada sai da sala sabendo a sua cor, o tempo-alvo correspondente e o que fazer se piorar. Quando o tempo-alvo é ultrapassado, a reorientação é ativa — a unidade procura o usuário, e não o contrário.
- **Ninguém espera sozinho.** Há técnico de enfermagem na sala de espera, com rotina de reavaliação e de resposta a dúvidas, como já prevê o protocolo institucional.
- **O serviço social é 24 horas e é acionado por qualquer profissional**, sem intermediação da chefia, nas oito situações do Capítulo III.
- **A notícia de óbito é dada presencialmente, pelo médico assistente**, em sala reservada, acompanhado do serviço social ou do enfermeiro. O telefone só é usado quando não há alternativa, e nunca para comunicar o óbito a quem está a caminho da unidade.
- **Linguagem como requisito técnico.** A orientação de alta, a explicação da conduta e a comunicação de notícias são dadas em linguagem simples, verificando-se a compreensão — e não apenas a entrega da informação.

15.3 Articulação com os demais itens da Proposta Técnica

Este manual é a face relacional de decisões que aparecem em outros itens. A sequência senha no totem, classificação e cadastro é a do fluxo do capítulo 2 e do protocolo de acolhimento do capítulo 10, e aqui ganha o roteiro do que se diz em cada etapa. O posto de trabalho do técnico da espera e o serviço social nas 24 horas constam do quadro de pessoal do capítulo 22. O painel de senhas, o registro da cor com horário e a emissão da guia de contrarreferência são requisitos do sistema do capítulo 9. A manifestação que o usuário faz sobre o atendimento percorre a ouvidoria do capítulo 16, e a capacitação em acolhimento está na matriz do capítulo 25. O encaminhamento do usuário em situação de violência, de sofrimento psíquico ou sem rede de apoio segue a contrarreferência ativa do capítulo 21.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 1 de 21

15.4 Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — Dimensão Relacional

Código MAN.DIREU.SED.001 · versão 00 (minuta) · documento de 2º nível (norma) na hierarquia da Norma Zero, estruturado no modelo de regimento do Anexo VIII (capítulos, artigos, incisos e alíneas).

CAPÍTULO I – DO OBJETO, DA APLICAÇÃO E DOS FUNDAMENTOS

Art. 1º Este Manual estabelece as rotinas relacionais do acolhimento na UPA 24h Norte – José de Souza Dourado e na UPA 24h Sul – Gerson Pires de Aguiar, compreendidas a informação ao usuário e ao acompanhante, o apoio psicossocial, a acomodação e a conduta de acompanhantes, o atendimento aos públicos com prioridade legal e a comunicação de notícias difíceis e de óbito.

Parágrafo único. Este Manual não substitui o protocolo de acolhimento com classificação de risco do capítulo 10 da Proposta Técnica, que define os critérios clínicos de priorização; complementa-o na dimensão relacional.

Art. 2º O Manual aplica-se a todos os profissionais que tenham contato com o usuário ou o seu acompanhante, incluídos os da recepção, da portaria, da segurança, da higienização, da assistência e da gestão, próprios ou de empresa contratada.

Parágrafo único. A contratação de serviços terceirizados de recepção, portaria e vigilância incluirá, como obrigação contratual, a submissão dos profissionais à capacitação prevista no Capítulo VII.

Art. 3º São fundamentos deste Manual:

I – a Política Nacional de Humanização, cuja implementação é obrigação da parceria na forma do item 10.1, alínea "d", do Termo de Referência;

II – a Lei Federal nº 13.460, de 2017, quanto aos direitos do usuário de serviços públicos;

III – a Portaria GM/MS nº 1.820, de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde;

IV – a Lei Federal nº 10.741, de 2003 — Estatuto da Pessoa Idosa;

V – a Lei Federal nº 8.069, de 1990 — Estatuto da Criança e do Adolescente;

VI – a Lei Federal nº 13.146, de 2015 — Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência;

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 2 de 21

VII – a Lei Federal nº 10.048, de 2000, quanto ao atendimento prioritário;

VIII – o item 5.2.4 do Termo de Referência, que assegura acompanhante durante toda a permanência na observação a crianças, adolescentes, gestantes, idosos e pessoas com deficiência;

IX – o item 10.3, alínea "i", do Termo de Referência, que exige sistema de senhas acessível a pessoas com deficiência auditiva e visual;

X – o protocolo institucional PTC-09 — Acolhimento, priorização e classificação de risco do Instituto Saúde e Cidadania;

XI – a Lei Federal nº 13.709, de 2018, quanto ao sigilo e à proteção dos dados do usuário.

Art. 4º A informação prestada ao usuário observa os seguintes princípios: é dada por iniciativa da unidade, e não apenas quando solicitada; é expressa em linguagem simples, sem jargão; é verificada quanto à compreensão; e é registrada quando tiver conteúdo assistencial.

CAPÍTULO II – DA INFORMAÇÃO AO USUÁRIO E AO ACOMPANHANTE

Seção I – Dos pontos obrigatórios de informação

Art. 5º A jornada do usuário na unidade tem sete pontos em que a informação é obrigatória, com responsável definido, na forma da figura deste Manual.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 3 de 21

~~Em cada ponto há uma informação ninguém — e um responsável por dá-la~~

Chegada e senha no totem

Quem recebe se identifica, pergunta o motivo da procura e orienta a retirada da senha. Totem com recurso sonoro e visual para deficiência auditiva e visual.

Classificação de risco

O enfermeiro explica a finalidade da priorização, informa a COR atribuída, o tempo-alvo correspondente e o que fazer se o quadro piorar durante a espera.

Cadastro na recepção

Confirmação dos dados, do nome social quando houver, e orientação sobre documentos, acompanhante e localização dos setores.

Espera

Técnico de enfermagem na sala de espera reavalia quem aguarda, responde dúvidas e reorienta quando o tempo-alvo é ultrapassado.

Atendimento médico

Apresentação do profissional, explicação da conduta e do que vem a seguir — exame, medicação, observação ou alta.

Observação ou medicação

Informação sobre a previsão de permanência, a rotina de reavaliação e o direito do acompanhante nas hipóteses legais.

Alta, transferência ou óbito

Orientação de alta em linguagem simples, guia de contrarreferência, explicação do encaminhamento regulado ou acolhimento da família.

Tempos-alvo informados ao usuário: vermelho: imediato · laranja: 10 min · amarelo: 60 min · verde: 120 min · azul: 240 min.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 4 de 21

Figura 15.1 – Jornada do usuário e pontos de informação

Art. 6º Na chegada, o profissional da recepção ou da portaria identifica-se, pergunta o motivo da procura, orienta a retirada da senha no totem e indica onde o usuário deve aguardar a chamada para a classificação de risco.

§ 1º O totem dispõe de recurso sonoro e visual, de modo a ser utilizável por pessoa com deficiência auditiva ou visual, e há profissional habilitado a auxiliar quem não consiga operá-lo.

§ 2º A pessoa que chega em situação de emergência evidente é conduzida imediatamente à sala de estabilização, dispensada a retirada de senha, e a orientação ao acompanhante é feita em seguida pelo enfermeiro ou pelo serviço social.

Art. 7º Na classificação de risco, o enfermeiro, além da avaliação clínica, obrigatoriamente:

I – explica a finalidade da priorização, esclarecendo que a ordem de atendimento decorre da gravidade e não da ordem de chegada;

II – informa a cor atribuída e o tempo-alvo correspondente;

III – orienta sobre o que fazer se o quadro piorar durante a espera, indicando a quem recorrer;

IV – informa o direito a acompanhante, quando aplicável, e a localização dos sanitários, do bebedouro e da sala de espera;

V – verifica a compreensão, reformulando a informação quando necessário.

Parágrafo único. Os tempos-alvo informados são os do Anexo II do Termo de Referência: atendimento imediato na classificação vermelha; até 10 minutos na laranja; até 60 minutos na amarela; até 120 minutos na verde; e até 240 minutos na azul.

Art. 8º Durante a espera, o técnico de enfermagem lotado na sala de espera reavalia os usuários que aguardam, responde às dúvidas, identifica sinais de agravamento e aciona o enfermeiro classificador para reclassificação.

§ 1º Ultrapassado o tempo-alvo da cor, o usuário é procurado e informado da nova previsão e do motivo da demora, sem que lhe caiba solicitar essa informação.

§ 2º A sala de espera dispõe de informação visível sobre o significado das cores, os tempos-alvo e os canais da Ouvidoria, em linguagem e formato acessíveis.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 5 de 21

§ 3º A chamada é feita pelo painel eletrônico do capítulo 9 da Proposta Técnica (na classificação e em cada fluxo de consultórios), nominal, sonora e visual; na falha do painel, é nominal em voz alta.

Art. 9º No atendimento médico, o profissional apresenta-se pelo nome e pela função, explica a avaliação, a conduta proposta e o que acontecerá em seguida (realização de exame, medicação, permanência em observação, alta ou encaminhamento), e informa a previsão de tempo de cada etapa.

Art. 10 Na permanência em observação ou em medicação, o usuário e o seu acompanhante são informados sobre a previsão de permanência, a rotina de reavaliação médica e de enfermagem, a possibilidade de encaminhamento regulado e as regras de acomodação do acompanhante.

Parágrafo único. A permanência em observação limita-se a 24 horas, e a aproximação desse limite é informada ao usuário e à família com a explicação do encaminhamento à unidade hospitalar de referência pelo Complexo Regulador Estadual.

Art. 11 Na alta, a orientação é entregue por escrito e explicada verbalmente, e compreende o diagnóstico em linguagem acessível, a prescrição, os sinais de alerta que justificam o retorno imediato, o encaminhamento à unidade básica de saúde e a guia de contrarreferência prevista no capítulo 21 da Proposta Técnica.

Parágrafo único. Quando o usuário não souber ler ou houver barreira de compreensão, a orientação é dada ao acompanhante ou, na sua falta, com o apoio do serviço social, registrando-se a forma adotada.

Seção II – Do sigilo e dos limites da informação

Art. 12 A informação clínica é prestada ao próprio usuário e, com a sua anuência, ao acompanhante por ele indicado; tratando-se de criança, adolescente ou pessoa sem condições de manifestar vontade, ao responsável legal.

§ 1º É vedado prestar informação clínica por telefone a pessoa não identificada.

§ 2º É vedado comentar o caso em corredores, elevadores ou áreas de circulação, e a discussão clínica ocorre em local reservado.

§ 3º O nome social, quando informado, é o utilizado em toda a comunicação verbal e nas chamadas, e consta do registro ao lado do nome civil.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 6 de 21

CAPÍTULO III – DO APOIO PSICOSSOCIAL

Art. 13 O apoio psicossocial ao usuário e à sua família é de responsabilidade do Serviço Social da unidade, disponível nas 24 horas, com o apoio da equipe de enfermagem e da Diretoria Técnica.

Parágrafo único. A unidade conta com assistente social em todos os plantões, diurnos e noturnos (capítulo 22 da Proposta Técnica), e o acionamento independe de autorização da chefia.

Art. 14 São situações de acionamento obrigatório do apoio psicossocial:

I – óbito na unidade e comunicação de notícia difícil;

II – suspeita ou confirmação de violência contra criança, adolescente, mulher, pessoa idosa ou pessoa com deficiência;

III – criança ou adolescente desacompanhado e pessoa idosa em situação de abandono;

IV – tentativa de suicídio, sofrimento psíquico agudo ou quadro relacionado ao uso de substâncias;

V – pessoa em situação de rua ou sem rede de apoio identificável;

VI – transferência para outro município ou previsão de internação prolongada;

VII – barreira de comunicação ou de compreensão que impeça a orientação adequada;

VIII – recusa de tratamento, conflito com a equipe ou manifestação de insatisfação que extrapole a competência da assistência.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 7 de 21

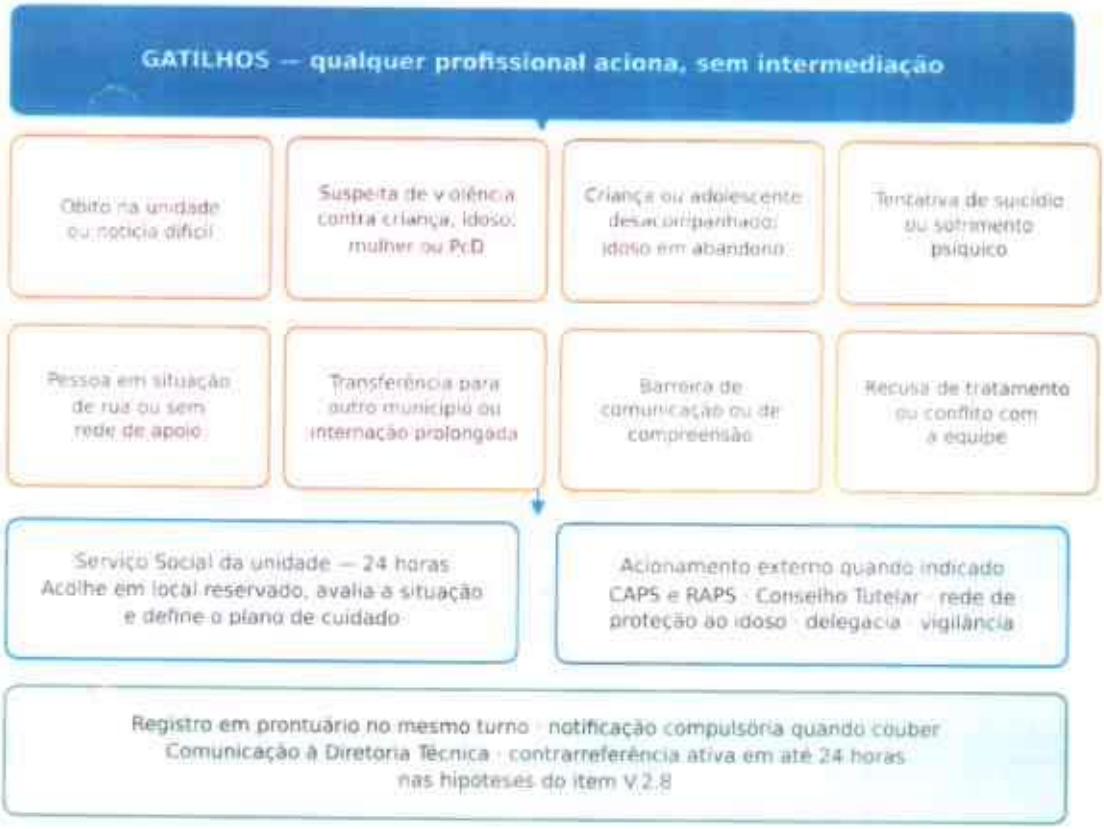


Figura 15.2 – Acionamento do apoio psicossocial

Art. 15 Acionado, o Serviço Social acolhe o usuário ou a família em local reservado, identifica a situação, orienta sobre direitos e benefícios, articula a rede de proteção e define, com a equipe assistencial, o plano de cuidado.

§ 1º O acionamento externo observa a situação: Centro de Atenção Psicossocial e demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial; Conselho Tutelar; rede de proteção à pessoa idosa;

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 8 de 21

delegacia especializada; e vigilância epidemiológica, nas hipóteses de notificação compulsória.

§ 2º A atuação é registrada em prontuário no mesmo turno, com a situação identificada, as providências adotadas e os encaminhamentos realizados.

§ 3º Nas hipóteses do capítulo 21 da Proposta Técnica, o caso integra a contrarreferência ativa, com comunicação à unidade de saúde de origem em até 24 horas.

Art. 16 A notificação compulsória de violência é realizada independentemente da anuência da vítima nas hipóteses legais, observados o sigilo e a comunicação ao Conselho Tutelar, à autoridade policial ou ao órgão de proteção competente, conforme o caso.

Art. 17 O apoio psicossocial alcança também a equipe, mediante espaço de escuta após evento de grande impacto, especialmente óbito de criança, morte violenta, agressão a profissional e evento adverso grave, articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente e o NEPES.

CAPÍTULO IV – DO ACOMPANHANTE

Seção I – Do direito de acompanhamento

Art. 18 É garantida a presença de acompanhante em tempo integral, durante a permanência em observação, a crianças, adolescentes, gestantes, pessoas com deficiência e pessoas idosas, na forma do item 5.2.4 do Termo de Referência e da legislação de regência.

§ 1º Nas demais situações, é assegurada a presença de um acompanhante sempre que a condição clínica e a estrutura física o permitirem, privilegiando-se o usuário com dificuldade de locomoção, de comunicação ou de compreensão.

§ 2º Na sala de espera e nos consultórios, a presença de acompanhante é livre, salvo pedido do próprio usuário em contrário.

§ 3º O acompanhante de pessoa com deficiência que dependa de apoio para comunicação ou para atividades de vida diária não é computado como visita e permanece durante todo o atendimento.

Art. 19 O acompanhante é identificado por crachá ou pulseira fornecidos pela unidade, com registro do nome e do vínculo com o usuário, e a substituição é permitida mediante nova identificação.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 9 de 21

Seção II – Da acomodação

Art. 20 A unidade assegura ao acompanhante assento junto ao leito ou à poltrona do usuário, acesso a sanitário e a água potável e orientação sobre os horários e o funcionamento dos serviços.

§ 1º O acompanhante com direito legal à permanência recebe refeição pelo serviço de alimentação do capítulo 20 da Proposta Técnica quando o usuário aguarda transferência ou permanece em observação prolongada, com prioridade ao acompanhante de criança menor de seis anos e de pessoa idosa dependente.

§ 2º Não é permitido ao acompanhante permanecer em leito ou poltrona destinados a usuários.

Art. 21 As visitas aos usuários em observação ocorrem em dois períodos diários de uma hora, das 10h às 11h e das 16h às 17h, admitido um visitante por vez e preservada a presença do acompanhante nas hipóteses do art. 18.

Seção III – Da conduta e das hipóteses de restrição

Art. 22 São deveres do acompanhante permanecer junto ao usuário que acompanha, observar as orientações da equipe, preservar o sigilo e a privacidade dos demais usuários, abster-se de registrar imagens ou sons nas áreas assistenciais e tratar os profissionais com respeito.

§ 1º É vedado ao acompanhante manipular equipamentos, medicamentos e prontuários, prestar cuidados de competência da equipe e circular em áreas restritas.

§ 2º A unidade não permite o uso de câmera nas áreas assistenciais, ressalvado o registro autorizado pelo próprio usuário quando não houver terceiro identificável na imagem.

Art. 23 A permanência do acompanhante pode ser restringida, de forma motivada e pelo tempo estritamente necessário, nas seguintes hipóteses:

I – durante procedimento que exija assepsia, exposição do usuário ou manobra de ressuscitação;

II – na sala de estabilização, quando a presença comprometer o atendimento, assegurada a informação imediata e periódica à família em local reservado;

III – em isolamento, quando as condições de biossegurança o exigirem, admitida a permanência com os equipamentos de proteção adequados sempre que possível;

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 10 de 21

IV – em caso de conduta agressiva, embriaguez ou descumprimento reiterado dos deveres do art. 22.

§ 1º A restrição é registrada em prontuário, com o motivo, o horário de início e o de término, e é reavaliada a cada mudança de plantão.

§ 2º A restrição fundada nos incisos I a III não se aplica aos casos de acompanhamento garantido por lei sem que se demonstre, no caso concreto, risco à segurança do usuário ou de terceiros.

§ 3º Nas hipóteses do inciso IV, o serviço social é acionado antes de qualquer medida de afastamento, e a segurança patrimonial só intervém quando houver risco atual à integridade física de alguém.

CAPÍTULO V – DOS PÚBLICOS COM PRIORIDADE LEGAL

Seção I – Da relação entre prioridade legal e classificação de risco

Art. 24 A prioridade legal não altera a cor atribuída na classificação de risco, que decorre exclusivamente da gravidade clínica; ela ordena o atendimento entre usuários classificados na mesma cor e assegura acomodação, acessibilidade e atenção diferenciadas em todas as etapas.

§ 1º São prioridades legais, aplicadas na espera e nas áreas internas, a pessoa com 60 anos ou mais, com precedência da que tem 80 anos ou mais, a criança e o adolescente (Lei nº 8.069/1990, art. 4º, parágrafo único, "b"), a gestante, a lactante, a pessoa com criança de colo, a pessoa com deficiência ou com transtorno do espectro autista, a pessoa com mobilidade reduzida e a pessoa com obesidade; o protocolo institucional acrescenta, como critério interno, a criança menor de 5 anos, e a sua referência de 65 anos não restringe a prioridade legal da pessoa com 60 anos ou mais.

§ 2º A pessoa com idade igual ou superior a 80 anos tem precedência sobre os demais idosos, na forma do Estatuto da Pessoa Idosa.

§ 3º A aplicação da prioridade legal é explicada ao usuário e aos demais que aguardam, sempre que a ordem de chamada parecer alterada.

Seção II – Das pessoas idosas

Art. 25 No atendimento à pessoa idosa, a unidade assegura: acolhimento prioritário dentro da mesma cor; assento preferencial identificado na sala de espera; acompanhante em tempo

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 11 de 21

integral durante a observação; informação dirigida ao próprio usuário, e não apenas ao acompanhante; e atenção aos sinais de fragilidade, de confusão aguda e de risco de queda.

Parágrafo único. A suspeita de violência, de negligência ou de abandono enseja acionamento imediato do serviço social, notificação compulsória e comunicação aos órgãos de proteção, na forma do art. 19 do Estatuto da Pessoa Idosa.

Seção III – Das crianças e dos adolescentes

Art. 26 No atendimento à criança e ao adolescente, a unidade assegura: permanência integral do pai, da mãe ou do responsável; acolhimento em ambiente adequado à idade; explicação do procedimento à criança, em linguagem compatível com a sua compreensão; e manejo da dor e do medo como parte do cuidado.

§ 1º A criança ou o adolescente que chegar desacompanhado é atendido imediatamente, sem que a ausência de responsável retarde o cuidado, e o serviço social aciona a família e, não sendo possível, o Conselho Tutelar.

§ 2º A suspeita de violência contra criança ou adolescente é notificada na forma do art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, com comunicação ao Conselho Tutelar, independentemente da anuência da família.

§ 3º O adolescente tem direito a ser ouvido reservadamente, preservado o sigilo quanto ao que relatar, ressalvadas as hipóteses de risco à vida e as de notificação obrigatória.

Seção IV – Das pessoas com deficiência

Art. 27 No atendimento à pessoa com deficiência, a unidade assegura: atendimento prioritário dentro da mesma cor; acessibilidade física nas áreas de circulação e nos sanitários; comunicação acessível, incluída a sinalização visual e o recurso sonoro do sistema de senhas; permanência do acompanhante ou do atendente pessoal; e adaptação razoável do procedimento quando necessária.

§ 1º O ISAC capacita em Libras básica, pelo NEPES, os profissionais da recepção, os enfermeiros classificadores e os enfermeiros supervisores, com pelo menos um profissional capacitado em cada plantão (Decreto nº 5.626/2005, art. 25); na comunicação com a pessoa surda, a equipe usa também o VLibras, aplicativo gratuito do governo federal, e a comunicação escrita, e aciona intérprete de Libras em situação específica, como a comunicação de notícia difícil; o meio adotado em cada atendimento é registrado no prontuário.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 12 de 21

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é equiparada à pessoa com deficiência para todos os efeitos deste Manual, e a unidade reduz, sempre que possível, o tempo de espera em ambiente de estímulo intenso.

§ 3º A deficiência não presumida, declarada pelo usuário ou pelo acompanhante, é acolhida sem exigência de comprovação documental no momento do atendimento.

§ 4º As rampas, os corrimãos, os sanitários acessíveis, os assentos preferenciais e a sinalização visual e tátil são mantidos em condições de uso, verificados em ronda mensal pelo Coordenador Administrativo e corrigidos pelo plano de manutenção do capítulo 20 da Proposta Técnica.

Seção V – De outras situações de vulnerabilidade

Art. 28 A gestante, a lactante e a pessoa com criança de colo têm prioridade na forma da lei; a pessoa em situação de rua é atendida sem exigência de documento ou de comprovante de residência, acionado o serviço social; e a pessoa com barreira linguística é atendida com o apoio disponível para compreensão, registrando-se o meio utilizado.

CAPÍTULO VI – DA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS E DO ÓBITO

Seção I – Da regra geral

Art. 29 Notícia difícil é toda informação que altera de forma adversa e relevante a expectativa do usuário ou da família quanto ao estado de saúde, incluídos o agravamento clínico, a necessidade de transferência para terapia intensiva, o diagnóstico de doença grave e o óbito.

Art. 30 A comunicação é feita pelo médico assistente, presencialmente, em sala reservada, acompanhado do assistente social ou do enfermeiro, e observa o roteiro de seis passos deste Manual.

§ 1º O telefone é utilizado apenas quando não houver familiar presente e a informação não puder aguardar, e nunca para comunicar óbito a quem esteja a caminho da unidade, hipótese em que se solicita a presença e se informa pessoalmente.

§ 2º Nenhum profissional diverso do médico comunica óbito ou diagnóstico, cabendo aos demais acolher, permanecer com a família e acionar quem deve comunicar.

§ 3º A comunicação é registrada em prontuário com a identificação de quem comunicou, a quem, o horário e o conteúdo informado.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 13 de 21

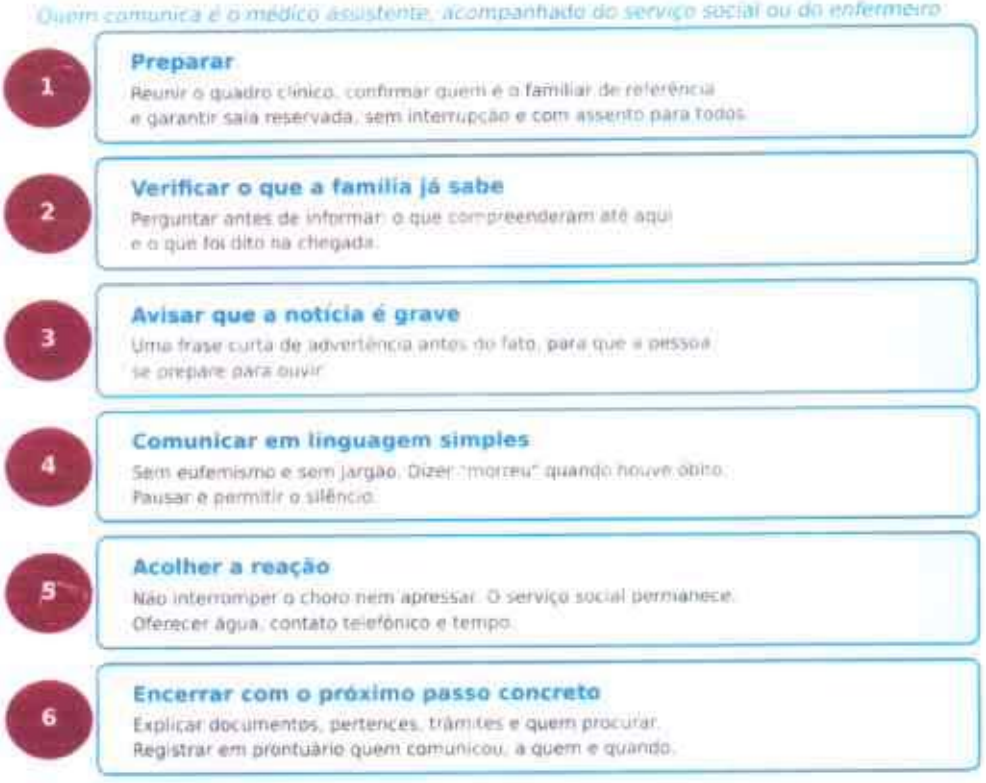


Figura 15.3 – Comunicação de notícia difícil e de óbito

Seção II – Do óbito e do acolhimento dos familiares

Art. 31 Ocorrido o óbito, a unidade adota as seguintes providências, na ordem:

I – identificação do familiar de referência e condução a sala reservada, com assento para todos os presentes;

II – comunicação pelo médico assistente, na forma do art. 30;

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 14 de 21

III – permanência do serviço social com a família pelo tempo necessário, sem fixação de prazo;

IV – orientação sobre a declaração de óbito, os documentos necessários e os trâmites subsequentes, por escrito e verbalmente;

V – devolução dos pertences mediante recibo, com conferência na presença do familiar;

VI – orientação sobre o encaminhamento do corpo e, nos casos de morte violenta, suspeita ou sem assistência médica, sobre o encaminhamento ao Instituto Médico Legal ou ao Serviço de Verificação de Óbitos, com a explicação do motivo;

VII – registro do óbito nos sistemas de informação e comunicação à Comissão de Revisão de Óbitos, na forma do capítulo 14 da Proposta Técnica.

§ 1º É assegurada à família a despedida junto ao corpo, em ambiente reservado e pelo tempo compatível com o funcionamento da unidade.

§ 2º São respeitadas as práticas religiosas e culturais manifestadas pela família, desde que não comprometam a assistência aos demais usuários nem as normas sanitárias.

§ 3º No óbito de criança ou de adolescente, o acolhimento é conduzido com a presença permanente do serviço social, e a equipe assistencial envolvida participa do espaço de escuta previsto neste Manual.

Art. 32 A declaração de óbito é preenchida pelo médico, de forma completa e legível, e a família é orientada quanto ao seu uso, vedada a cobrança de qualquer valor pela sua emissão.

Art. 33 Quando houver indício de violência, maus-tratos ou causa externa, a unidade preserva vestígios, comunica a autoridade competente e informa a família sobre os procedimentos legais, sem emitir juízo sobre a causa.

CAPÍTULO VII – DA CAPACITAÇÃO, DO MONITORAMENTO E DOS INDICADORES

Art. 34 A capacitação em acolhimento integra o programa de educação permanente do capítulo 25 da Proposta Técnica e observa:

I – integração obrigatória, antes do primeiro plantão, com módulo sobre acolhimento, direitos do usuário e conduta relacional, para todos os profissionais, inclusive os de empresa contratada;

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 15 de 21

II – capacitação específica de 16 horas para os enfermeiros classificadores, na forma do capítulo 10 da Proposta Técnica;

III – capacitação anual em comunicação de notícias difíceis para médicos, enfermeiros e assistentes sociais;

IV – capacitação em acessibilidade e atendimento à pessoa idosa, à criança e à pessoa com deficiência para todos os profissionais, com ênfase na recepção, portaria, segurança e higienização, e capacitação em Libras básica na forma do art. 27;

V – avaliação de efetividade, com índice de efetividade da educação permanente igual ou superior a 80%.

Art. 35 A dimensão relacional do acolhimento é monitorada pelos indicadores do Anexo V deste Manual, apurados mensalmente e analisados em conjunto com as manifestações recebidas pela Ouvidoria e com a pesquisa de satisfação do capítulo 16 da Proposta Técnica.

§ 1º A auditoria de registro verifica, por amostra mensal de 1% dos atendimentos de cada unidade (cerca de 120 a 140 prontuários), se a orientação sobre cor e tempo-alvo foi registrada e se as restrições de acompanhante foram motivadas.

§ 2º As manifestações relativas a informação, acolhimento e conduta são tratadas como insumo de revisão deste Manual e discutidas mensalmente com as coordenações.

CAPÍTULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 Este Manual entra em vigor na data de sua aprovação, antes do início da operação das unidades, e é divulgado a todos os profissionais na integração e em versão resumida afixada nas áreas de atendimento.

Art. 37 O Manual é revisado a cada 24 meses ou sempre que houver alteração da legislação aplicável, do protocolo institucional de acolhimento, da estrutura física das unidades ou do sistema de informação, bem como diante de manifestação reiterada dos usuários sobre o mesmo tema.

Art. 38 Os casos omissos são resolvidos pelo colegiado de gestão da unidade, ouvidos o Serviço Social e o Diretor Técnico, e, quando envolverem direitos do usuário, submetidos ao Gestor da Parceria.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 16 de 21

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir do protocolo institucional PTC-09 de acolhimento, priorização e classificação de risco do ISAC e do Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026	Diretoria Geral das UPAs

APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Diretoria Geral das UPAs, com as Coordenações de Enfermagem, o Serviço Social e as Diretorias Técnicas	Superintendência Técnica do ISAC	Gerência de Qualidade do ISAC	Alçada da Norma de Gestão de Documentos para manual de unidade gerida, com ciência ao Gestor da Parceria

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

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 17 de 21

ANEXO I – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O roteiro é o que o enfermeiro diz ao encerrar a classificação. Não é texto a ser lido: é o conteúdo mínimo, dito na linguagem de quem fala com quem escuta.

Quadro 15.2 – Conteúdo mínimo da orientação, por cor

Cor	Tempo-alvo	O que se diz ao usuário
Vermelha	Imediato	A orientação é dirigida ao acompanhante, após o início do atendimento: explicar que o caso exige cuidado imediato, onde aguardar e que haverá informação periódica da equipe.
Laranja	Até 10 minutos	"O seu caso é grave e o atendimento é muito rápido. Fique aqui, não saia da sala de espera. Se sentir piora, chame imediatamente o técnico que está na espera."
Amarela	Até 60 minutos	"A sua situação precisa de avaliação médica em até uma hora. A ordem não é de chegada, é de gravidade. Se piorar antes disso, procure o técnico da espera."
Verde	Até 120 minutos	"O seu caso não é grave, e por isso a espera pode chegar a duas horas. Pessoas que chegarem depois e estiverem mais graves serão atendidas antes. Se sentir piora, procure o técnico da espera."
Azul	Até 240 minutos	"O seu caso não é urgente, e você será atendido pelo médico; a espera pode chegar a quatro horas, porque os casos mais graves passam à frente. Se piorar, procure o técnico da espera. Depois da consulta, o médico vai orientar o acompanhamento na sua unidade de saúde."

Em todas as cores: informar o direito a acompanhante quando aplicável, a localização de sanitário e bebedouro e os canais da Ouvidoria; e confirmar a compreensão antes de encerrar.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 18 de 21

ANEXO II – PRIORIDADES LEGAIS E SUA APLICAÇÃO

Quadro 15.3 – Prioridades legais aplicáveis e forma de aplicação

Público	Base legal	Como se aplica na unidade
Pessoa com 60 anos ou mais	Lei nº 10.741/2003; Lei nº 10.048/2000	Precedência dentro da mesma cor; assento preferencial; acompanhante integral na observação. O protocolo institucional usa 65 anos como prioridade não clínica interna — a prioridade legal, de 60 anos, prevalece no acesso.
Pessoa com 80 anos ou mais	Lei nº 10.741/2003, art. 3º, § 2º	Precedência sobre os demais idosos, dentro da mesma cor.
Criança menor de 5 anos	Protocolo institucional (PTC-09)	Precedência dentro da mesma cor; acolhimento em ambiente adequado; permanência do responsável.
Criança e adolescente em geral	Lei nº 8.069/1990, art. 4º, parágrafo único, "b"	Precedência dentro da mesma cor; acompanhante integral; atendimento imediato quando desacompanhado; escuta reservada do adolescente.
Gestante e lactante	Lei nº 10.048/2000; protocolo institucional	Precedência dentro da mesma cor; acomodação adequada; encaminhamento à maternidade de referência quando o caso for obstétrico.
Pessoa com deficiência	Lei nº 13.146/2015; Lei nº 10.048/2000	Precedência dentro da mesma cor; acessibilidade física e de comunicação; permanência do acompanhante ou atendente pessoal; adaptação razoável.
Pessoa com transtorno do espectro autista	Lei nº 12.764/2012	Equiparada à pessoa com deficiência; redução do tempo em ambiente de estímulo intenso quando possível.
Pessoa com criança de colo	Lei nº 10.048/2000	Precedência dentro da mesma cor.
Pessoa com mobilidade reduzida	Lei nº 10.048/2000, art. 1º	Precedência dentro da mesma cor; acomodação e apoio à locomoção.
Pessoa com obesidade	Lei nº 10.048/2000, art. 1º	Precedência dentro da mesma cor; acomodação compatível, incluída poltrona ou leito adequado.

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 19 de 21

ANEXO III – DIREITOS E DEVERES DO ACOMPANHANTE

Texto destinado à afixação nas áreas de observação e à entrega no momento da identificação do acompanhante.

Quadro 15.4 – Direitos e deveres do acompanhante

O acompanhante tem direito a	O acompanhante se compromete a
Permanecer junto ao usuário nas hipóteses garantidas em lei (criança, adolescente, gestante, pessoa com deficiência e pessoa idosa) durante toda a permanência em observação	Permanecer junto ao usuário que acompanha e não circular nas demais áreas assistenciais
Receber informação sobre o estado de saúde, com a anuência do usuário, e sobre a previsão de permanência	Observar as orientações da equipe e comunicar qualquer alteração que perceba
Assento junto ao leito ou à poltrona, acesso a sanitário e a água potável	Preservar o sigilo e a privacidade dos demais usuários
Identificação por crachá ou pulseira e possibilidade de substituição por outro familiar	Não registrar imagens ou sons nas áreas assistenciais
Ser informado do motivo, sempre que a sua permanência for restringida, e do tempo previsto da restrição	Não manipular equipamentos, medicamentos ou prontuários
Apresentar manifestação à Ouvidoria, sem prejuízo do atendimento ao usuário	Tratar os profissionais e os demais usuários com respeito

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 20 de 21

ANEXO IV – ROTEIRO DA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIA DIFÍCIL E DE ÓBITO

Quadro 15.5 – Roteiro da comunicação, passo a passo

Passo	O que fazer	O que evitar
1. Preparar	Reunir o quadro clínico, confirmar quem é o familiar de referência, garantir sala reservada, sem interrupção, com assento para todos e com o serviço social presente	Comunicar em corredor, em pé, com o celular em mãos ou sem saber o nome de quem ouve
2. Verificar o que já sabem	Perguntar o que compreenderam até ali e o que lhes foi dito na chegada	Presumir que a família acompanhou a gravidade do caso
3. Avisar	Uma frase curta antes do fato: "tenho uma notícia difícil para lhe dar"	Ir direto ao fato, sem permitir que a pessoa se prepare
4. Comunicar	Linguagem simples e direta; dizer "morreu" quando houve óbito; pausar e permitir o silêncio	Eufemismos ("partiu", "descansou"), jargão clínico e explicação técnica prolongada
5. Acolher a reação	Permanecer; oferecer água e tempo; o serviço social assume a continuidade	Interromper o choro, apressar a saída da sala ou minimizar a perda
6. Encerrar com o próximo passo	Explicar documentos, pertences e trâmites; dizer quem procurar e registrar em prontuário quem comunicou, a quem e quando	Encerrar sem informação prática, deixando a família sem saber o que fazer em seguida

MANUAL

MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — DIMENSÃO RELACIONAL

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
MAN.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 21 de 21

ANEXO V – INDICADORES DA DIMENSÃO RELACIONAL

Apurados mensalmente por unidade, com as metas revistas ao fim do primeiro trimestre de operação, quando houver série própria.

Quadro 15.6 – Indicadores, fórmulas e metas da dimensão relacional

Indicador	Fórmula	Meta
Satisfação do usuário	Avaliações bom e ótimo ÷ total de respostas, com amostragem mínima de 5%	≥ 80%
Orientação registrada na classificação	Classificações com registro de cor e tempo-alvo informados ÷ classificações auditadas	≥ 95%
Reorientação após o tempo-alvo	Usuários procurados após ultrapassado o tempo-alvo ÷ usuários que ultrapassaram o tempo-alvo	≥ 90%
Usuários que não aguardaram o atendimento	Evasões antes da consulta ÷ classificações realizadas	≤ 2%
Acionamento do apoio psicossocial	Situações-gatilho com acionamento registrado ÷ situações-gatilho identificadas	100%
Acompanhante garantido nas hipóteses legais	Observações de público com direito legal e acompanhante registrado ÷ total dessas observações	≥ 98%
Restrições de acompanhante motivadas	Restrições com motivo e horários registrados ÷ restrições aplicadas	100%
Comunicação de óbito registrada	Óbitos com registro de quem comunicou, a quem e quando ÷ óbitos ocorridos	100%
Manifestações sobre informação e acolhimento	Manifestações do tema ÷ total de atendimentos	Tendência decrescente
Profissionais capacitados em acolhimento	Profissionais capacitados ÷ profissionais em atividade	≥ 90%

ÁREA DE QUALIDADE · QUALIDADE SUBJETIVA

16 Proposta de ouvidoria e pesquisa de satisfação

Uma unidade de pronto atendimento recebe reclamação porque atende gente em sofrimento e com pressa. A questão não é evitar a manifestação, mas transformá-la em informação de gestão — e devolver ao usuário uma resposta que ele reconheça como resposta. É isso que esta proposta organiza, em duas frentes que se alimentam: a ouvidoria, que escuta quem procura a unidade por iniciativa própria, e a pesquisa de satisfação, que procura quem não procurou.

As duas frentes já funcionam assim nas unidades do ISAC: ouvidoria articulada à Ouvidoria do SUS, pesquisa setorizada por fase do atendimento aprovada pela Secretaria antes da primeira aplicação e resposta em até 15 dias. A meta de satisfação é de 80% de avaliações bom e ótimo, sobre amostra mínima de 5% dos atendimentos.

16.1 Os canais de recebimento

A ouvidoria é própria de cada unidade, funciona em sala identificada e de acesso livre, e recebe manifestação por cinco vias. Nenhuma delas exige identificação: a manifestação anônima é registrada e tratada, ainda que sem resposta individual possível.

Quadro 16.1 – Canais de recebimento de manifestações

Canal	Como funciona	Disponibilidade
Presencial	Atendimento na sala da Ouvidoria, com registro imediato no sistema e entrega do número de protocolo; apoio ao preenchimento para quem não souber ou não puder escrever	Dias úteis, das 8h às 18h; fora desse horário, registro pela recepção e pelo formulário eletrônico, nas 24 horas
Telefônico e aplicativo de mensagens	Número exclusivo da unidade, divulgado nos murais, no cartão de orientação da alta e no sítio eletrônico	24 horas, com retorno no primeiro dia útil
Formulário eletrônico	Página da parceria no sítio eletrônico do Instituto e QR Code afixado na espera, na observação e na recepção	24 horas
Urna de manifestações	Formulário impresso em ponto visível da espera, com recolhimento diário registrado	Recolhimento diário
Ouvidoria do SUS Municipal	Demandas encaminhadas pelo Município, recebidas pelo canal pactuado e tratadas com a mesma numeração de origem	Conforme o fluxo da Secretaria

16.2 O fluxo de tratamento e os prazos

Toda manifestação recebe número de protocolo no ato do registro, e o prazo é informado ao manifestante na abertura. O ciclo tem seis etapas e termina com a aferição da satisfação do próprio manifestante quanto à resposta recebida — o que impede que o encerramento seja apenas formal.

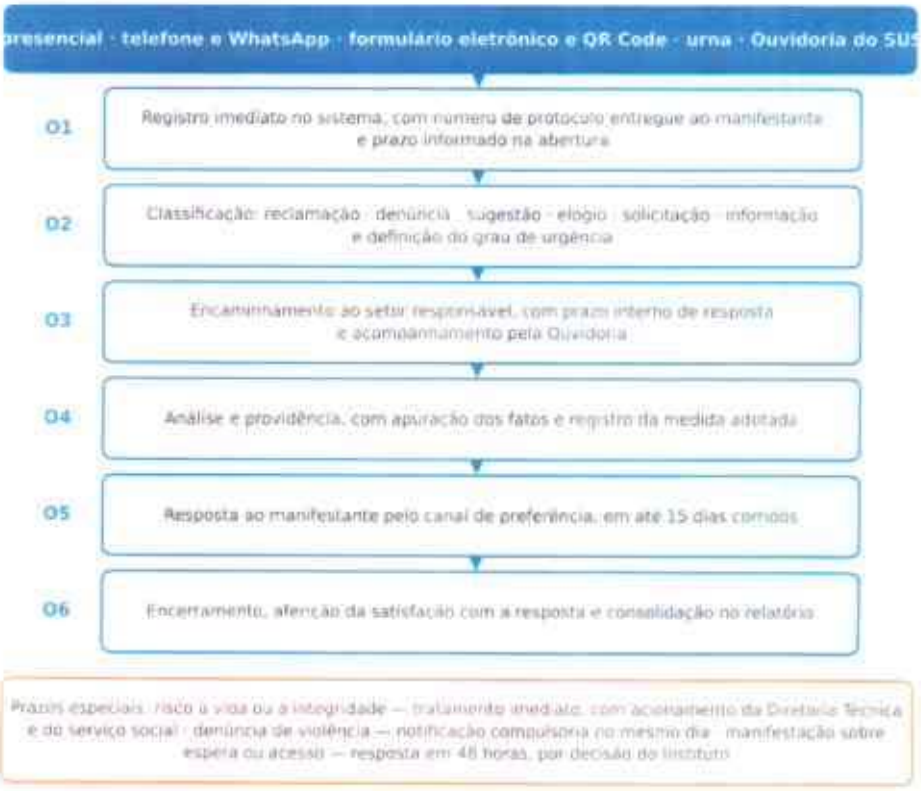


Figura 16.1 – Ciclo da manifestação, do recebimento ao encerramento

O prazo geral de resposta é de 15 dias corridos, na forma do item 10.1, alínea "u", do Termo de Referência. Sobre ele, o Instituto assume prazos menores nas situações em que a demora é, em si, o problema: manifestação sobre espera ou acesso é respondida em 48 horas; situação de risco à vida ou à integridade é tratada imediatamente, com acionamento da Diretoria Técnica e do serviço social; e denúncia de violência segue a notificação compulsória no mesmo dia, na forma do capítulo 15.

A manifestação que revele falha assistencial é encaminhada ao Núcleo de Segurança do Paciente e, quando couber, à Comissão de Análise e Revisão de Prontuários ou à Comissão de Revisão de Óbitos, na forma do capítulo 14. A que revele conduta profissional é encaminhada à Diretoria Técnica ou à Comissão de Ética correspondente, preservada a identidade do manifestante perante o profissional envolvido.

16.3 A articulação com a Ouvidoria do SUS Municipal

A ouvidoria da unidade não substitui a Ouvidoria do SUS Municipal nem compete com ela: opera como porta de entrada local de um sistema municipal. A articulação se dá em quatro

movimentos. As demandas originadas na Ouvidoria municipal são recebidas pelo canal que a Secretaria indicar, tratadas com a numeração de origem preservada e respondidas no prazo por ela fixado. As manifestações recebidas diretamente pela unidade que extrapolem a sua governabilidade — acesso a serviço de outro nível, regulação, medicamento da rede — são encaminhadas à Ouvidoria municipal com a análise já feita. O relatório de manifestações é enviado mensalmente à Superintendência de Atenção Especializada e consolidado trimestralmente no relatório do Anexo VIII, com o número e o teor das manifestações e as providências adotadas. E a Ouvidoria municipal tem acesso, quando solicitar, ao registro integral de qualquer protocolo.

Quadro 16.2 – Informações enviadas pela unidade

O que é enviado	Para quem	Quando
Relatório mensal de manifestações, por tipo, assunto e setor, com prazo médio de resposta	Superintendência de Atenção Especializada e Ouvidoria do SUS Municipal	Até o dia 20 do mês seguinte, com o relatório mensal de execução
Relatório trimestral de atividades da Ouvidoria e do serviço de atendimento ao usuário, com o teor das manifestações e as providências	Anexo VIII, alínea "q"	Com o relatório trimestral consolidado
Resposta a demanda originada na Ouvidoria municipal	Ouvidoria do SUS Municipal	No prazo fixado pela Secretaria
Comunicação imediata de manifestação grave	Gestor da Parceria	No mesmo dia útil

16.4 A pesquisa de satisfação

O instrumento é setorizado, como exige o Termo de Referência: avalia separadamente a recepção e o acolhimento, a classificação de risco, a espera, o atendimento médico, a enfermagem, o apoio diagnóstico, a estrutura física e a limpeza, além de uma avaliação global e de um campo aberto. A escala é de cinco pontos — ótimo, bom, regular, ruim e péssimo —, e o indicador do Quadro 8 computa as respostas classificadas como bom ou ótimo. O questionário proposto está no Anexo I.



Figura 16.2 – Ciclo trimestral da pesquisa de satisfação

A coleta é contínua e a apuração, trimestral. A abordagem ocorre na saída do usuário ou do acompanhante, por tablete, por QR Code impresso no cartão de orientação da alta e por formulário em papel, para quem não tiver acesso ou preferência digital. A amostragem é sistemática — aborda-se um a cada 10 atendimentos, o que mantém as respostas acima dos 5% exigidos mesmo que metade dos abordados não responda —, estratificada por turno e por dia da semana, de modo que a madrugada e o fim de semana não fiquem sub-representados, que é o erro mais comum nesse tipo de pesquisa.

Na forma da ficha do indicador, não entram no cálculo as respostas deixadas em branco ou ilegíveis, as que marcam mais de uma opção na mesma pergunta e as colhidas fora do período de apuração. O instrumento e a metodologia de amostragem são submetidos à Comissão de Monitoramento e Avaliação antes da primeira aplicação e não se alteram no curso do exercício sem manifestação da Comissão.

A pesquisa não é respondida por quem está em atendimento nem por quem aguarda — a abordagem na espera mede impaciência, não satisfação. Também não é aplicada por quem prestou o atendimento avaliado.

16.5 A divulgação dos resultados e o retorno ao usuário

O retorno acontece em dois níveis. O individual é a resposta ao manifestante, pelo canal de sua preferência, com a providência adotada em linguagem simples — e, quando a solução não for possível, com a explicação do motivo, que é também uma resposta. O coletivo é a publicação dos resultados.

Quadro 16.3 – Divulgação dos resultados e retorno ao usuário

O quê	Onde	Periodicidade
Resultado da pesquisa de satisfação, por fase do atendimento, com o percentual de bom e ótimo	Mural da sala de espera das duas unidades, em linguagem e formato acessíveis	Trimestral
Mesmo resultado, com a série histórica	Página da parceria no sítio eletrônico do Instituto, na forma do capítulo 17	Trimestral
Painel "você disse, nós fizemos": as três principais críticas do período e o que foi feito sobre cada uma	Mural da sala de espera e sítio eletrônico	Trimestral
Relatório de atividades da Ouvidoria	Anexo VIII e Comissão de Monitoramento e Avaliação	Trimestral
Canais da Ouvidoria e prazo de resposta	Mural, cartão de orientação da alta, QR Code na espera e sítio eletrônico	Permanente

O painel "você disse, nós fizemos" é o compromisso mais exposto desta proposta: obriga a unidade a publicar, a cada trimestre, aquilo de que mais reclamaram e o que fez a respeito. É também o que torna a ouvidoria visível para quem ainda não precisou dela.

16.6 Estrutura, responsáveis e capacitação

A ouvidoria de cada unidade é exercida por profissional designado, com atribuição formal e carga horária definida no quadro de pessoal do capítulo 22, vinculado à Gerência da Unidade, que lhe dá o apoio administrativo, e com acesso direto ao Diretor Geral — condição para que a manifestação sobre a própria gestão tenha para onde ir. O serviço social apoia o atendimento presencial nas situações de vulnerabilidade, e a Gerência de Qualidade consolida os dados das duas unidades.

A capacitação dos profissionais da recepção, da portaria e da segurança em acolhimento de manifestações integra a matriz do capítulo 25: quem recebe a primeira reclamação, quase sempre, não é o ouvidor.

16.7 Indicadores

Quadro 16.4 – Indicadores da ouvidoria e da satisfação

Indicador	Fórmula	Meta
Satisfação do usuário	Respostas bom e ótimo ÷ respostas válidas, com amostra ≥ 5% dos atendimentos	≥ 80%
Cobertura da amostra	Respostas válidas ÷ atendimentos do período	≥ 5%
Resposta no prazo	Manifestações respondidas em até 15 dias ÷ manifestações respondíveis	100%
Prazo médio de resposta	Soma dos dias de resposta ÷ manifestações respondidas	≤ 7 dias
Manifestações sobre espera e acesso	Manifestações do tema ÷ total de manifestações	Tendência decrescente
Reincidência de assunto	Assuntos repetidos por três trimestres ÷ assuntos tratados	Zero sem plano de ação

Indicador	Fórmula	Meta
Satisfação com a resposta da Ouvidoria	Manifestantes que avaliam a resposta como boa ou ótima ÷ respostas avaliadas	≥ 75%
Devolutiva publicada	Trimestres com painel publicado ÷ trimestres do período	100%

ANEXO I – INSTRUMENTO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Questionário proposto, a ser submetido à Comissão de Monitoramento e Avaliação antes da primeira aplicação. Escala de cinco pontos: ótimo, bom, regular, ruim e péssimo.

Quadro 16.5 – Instrumento setorizado da pesquisa de satisfação

Fase do atendimento	O que se pergunta
Recepção e acolhimento	A forma como você foi recebido na chegada
Classificação de risco	A explicação que você recebeu sobre a sua prioridade e o tempo de espera
Espera	O tempo que você esperou e as informações recebidas enquanto aguardava
Atendimento médico	A atenção do médico e a clareza das explicações sobre o seu caso
Enfermagem	O cuidado e a atenção da equipe de enfermagem
Apoio diagnóstico	A realização dos exames e o tempo até o resultado, quando houve
Medicamentos	O fornecimento dos medicamentos de que você precisou na unidade
Estrutura e limpeza	O conforto, a limpeza e as condições do ambiente
Avaliação global	De modo geral, o atendimento que você recebeu hoje
Recomendação	Você indicaria esta unidade a um familiar ou amigo?
Campo aberto	O que mais poderíamos melhorar? (resposta livre, opcional)
Identificação	Turno, data, unidade e cor da classificação — preenchidos pelo aplicador; identificação do usuário é opcional

ANEXO II – TIPOS DE MANIFESTAÇÃO, TRATAMENTO E PRAZOS

Quadro 16.6 – Tipos de manifestação, encaminhamento e prazos

Tipo	Definição	Encaminhamento	Prazo de resposta
Reclamação	Insatisfação com serviço prestado ou com conduta	Setor responsável, com ciência da Gerência da Unidade	15 dias corridos
Reclamação sobre espera ou acesso	Insatisfação com tempo de espera, fila ou recusa de atendimento	Gerência da Unidade e Coordenação de Enfermagem	48 horas
Denúncia	Comunicação de irregularidade ou de ato ilícito	Diretoria Geral e, quando couber, Comissão de Ética e autoridade competente	15 dias, com medida imediata quando houver risco
Denúncia de violência	Suspeita de violência contra criança, idoso, mulher ou pessoa com deficiência	Serviço social, notificação compulsória e rede de proteção	Mesmo dia
Situação de risco à vida	Manifestação que indique risco atual ao usuário	Diretoria Técnica e serviço social	Imediato
Solicitação	Pedido de providência ou de serviço	Setor responsável	15 dias corridos
Informação	Pedido de dado ou esclarecimento	Ouvidoria, diretamente	5 dias úteis
Sugestão	Proposta de melhoria	Gerência de Qualidade, com avaliação de viabilidade	15 dias corridos
Elogio	Reconhecimento de serviço ou de profissional	Ciência ao profissional e à equipe, com registro funcional	5 dias úteis

ÁREA DE QUALIDADE · QUALIDADE SUBJETIVA

17 Publicização das prestações de contas e dos resultados assistenciais

Transparência, numa parceria de recursos públicos, não é um banner no rodapé do sítio institucional. É uma página que qualquer pessoa (usuário, vereador, jornalista, órgão de controle) consegue encontrar e ler sem pedir autorização, com o contrato, o dinheiro, os resultados e a prestação de contas no mesmo lugar. É isso que o Instituto se compromete a manter para esta parceria, e cumpre o art. 11 da Lei Federal nº 13.019/2014. Não se trata de compromisso novo: é a rotina que o Instituto já cumpre, há anos, em todas as unidades que gere.

17.1 O que o Instituto já publica

O Instituto mantém o Portal de Transparência, no endereço **transparencia.isac.org.br**, aberto a qualquer pessoa, sem cadastro nem senha, e acessível pelo menu Transparência da página inicial do sítio institucional (isac.org.br). Cada unidade gerida tem página própria, reunida por estado no menu Projetos Gerenciados, com a apresentação da unidade, os seus contatos e oito seções padronizadas: Informações da Contratação, Informações da Execução do Contrato, Prestação de Contas, Demonstrações Contábeis, Governança, Documentos da Unidade, Relatórios de Conformidade Legal e Resultados Assistenciais.



Figura 17.1 – Portal de Transparência do ISAC

Em consulta ao portal em 11 de outubro de 2026, estavam publicadas as páginas de 16 unidades gerenciadas, em Alagoas, na Bahia, no Piauí e no Tocantins, além da página da sede. O Quadro 17.1 resume o que já está disponível nas parcerias de maior relação com este objeto — as duas de pronto atendimento, em Araguaína e em Maceió, as regidas pela Lei nº 13.019/2014 e as do Piauí.

Quadro 17.1 – Publicações do Instituto no portal

Unidade	Instrumento	O que está publicado
UPA 24h Anatólio Dias Carneiro e Hospital Municipal de Araguaína — Araguaína/TO	Contrato de Gestão nº 001/2024, com o Município	Contrato e quatro termos aditivos; seis extratos no Diário Oficial do Município; 31 prestações de contas mensais (janeiro/2024 a julho/2026) e 10 trimestrais (fevereiro/2024 a julho/2026)
UPA 24h Benedito Bentes — Maceió/AL	Contrato de gestão, com o Município	Edital de seleção e resultado; 12 publicações oficiais; 120 prestações de contas mensais, de 2016 a abril/2026; 10 prestações de contas do piso nacional da enfermagem
UPA 24h Santa Lúcia — Maceió/AL	Termo de Colaboração (Lei nº 13.019/2014)	Termo de Colaboração; quatro publicações oficiais; 27 prestações de contas mensais (fevereiro/2024 a abril/2026)
Delmiro Gouveia/AL	Termos de Colaboração nº 001/2025 e nº 002/2025 (Lei nº 13.019/2014)	Edital com termo de referência; os dois termos; três publicações oficiais; 16 prestações de contas mensais, identificadas por termo (julho/2025 a abril/2026)
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde — Parnaíba/PI	Contrato de Gestão nº 036/2023, com o Estado	Termo de referência, contrato e aditivo; três publicações no Diário Oficial do Estado; decreto de cessão de servidores; 10 prestações de contas trimestrais (julho/2023 a dezembro/2025) e os memorandos de aprovação da Secretaria de Estado
Hospital Regional Chagas Rodrigues, CER IV e Centrais de Diagnóstico de Parnaíba, Esperantina e Água Branca — PI	Contratos de gestão, com o Estado	Contrato, extrato no Diário Oficial do Estado e prestações de contas trimestrais de cada unidade
Sede do Instituto — Brasília/DF	Entidade	Balanço patrimonial, DRE, fluxo de caixa e mutações do patrimônio líquido de 2017 a 2025; parecer da auditoria independente de 2018 a 2025; balancetes e notas explicativas; publicação do balanço no Diário Oficial da União de 2020 a 2025

Em todas as páginas também estão o estatuto social, o regimento interno, o código de ética, as dez políticas institucionais (entre elas a Política de Compras, Contratações e Alienações), o regulamento de contratação de pessoal, o cartão CNPJ e os relatórios semestrais de transparência e igualdade salarial da Lei nº 14.611/2023. E o portal não apaga a história: os 19 projetos já encerrados continuam publicados, com os seus documentos, na seção Projetos Concluídos — inclusive as UTIs Covid-19 do Hospital Geral de Palmas e dos Hospitais Regionais de Araguaína e de Gurupi.

No Piauí, a publicação passa por uma etapa de controle que será reproduzida em Palmas: a prestação de contas de cada período é consolidada em arquivo único, conferida página a página quanto à legibilidade, ao período de competência, às assinaturas e à supressão de dados pessoais, e só então publicada, acompanhada, quando houver, do ato de aprovação do órgão contratante.

17.2 A página da parceria

A parceria terá página específica e permanente no Portal de Transparência do Instituto, **transparencia.isac.org.br**, em Projetos Gerenciados › Tocantins › UPAs 24h Norte e Sul — Palmas, acessível também pelo menu Transparência da página inicial de isac.org.br. O endereço direto da página é informado à Secretaria no primeiro relatório mensal e levado ao mural das unidades por QR Code. A página é publicada em até cinco dias úteis da assinatura do Termo de Colaboração e permanece no portal depois do encerramento da vigência, preservado o histórico das publicações, como ocorre hoje com os projetos concluídos.

A página é autônoma por parceria: as informações das UPAs de Palmas não se misturam às das demais unidades geridas pelo Instituto, e, dentro dela, os dados são segregados por unidade (UPA Norte, CNES 2755289, e UPA Sul, CNES 2492555), como exige o Anexo VIII para todos os documentos da parceria. A página segue as oito seções padronizadas do portal e acrescenta o que esta parceria exige além delas.



Figura 17.2 – Mapa da página da parceria

17.3 O conteúdo publicado

A página reúne oito blocos. Os dois primeiros são a base legal da página; os demais são compromisso adicional do Instituto, por entender que a transparência de uma parceria de saúde se mede menos pelo contrato publicado e mais pela possibilidade de acompanhar, mês a mês, o que a unidade produziu e quanto custou.

- **A parceria** — o Termo de Colaboração e seus aditivos, o plano de trabalho aprovado, o objeto, o valor global e mensal, a vigência e a identificação do órgão responsável.
- **As informações do art. 11** — os seis itens obrigatórios, em destaque na abertura da página, na forma do Anexo II deste item.
- **A prestação de contas** — os relatórios mensais de execução e monitoramento, os relatórios trimestrais consolidados e as prestações de contas parcial e final, na versão aceita, homologada ou aprovada pela Secretaria, e a situação de cada um, com a data prevista de apresentação, a data em que foi apresentado, o prazo de análise e o resultado conclusivo.
- **Os resultados** — os indicadores do Quadro 8 do Termo de Referência por unidade, com a série mensal e a apuração trimestral do IN 1 e do IN 2, e os demais indicadores assistenciais do Anexo II.
- **As compras e os contratos** — os processos de compras e contratações realizados com recursos da parceria, na forma da Política de Compras do Instituto e do manual do capítulo 12, e a relação dos contratos vigentes com objeto, forma de medição e valor mensal.
- **A equipe** — o quadro de pessoal por categoria, as escalas mensais e o valor total da remuneração da equipe de trabalho vinculada à execução do objeto, com as funções desempenhadas.
- **Fale com a unidade** — os canais da Ouvidoria, os prazos de resposta e o formulário eletrônico de manifestação, na forma do capítulo 16.
- **A satisfação do usuário** — o resultado trimestral da pesquisa por fase do atendimento e o painel "você disse, nós fizemos".

Os documentos são publicados em formato aberto e pesquisável, legíveis por leitor de tela, e os que contiverem dados pessoais de usuários ou de profissionais são publicados com a devida supressão, na forma da Lei Federal nº 13.709, de 2018 — o que não alcança a remuneração da equipe de trabalho, cuja publicidade é expressamente exigida pelo art. 11 da Lei nº 13.019/2014.

17.4 Do protocolo à publicação: periodicidade e responsáveis

Uma prestação de contas publicada é documento público definitivo: será lida pelo usuário, pelo Conselho Municipal de Saúde e pelos órgãos de controle como a versão oficial do que a unidade fez e gastou. Por isso, nada chega à página sem passar por três filtros — o

assessoramento da sede na elaboração, o Controle Interno do Instituto e a análise da Secretaria Municipal da Saúde.

17.4.1 Elaboração com assessoramento da sede

As UPAs contam com assessoramento específico da sede do Instituto para a elaboração dos relatórios e das prestações de contas encaminhados à Secretaria. A equipe de prestação de contas da sede, a mesma que acompanha as prestações de contas das demais unidades geridas pelo Instituto (no Piauí, em Alagoas e em Araguaína), participa da implantação da rotina antes dc primeiro relatório, define com a Gestão Financeira e Contabilidade da sede e com os Gerentes das Unidades o modelo de cada documento na ordem do Anexo VIII, acompanha o fechamento de cada competência e confere, item a item, os requisitos de forma e de conteúdo:

- identificação separada da UPA Norte e da UPA Sul;
- arquivo pesquisável e período de competência correto;
- assinaturas de quem responde por cada documento;
- resultado de cada indicador na unidade de medida do contrato, com memória de cálculo;
- evidência extraída do sistema, com data e hora da extração;
- os mesmos números no relatório, na folha, no fluxo de caixa, nos extratos e no balancete.

O calendário de fechamento e a lista de conferência estão no manual do capítulo 12.

17.4.2 Controle Interno antes do protocolo e antes da publicação

O Controle Interno da sede, independente da unidade e de quem elaborou o relatório, atua em dois momentos. Antes do protocolo, aplica a lista de conferência do manual, testa por amostragem os documentos de despesa, confirma que os números coincidem em todos os documentos e emite o visto de liberação — sem ele, o relatório não é protocolizado.

Depois do pronunciamento da Secretaria, confere a versão a publicar: confirma que é idêntica à versão aceita, homologada ou aprovada, com as complementações pedidas já incorporadas, verifica a legibilidade página a página e a supressão dos dados pessoais protegidos pela Lei Federal nº 13.709/2018, e só então libera a publicação.

17.4.3 Publica-se o que a Secretaria já analisou

A página publica a versão final, depois do pronunciamento da Secretaria, para que ninguém leia como oficial um número que ainda pode mudar. O Quadro 17.2 indica, para cada instrumento, o ato que libera a publicação, que ocorre **em até cinco dias úteis desse ato**.

Quadro 17.2 – Ato que libera a publicação

Instrumento	Ato da Secretaria que libera a publicação	O que é publicado
Relatório mensal de execução e monitoramento	Aceite do Gestor da Parceria, em 5 dias úteis do recebimento, ou decisão da Superintendência de Atenção Especializada, quando avoca a análise	Relatório na versão aceita, com os indicadores do mês por unidade
Relatório trimestral consolidado	Homologação do relatório técnico de monitoramento e avaliação pela Comissão de Monitoramento e Avaliação	Relatório consolidado, relatório técnico homologado e apuração homologada pelo Secretário
Prestação de contas parcial	Decisão do Secretário Municipal da Saúde	Prestação de contas, parecer técnico e decisão
Prestação de contas final	Decisão do Secretário Municipal da Saúde, após o parecer técnico conclusivo	Prestação de contas, parecer conclusivo e decisão
Situação de cada relatório e prestação de contas	Protocolo e cada movimentação posterior	Datas, prazo de análise e resultado

Enquanto a análise corre, a página não fica em silêncio: desde o protocolo, cada relatório e cada prestação de contas aparece com a sua situação (data prevista, data de apresentação, prazo de análise e resultado), como exige o art. 11 da Lei nº 13.019/2014, atualizada a cada movimentação. Se a Secretaria devolver um relatório com apontamentos, a página registra a devolução e a data da complementação.

17.4.4 Responsáveis

A responsabilidade pela publicação é da Diretoria Geral das UPAs, executada pela equipe de prestação de contas da sede; a liberação, do Controle Interno da sede; e a inserção no portal, da equipe da sede que administra o Portal de Transparência. O responsável e o seu substituto são identificados nominalmente na própria página, com endereço eletrônico de contato — porque transparência sem responsável é página desatualizada. O calendário completo está no Anexo I.

17.5 A divulgação nas instalações

O art. 11 da Lei nº 13.019/2014 exige divulgação na internet **e** em locais visíveis das instalações. A mesma informação publicada na página é afixada em mural de ampla visibilidade na sala de espera de cada unidade e na sede do Instituto, em quadro próprio identificado como "Parceria com o Município de Palmas", com atualização na mesma periodicidade da página e registro fotográfico mensal da afixação, que integra o relatório de execução.

Além dele, e por exigência do item 10.1, alínea "t", do Termo de Referência, a escala médica e multiprofissional do mês é afixada em mural bem visível, com o nome, a especialidade e os horários de entrada e saída de cada profissional.

Os murais são posicionados na altura da leitura de pessoa sentada ou em cadeira de rodas, com fonte ampliada, e trazem QR Code que leva à página da parceria, para quem quiser o documento completo.

17.6 Monitoramento

Quadro 17.3 – Indicadores da publicização

Indicador	Fórmula	Meta
Publicação no prazo	Documentos publicados em até 5 dias úteis do ato da Secretaria que libera a publicação ÷ documentos devidos	100%
Conformidade da versão publicada	Publicações idênticas à versão analisada pela Secretaria, conferidas pelo Controle Interno ÷ publicações do período	100%
Situação atualizada	Relatórios e prestações com a situação publicada em até 5 dias úteis do protocolo e de cada movimentação ÷ relatórios e prestações protocolizados	100%
Completude da página	Itens do Anexo I presentes e atualizados ÷ itens devidos	100%
Atualização do mural	Meses com afixação registrada nas duas unidades ÷ meses do período	100%
Escala publicada	Meses com escala médica e multiprofissional afixada ÷ meses do período	100%
Disponibilidade da página	Dias com a página acessível ÷ dias do período	≥ 99%
Pedidos de informação respondidos	Pedidos respondidos no prazo ÷ pedidos recebidos	100%

A conferência é trimestral, por lista de verificação aplicada pela Gerência de Qualidade, e o seu resultado acompanha o relatório consolidado. A página fica, em qualquer tempo, à disposição do Gestor da Parceria, da Comissão de Monitoramento e Avaliação, do Controle Interno e dos órgãos de controle externo.

ANEXO I – CONTEÚDO, PERIODICIDADE E RESPONSÁVEL

Quadro 17.4 – Conteúdo publicado, periodicidade e responsável

Conteúdo	Quando é publicado	Responsável
Termo de Colaboração, aditivos e plano de trabalho	Em até 5 dias úteis da assinatura	Diretoria Geral (equipe de prestação de contas da sede)
Informações do art. 11 da Lei nº 13.019/2014	Na assinatura, com atualização mensal dos valores liberados	Diretoria Geral (equipe de prestação de contas da sede)
Situação de cada relatório e prestação de contas	Em até 5 dias úteis do protocolo e de cada movimentação da análise	Diretoria Geral (equipe de prestação de contas da sede)
Relatório mensal de execução e monitoramento	Em até 5 dias úteis do aceite do Gestor da Parceria	Diretoria Geral (equipe de prestação de contas da sede), com liberação do Controle Interno da sede
Relatório trimestral consolidado, com o relatório técnico e a apuração homologados	Em até 5 dias úteis da homologação	Diretoria Geral (equipe de prestação de contas da sede), com liberação do Controle Interno da sede
Prestação de contas parcial e final, com o parecer e a decisão	Em até 5 dias úteis da decisão do Secretário Municipal da Saúde	Diretoria Geral (equipe de prestação de contas da sede), com liberação do Controle Interno da sede
Indicadores do Quadro 8, por unidade	Mensal, com o relatório aceito, e trimestral, com a apuração homologada	Gerência de Qualidade
Resultado da pesquisa de satisfação e painel de devolutiva	Trimestral	Ouvidoria da unidade
Processos de compras e contratações	A cada processo concluído	Setor de compras
Relação de contratos vigentes	Mensal	Coordenação Administrativa
Quadro de pessoal e remuneração da equipe de trabalho	Mensal	Setor de Gente e Gestão
Escala médica e multiprofissional	Mensal, em mural e na página	Diretoria Técnica e Coordenação de Enfermagem
Canais da Ouvidoria e prazos de resposta	Permanente, revisto a cada alteração	Ouvidoria da unidade
Registro fotográfico da afixação nos murais	Mensal, no relatório de execução	Coordenação Administrativa

ANEXO II – AS INFORMAÇÕES DO ART. 11 DA LEI Nº 13.019/2014

Reproduzidas em destaque na abertura da página e no mural das unidades, com os campos preenchidos e datados.

Quadro 17.5 – Itens publicados e forma de publicação

Exigência legal	Como aparece na página
Data de assinatura e identificação do instrumento e do órgão responsável	Termo de Colaboração celebrado com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas/TO, com número e data de assinatura publicados em até 5 dias úteis da assinatura
Nome da organização e inscrição no CNPJ	Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, CNPJ 14.702.257/0001-08, com a filial de cada unidade identificada
Descrição do objeto	Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da UPA 24h Norte – José de Souza Dourado (CNES 2755289) e da UPA 24h Sul – Gerson Pires de Aguiar (CNES 2492555)
Valor total da parceria e valores liberados	Valor global e mensal pactuados e o acumulado efetivamente liberado, atualizado a cada repasse, com a parcela fixa e a variável discriminadas
Situação da prestação de contas	Para cada prestação: data prevista de apresentação, data de apresentação, prazo de análise e resultado conclusivo, com o documento correspondente
Remuneração da equipe de trabalho	Valor total da remuneração da equipe vinculada à execução do objeto e paga com recursos da parceria, com as funções desempenhadas e a remuneração prevista para o exercício

ÁREA DE QUALIDADE · IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

18 Organização e funcionamento das áreas assistenciais

Uma UPA funciona bem quando cada área sabe quem está nela, em que turno, fazendo o quê, e quando o usuário passa de uma área à outra sem depender de alguém ir buscá-lo. As duas unidades já têm as áreas e boa parte das equipes, como se viu na visita técnica de 7 de outubro de 2026. Esta proposta acrescenta as regras que ligam as áreas: o técnico de enfermagem na espera, o critério escrito entre poltrona e leito, a periodicidade de reavaliação na sala de medicação e na observação, o plano de ocupação dos leitos, as filas internas organizadas pelo prontuário eletrônico e a composição definida da equipe da sala de estabilização em cada unidade.

Este capítulo descreve como cada área assistencial vai funcionar: o posto de trabalho, a categoria responsável, a cobertura nas 24 horas, a rotina e os critérios de entrada e de saída do usuário. O percurso do usuário entre as áreas, os pontos de decisão e a regulação estão no capítulo 2; os regimentos dos serviços de enfermagem e do corpo clínico, que dão as regras de escala e de supervisão, nos capítulos 7 e 8; os protocolos clínicos, no capítulo 10; e o quadro de pessoal com custos, no capítulo 22. O dimensionamento aqui apresentado reproduz integralmente a cobertura médica e a equipe de referência dos Quadros 6 e 7 do Termo de Referência, distribuídas por área e por turno, e é o mesmo usado nos demais capítulos. A organização é única para as duas unidades; o que muda entre elas está na seção própria de cada UPA, ao final.

Quadro 18.1 – Áreas assistenciais de cada unidade

Área assistencial	UPA Norte	UPA Sul	Funcionamento
Acolhimento e classificação de risco	Totem e 3 salas de classificação	Totem e 4 salas de classificação	24 horas
Consultórios	5 clínicos, 2 pediátricos, 1 fast track, 1 de ortopedia, 1 odontológico	5 clínicos, 2 pediátricos em área pediátrica própria, 1 de ortopedia, 1 odontológico	24 horas
Sala de medicação	27 poltronas, 12 pontos de oxigênio	30 poltronas	24 horas
Procedimentos	Sala de procedimentos compartilhada com o ECG; sala de imobilização	Sala de procedimentos, sala de ECG e sala de imobilização	24 horas
Observação	9 masculinos, 9 femininos, 9 pediátricos e 2 de isolamento	12 masculinos, 12 femininos, 8 pediátricos e 2 de isolamento	24 horas
Sala de estabilização	6 leitos, um reservado à pediatria	4 leitos	24 horas
Total de leitos	35	38	

Fonte: Termo de Referência e visita técnica

Nota: consultórios contados na visita técnica; o Anexo I registra 4 consultórios indiferenciados na UPA Norte e 5 na UPA Sul.

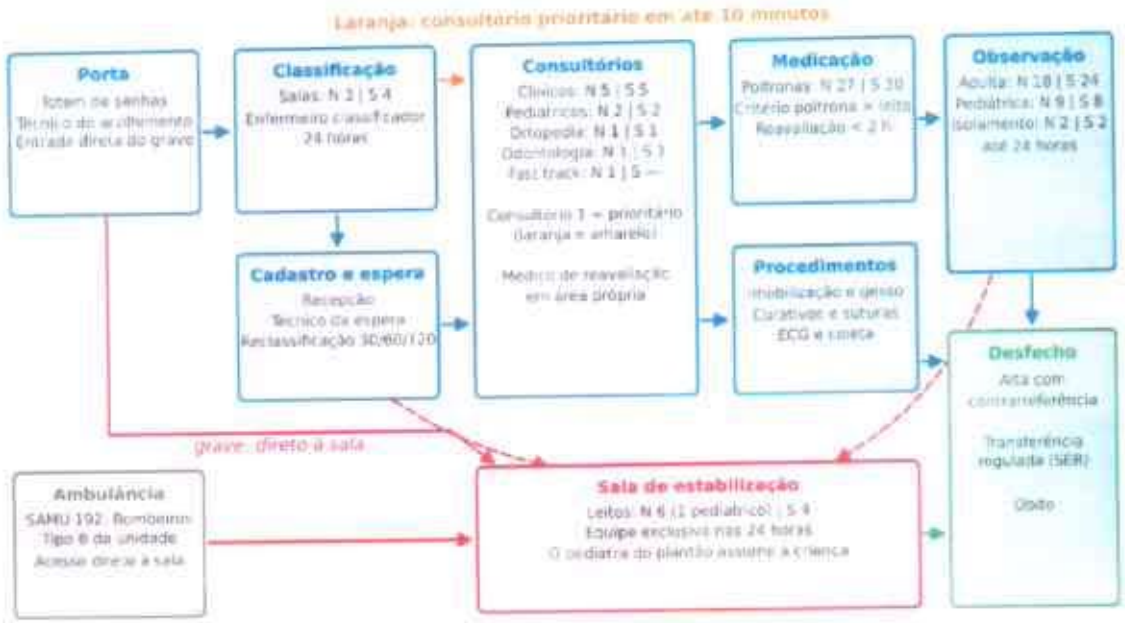


Figura 18.1 – Mapa funcional das áreas assistenciais

18.1 O acolhimento e a classificação de risco

O acolhimento começa na porta, antes de qualquer cadastro. O profissional da recepção ou da portaria orienta a retirada da senha no totem (com a opção de prioridade legal), e o **técnico de enfermagem do acolhimento**, que fica na sala de espera, encaminha direto à sala de estabilização quem chega com risco evidente ou é trazido em condição grave pelo SAMU 192 ou pelos Bombeiros, acionando o enfermeiro classificador. A recepção só cadastra depois da classificação, como prevê o protocolo de acolhimento do capítulo 10.

A **classificação de risco é feita pelo enfermeiro**, atividade privativa dentro da equipe de enfermagem (Lei nº 7.498/1986, art. 11, e Resolução Cofen nº 661/2021), em sala própria, nas 24 horas, com o protocolo de cinco cores do capítulo 10. Só classifica o enfermeiro habilitado pelo NEPES — 16 horas de capacitação e plantões supervisionados, com registro antes de entrar na escala. O classificador chama pelo painel, faz a escuta qualificada, afere os sinais vitais com o apoio do técnico, atribui a cor e registra o horário no prontuário. A meta interna é classificar em até 10 minutos da retirada da senha. O enfermeiro classificador não é deslocado para outra área; quando a sala de estabilização recebe dois graves ao mesmo tempo, o médico da observação, o enfermeiro supervisor e um técnico da observação adulta reforçam a sala até a estabilização.

Na espera, o mesmo técnico acompanha quem já foi classificado: reavalia os sinais de alarme, aciona a reclassificação no prazo de cada cor (amarelos a cada 30 minutos, verdes a cada 60 e azuis a cada 120, ou a qualquer piora) e informa o tempo estimado de atendimento. Ele não atribui cor nem prioridade; comunica ao enfermeiro classificador, que reclassifica. Os detalhes da comunicação com o usuário e o acompanhante estão no manual de acolhimento do capítulo 15.

O número de salas abertas acompanha a demanda, que se concentra 70% no plantão diurno, com pico entre 8h e 10h: a UPA Norte recebe em média 392 atendimentos por dia — cerca de 274 no diurno e 118 no noturno —, e a UPA Sul 455 — cerca de 318 e 137. No diurno, todas as salas funcionam com enfermeiro; no noturno, duas. À noite, quando há mais de 15 usuários aguardando classificação ou o tempo até a classificação passa de 10 minutos, o enfermeiro supervisor abre uma terceira sala com o enfermeiro da medicação e procedimentos e assume a supervisão dessa área enquanto durar o gatilho — ele próprio não classifica. Acionado o nível 1 do plano de contingência do capítulo 2, abrem-se as salas restantes com enfermeiros remanejados das áreas de menor ocupação.

Quadro 18.2 – Postos do acolhimento e da classificação por turno

Posto	Categoria	Norte — dia	Norte — noite	Sul — dia	Sul — noite
Classificação de risco (uma sala por enfermeiro)	Enfermeiro	3	2	4	2
Acolhimento na porta e vigilância da espera	Técnico de enfermagem	2	1	2	1
Salas de classificação abertas	—	3	2 (3ª por gatilho)	4	2 (3ª por gatilho)
Cobertura horária	—	7h–19h	19h–7h	7h–19h	19h–7h

No diurno, os dois técnicos se dividem entre o apoio às salas de classificação (sinais vitais, glicemia e ECG da dor torácica) e a vigilância da espera; no noturno, um técnico faz as duas funções. Na UPA Norte, esse técnico noturno vem da reorganização da sala de procedimentos, que é compartilhada com o eletrocardiograma: à noite, o técnico de curativos e suturas faz também o ECG.

18.2 Os consultórios

Os consultórios recebem o usuário classificado pela ordem de prioridade: primeiro a cor; dentro da mesma cor, as prioridades legais; entre iguais, o horário de chegada. O painel do prontuário mostra a cada médico a fila da sua área com a cor, o tempo decorrido e o alerta de 75% do tempo-alvo do Anexo II. O médico chama pelo painel, e o horário da chamada é o marco do primeiro atendimento.

18.2.1 Distribuição dos consultórios por turno

Quadro 18.3 – Consultórios por turno

Consultório	Quem atende	Norte — dia	Norte — noite	Sul — dia	Sul — noite
Clínicos (5 em cada unidade)	Médico clínico de primeiro atendimento	5 abertos	3 abertos	5 abertos	3 abertos
Consultório prioritário (o 1º clínico)	Médico clínico designado no início do plantão	Laranja e amarelo primeiro	Laranja e amarelo primeiro	Laranja e amarelo primeiro	Laranja e amarelo primeiro
Reavaliação e retorno de exames	Médico clínico de reavaliação	Fast track; verdes e azuis no pico	Fast track	Sala de reavaliação; verdes e azuis no pico	Sala de reavaliação
Pediátrico 1	Pediatra	Aberto	Aberto	Aberto	Aberto
Pediátrico 2	Clínico, para crianças de 2 anos ou mais verdes e azuis	Aberto por gatilho	Aberto por gatilho	Aberto por gatilho	Aberto por gatilho
Ortopedia	Ortopedista	Aberto	Aberto	Aberto	Aberto
Odontologia	Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal	Aberto	Aberto	Aberto	Aberto

No diurno, os 5 consultórios clínicos funcionam todos; no noturno, 3, porque a demanda da noite é cerca de 30% da do dia. Um dos clínicos é designado, no início de cada plantão, para o **consultório prioritário**: chama primeiro os laranjas — que devem ser atendidos em até 10 minutos — e os amarelos, e só depois os demais. A ortopedia e a odontologia funcionam nas 24 horas, com o ortopedista e o cirurgião-dentista do plantão e o auxiliar em saúde bucal do Quadro 7 do Termo de Referência; o usuário com trauma musculoesquelético ou com urgência odontológica vai, desde a classificação, para a fila desses consultórios.

18.2.2 Articulação com a classificação de risco

- a cor atribuída na classificação define a fila e o tempo-alvo; o vermelho não passa pelo consultório e vai à sala de estabilização;
- a classificação indica a fila de destino (clínica, pediátrica, ortopédica ou odontológica) e o prontuário leva o usuário para o painel daquela fila, sem nova triagem na porta do consultório;
- o usuário que piora na espera é reclassificado e muda de fila e de tempo-alvo no mesmo instante;
- quando a cor ultrapassa 75% do tempo-alvo, o painel alerta o médico da fila e o enfermeiro supervisor; ao atingir o tempo-alvo, o coordenador médico do plantão redistribui a fila entre os consultórios abertos;
- nenhum usuário classificado sai sem avaliação médica, inclusive os azuis, na forma da Resolução CFM nº 2.079/2014, e a orientação para a Atenção Primária é feita pelo médico, com contrarreferência.

18.2.3 Pediatria

O pediatra do plantão responde pelo consultório pediátrico, pela observação pediátrica e pela criança admitida na sala de estabilização. As crianças com menos de 12 anos são cerca de 47 por dia na UPA Norte e 77 na UPA Sul, com a maior parte no diurno. Para que o pediatra fique com quem mais precisa dele, a fila pediátrica segue uma regra fixa:

- o pediatra atende todas as crianças com menos de 2 anos e todas as classificadas como laranja ou amarela, além da observação pediátrica e da criança na sala de estabilização;
- as crianças de 2 anos ou mais classificadas como verde ou azul são atendidas no segundo consultório pediátrico por um dos clínicos de primeiro atendimento, designado pelo coordenador médico do plantão, sempre que a fila pediátrica verde ou azul tiver mais de cinco crianças ou alguma delas atingir 75% do tempo-alvo;
- o clínico volta ao consultório clínico quando a fila pediátrica é zerada; o pediatra é consultado, no mesmo plantão, sobre qualquer criança atendida pelo clínico que precise de observação, de exame de imagem ou de nova avaliação.

18.2.4 O pico da manhã

A cobertura médica é a do Quadro 6 do Termo de Referência, igual nas duas unidades. A manhã, com pico entre 8h e 10h, é absorvida sem desmontar as outras áreas: das 8h às 12h, o médico de reavaliação chama verdes e azuis de baixa complexidade no fast track da UPA Norte e na sala de reavaliação da UPA Sul, sempre que não houver reavaliação pendente há mais de 30 minutos. A reavaliação tem menos volume nesse horário porque acompanha, com algumas horas de defasagem, os primeiros atendimentos, que se concentram a partir das 8h. Se a espera continuar crescendo, entram os níveis do plano de contingência do capítulo 2, em que o médico da observação reforça o primeiro atendimento. A sala de estabilização nunca cede o seu médico.

O painel do prontuário mostra, por faixa horária, os atendimentos por médico e por hora em cada fila. Quando uma faixa passa de três atendimentos por médico por hora, referência da Resolução CFM nº 2.079/2014, o coordenador médico do plantão aciona no mesmo dia o segundo consultório pediátrico e o reforço da manhã. A Diretoria Técnica analisa o indicador todo mês e, quando o excesso se repete na mesma faixa, decide o acréscimo de plantões previsto no regimento do corpo clínico do capítulo 8 (como nos picos sazonais de abril e maio e de outubro), com comunicação à Secretaria.

18.3 A sala de medicação e a sala de imobilização

18.3.1 Sala de medicação

A sala de medicação tem 27 poltronas na UPA Norte e 30 na UPA Sul e funciona nas 24 horas. A equipe é formada pelo enfermeiro da área de medicação e procedimentos — um por plantão em cada unidade — e pelos técnicos de enfermagem da medicação: 4 no diurno e 3 no noturno na UPA Norte, 5 e 4 na UPA Sul, com até oito poltronas ocupadas por técnico, como

fixa o art. 32 do regimento de enfermagem do capítulo 7. No noturno, com cerca de 30% da demanda, a ocupação fica abaixo desse limite; se o ultrapassar, o enfermeiro supervisor remaneja um técnico e aciona o nível 1 do plano de contingência. O médico de reavaliação responde pela reavaliação dos usuários medicados.

Fica na poltrona quem precisa de medicação ou de exame e pode esperar sentado. Vai para o leito de observação quem tem dor igual ou maior que 7 depois da primeira analgesia, NEWS igual ou maior que 5, necessidade de oxigênio contínuo, de monitorização ou de eletrocardiograma seriado, ou tratamento que não se completa em duas horas — a mesma regra do protocolo de acolhimento do capítulo 10.

A rotina da sala tem sete passos:

1. **Prescrição.** O médico prescreve no prontuário; os medicamentos de giro rápido saem da cota da sala, reposta pela farmácia por consumo, e os de alta vigilância e os antimicrobianos só são dispensados depois da validação do farmacêutico.
2. **Chamada e identificação.** O técnico chama pelo painel, confere a pulseira com dois identificadores e pergunta sobre alergias antes de preparar.
3. **Preparo.** Em bancada exclusiva, com rótulo de nome, medicamento, dose, via e horário; os medicamentos de alta vigilância (potássio, insulina, heparina, opioides e sedativos) têm dupla checagem por outro profissional.
4. **Administração e checagem.** À beira da poltrona, com checagem eletrônica no horário real; nada se registra depois.
5. **Vigilância.** Sinais vitais antes e 30 minutos depois de toda medicação parenteral; qualquer reação é comunicada ao enfermeiro e ao médico e notificada ao Núcleo de Segurança do Paciente.
6. **Reavaliação médica antes de duas horas.** O prontuário alerta aos 90 minutos sem reavaliação; o médico de reavaliação decide alta, nova conduta, observação ou estabilização.
7. **Saída e higienização.** Registrada a saída, a poltrona é higienizada antes do próximo usuário, e o técnico chama o seguinte da fila.

A sala de procedimentos funciona junto: o técnico de curativos e suturas faz os curativos e auxilia as suturas, feitas pelo médico; o técnico de eletrocardiograma e coleta faz o ECG, que na dor torácica tem precedência sobre qualquer outro procedimento para cumprir o porta-ECG de 10 minutos. A coleta de exames é feita pelo técnico de laboratório da empresa contratada, presente nas 24 horas; só na sala de estabilização ela fica com a enfermagem da sala, na forma do capítulo 19; no noturno da UPA Norte, onde a sala é compartilhada com o ECG, as duas funções ficam com o mesmo técnico. Cada sala tem carro de emergência conferido e lacrado a cada plantão.

18.3.2 Sala de imobilização

Cada unidade tem uma sala de imobilização, que funciona nas 24 horas com o ortopedista do plantão e um técnico de enfermagem capacitado em imobilização ortopédica por turno — hoje chamado de técnico de gesso nas duas UPAs —, com o material fornecido pela farmácia em kits por tipo de imobilização. Os atendimentos ortopédicos e traumatológicos são 12,9% da demanda na UPA Norte e 14,0% na UPA Sul. A imobilização ortopédica, que o item 7.2 do Termo de Referência deixa ao dimensionamento da organização, é assim atendida por técnico de enfermagem capacitado, na forma da Resolução Cofen nº 422/2012, dentro dos postos do Quadro 7 do Termo de Referência.

Quadro 18.4 – Rotina da sala de imobilização

Etapa	O que é feito	Responsável	Registro
1. Indicação	Tipo de imobilização (tala, gesso circular, axilopalmar, suropodálico e outros) e segmento, depois da radiografia quando indicada	Ortopedista; clínico para imobilização provisória	Prescrição no prontuário
2. Preparo	Analgesia prescrita, retirada de adornos, inspeção da pele e de feridas, kit da farmácia	Técnico de imobilização	Checagem da analgesia
3. Confecção	Imobilização com acolchoamento das proeminências; redução incruenta pelo ortopedista; quando a redução exige sedação, ela é feita na sala de estabilização, conduzida pelo médico da sala, com monitorização contínua	Técnico de imobilização e ortopedista	Tipo, segmento e profissionais
4. Checagem neurovascular	Perfusão, cor, temperatura, sensibilidade, motricidade e dor desproporcional, logo após e antes da alta	Técnico; enfermeiro valida	Duas checagens com horário
5. Controle	Radiografia de controle após toda redução, vista pelo ortopedista antes da liberação	Ortopedista	Laudo e conduta
6. Orientação	Cuidados com a imobilização e sinais de alarme por escrito (dor crescente, dedos frios, arroxeados ou dormentes), com retorno imediato se aparecerem	Técnico e ortopedista	Orientação entregue
7. Seguimento	Encaminhamento ao ambulatório de ortopedia pela regulação e contrarreferência à Atenção Primária; o retorno por sinal de alarme é classificado e atendido com prioridade	Ortopedista	Guia de contrarreferência

As sobras de gesso e de ataduras são segregadas conforme o plano de gerenciamento de resíduos do capítulo 4. A sala é limpa a cada turno e sempre que houver sujidade.

18.4 A observação e a sala de estabilização

A UPA Norte tem 35 leitos e a UPA Sul 38, como fixa o Termo de Referência. Na visita técnica, a UPA Sul tinha 37 leitos em uso, com um isolamento; a proposta considera os 38 do Termo de Referência, com dois isolamentos, e a contagem será conferida na vistoria inicial dos bens.

Quadro 18.5 – Leitos por unidade

Leitos	UPA Norte	UPA Sul
Sala de estabilização	6 (um reservado à pediatria)	4

Leitos	UPA Norte	UPA Sul
Observação masculina	9	12
Observação feminina	9	12
Observação pediátrica	9	8
Isolamento	2	2
Total	35	38

Fonte: Anexo I do Termo de Referência

18.4.1 Equipe por turno

A sala de estabilização tem equipe exclusiva nas 24 horas, que não é deslocada para consultório nem para a observação. A observação tem médicos, enfermeiros e técnicos próprios, separados entre adulta e pediátrica; os leitos de isolamento são assistidos pela equipe da observação adulta, ou da pediátrica quando ocupados por criança. As proporções mínimas são as do art. 32 do regimento de enfermagem do capítulo 7, contadas sobre os leitos ocupados.

Quadro 18.6 – Equipe da estabilização e da observação por turno

Área	Profissional	Norte — dia	Norte — noite	Sul — dia	Sul — noite
Sala de estabilização	Médico clínico	1	1	1	1
	Enfermeiro	1	1	1	1
	Técnicos de enfermagem	3	3	2	2
	Pediatra	Assume a criança	Assume a criança	Assume a criança	Assume a criança
Observação adulta e isolamento	Médicos clínicos	2	2	2	2
	Enfermeiros	2	2	2	2
	Técnicos de enfermagem	4	4	5	5
Observação pediátrica	Pediatra	1 (com o consultório)	1 (com o consultório)	1 (com o consultório)	1 (com o consultório)
	Enfermeiro	1	1	1	1
	Técnicos de enfermagem	2	2	2	2

Nas duas salas de estabilização, há um técnico para cada dois leitos, presente na sala durante todo o plantão, e o médico da observação, o enfermeiro supervisor e um técnico da observação adulta reforçam a sala quando entram dois graves ao mesmo tempo. Na observação adulta da UPA Sul (24 leitos e 2 isolamentos), a equipe de cada plantão cobre até 24 leitos ocupados; acima disso, o enfermeiro supervisor recompõe a proporção remanejando um técnico da sala de medicação e convocando enfermeiro pela cobertura de ausências, como manda o mesmo art. 32. Se a ocupação acima de 24 leitos se repetir em mais de 10% dos plantões do mês, o Coordenador de Enfermagem revisa o dimensionamento da área, na forma do art. 33 do regimento de enfermagem do capítulo 7.

18.4.2 Critérios de ocupação e de desocupação dos leitos

Leito ocupado sem necessidade é leito que falta ao próximo grave. Por isso, cada leito tem critério de entrada e de saída escrito, e quem decide a entrada não é quem chega primeiro, mas o médico, com o leito escolhido pelo enfermeiro supervisor do plantão no mapa de leitos do prontuário.

Quadro 18.7 – Ocupação e desocupação dos leitos

Área	Ocupa o leito	Desocupa o leito	Prazos e gatilhos
Sala de estabilização	Classificação vermelha; laranja com instabilidade; deterioração pelo NEWS ou PEWS; chegada grave pelo SAMU 192 ou pelos Bombeiros; protocolo tempo-dependente com monitorização contínua; procedimento sob sedação	Estabilizado sem indicação de internação: vai para a observação. Com indicação: transferência regulada, aguardando na sala se instável. Óbito	Usuário estável sai da sala em até 2 horas após a estabilização. Com um só leito livre, o médico da sala prioriza a saída dos estáveis. Sala lotada com nova chegada grave: nível 3 do plano de contingência
Observação adulta	Tratamento que não se completa em 2 horas; elucidação com exames seriados; vigilância após estabilização; espera estável por transferência	Critério de alta registrado na admissão atingido; transferência regulada; deterioração, com remoção para a estabilização	Permanência máxima de 24 horas. Decisão obrigatória às 12 horas; revisão pelo coordenador médico às 18; nenhum usuário chega às 24 horas sem solicitação no SER. Ocupação acima de 85%: nível 1 do plano de contingência
Observação pediátrica	Criança com menos de 12 anos que precisa de tratamento seriado ou vigilância (desidratação, broncoespasmo, febre com sinais de alerta), sempre com acompanhante; o adolescente vai à observação adulta, também com direito a acompanhante (ECA, art. 12)	Mesmos critérios da adulta, decididos pelo pediatra	Mesmos prazos da adulta; reavaliação médica pelo pediatra a cada 6 horas no mínimo
Isolamento	Suspeita ou confirmação de doença transmitida por aerossol, gotícula ou contato, inclusive microrganismo multirresistente, conforme a Comissão de Controle de Infecção	Retirada da precaução pelo médico ou alta, transferência ou óbito	Prioridade por via de transmissão — aerossol antes de gotícula e de contato. Com os dois ocupados, coorte por agente, orientada pela Comissão de Controle de Infecção
Leito pediátrico da sala vermelha da UPA Norte	Criança grave	Como na sala de estabilização	Só recebe adulto se todos os outros estiverem ocupados e não houver criança grave; é liberado assim que outro leito vaga

A desocupação só termina quando o leito volta ao mapa pronto para uso. Registrada a saída, o prontuário aciona a equipe de higienização, que faz a limpeza terminal do leito em até 30 minutos (60 no isolamento), e a enfermagem confere e libera. O enfermeiro supervisor e o coordenador médico do plantão revisam o mapa de leitos a cada troca de plantão e às 13h,

com a ocupação, o tempo de permanência e a pendência de cada leito. A reavaliação da observação (médica no mínimo a cada 6 horas, de enfermagem a cada 4 horas, com o escore de alerta) segue o capítulo 2.



Figura 18.2 – Ciclo do leito, da solicitação à liberação

18.5 Dimensionamento das equipes por área e por turno

O dimensionamento parte do Quadro 6 do Termo de Referência para os médicos (cobertura mínima obrigatória, idêntica nas duas unidades) e do Quadro 7 do Termo de Referência para a enfermagem, o transporte sanitário e o apoio assistencial — referência dimensionada por unidade. Os postos foram distribuídos pelas áreas físicas pelo método do sítio funcional do Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen, que trata a UPA como unidade assistencial especial: cada área tem os seus postos, cobertos por plantões de 12 horas, das 7h às 19h e das 19h às 7h, todos os dias. O número de pessoas segue a nota do Quadro 7 do Termo de Referência: 2,30 profissionais por posto de 12 horas na escala 12x36, já computado o índice de segurança técnica de 15%, multiplicado pelo número de postos de cada categoria e arredondado para cima o total. A exceção é o serviço social: a jornada legal do assistente social é de 30 horas semanais (Lei nº 12.317/2010), e as 84 horas semanais de cada posto pedem 3,22 profissionais (84 ÷ 30 × 1,15). São sete assistentes sociais por unidade para os dois postos, dois a mais que a referência do Quadro 7 do Termo de Referência.

Três regras completam o dimensionamento. A tripulação da ambulância Tipo B, um técnico de enfermagem e um condutor por plantão, é dedicada ao transporte e não entra na cobertura interna, como determina o item 7.4 do Termo de Referência. As funções de responsabilidade técnica são exercidas por profissionais em jornada diária (o Diretor Técnico e o Coordenador de Enfermagem, que acumula a responsabilidade técnica de enfermagem, como admite o item 7.3.1 do Termo de Referência), sem ocupar posto da escala assistencial. E os servidores

municipais eventualmente cedidos ocupam os mesmos postos, na mesma escala e sob a mesma supervisão, sem reduzir o dimensionamento, que é integral.

Quadro 18.8 – Postos por área e por turno — UPA Norte

Área	Posto	Dia (7h–19h)	Noite (19h–7h)
Acolhimento e classificação	Enfermeiro classificador	3	2
	Técnico de acolhimento e espera	2	1
Consultórios	Médico clínico — primeiro atendimento	5	3
	Médico clínico — reavaliação e retorno de exames	1	1
	Pediatra (consultório, observação e estabilização pediátricas)	1	1
	Ortopedista	1	1
	Cirurgião-dentista	1	1
	Auxiliar em saúde bucal	1	1
Medicação e procedimentos	Enfermeiro da área	1	1
	Técnico — sala de medicação	4	3
	Técnico — curativos e suturas	1	1
	Técnico — imobilização ortopédica	1	1
	Técnico — ECG e coleta	1	0
Observação adulta e isolamento	Médico clínico	2	2
	Enfermeiro	2	2
	Técnico de enfermagem	4	4
Observação pediátrica	Enfermeiro	1	1
	Técnico de enfermagem	2	2
Sala de estabilização	Médico clínico	1	1
	Enfermeiro	1	1
	Técnico de enfermagem	3	3
Supervisão do plantão	Enfermeiro supervisor	1	1
Ultrassonografia	Médico ultrassonografista (6 horas diurnas em cada unidade)	1	—
Farmácia	Farmacêutico	1	1
	Técnico ou auxiliar de farmácia	2	1
Serviço social	Assistente social	1	1
Transporte sanitário (dedicado)	Técnico de enfermagem	1	1
	Condutor de veículo de urgência	1	1

Quadro 18.9 – Postos por área e por turno — UPA Sul

Área	Posto	Dia (7h–19h)	Noite (19h–7h)
Acolhimento e classificação	Enfermeiro classificador	4	2
	Técnico de acolhimento e espera	2	1
Consultórios	Médico clínico — primeiro atendimento	5	3
	Médico clínico — reavaliação e retorno de exames	1	1

Área	Posto	Dia (7h–19h)	Noite (19h–7h)
	Pediatra (consultório, observação e estabilização pediátricas)	1	1
	Ortopedista	1	1
	Cirurgião-dentista	1	1
	Auxiliar em saúde bucal	1	1
Medicação e procedimentos	Enfermeiro da área	1	1
	Técnico — sala de medicação	5	4
	Técnico — curativos e suturas	1	1
	Técnico — imobilização ortopédica	1	1
	Técnico — ECG e coleta	2	1
Observação adulta e isolamento	Médico clínico	2	2
	Enfermeiro	2	2
	Técnico de enfermagem	5	5
Observação pediátrica	Enfermeiro	1	1
	Técnico de enfermagem	2	2
Sala de estabilização	Médico clínico	1	1
	Enfermeiro	1	1
	Técnico de enfermagem	2	2
Supervisão do plantão	Enfermeiro supervisor	1	1
Ultrassonografia	Médico ultrassonografista (6 horas diurnas em cada unidade)	1	—
Farmácia	Farmacêutico	1	1
	Técnico ou auxiliar de farmácia	2	1
Serviço social	Assistente social	1	1
Transporte sanitário (dedicado)	Técnico de enfermagem	1	1
	Condutor de veículo de urgência	1	1

O Quadro 18.10 mostra que a soma dos postos por área reproduz, categoria a categoria, os postos do Quadro 7 do Termo de Referência em cada unidade, e também o número de profissionais, salvo no serviço social, que tem dois assistentes sociais a mais pela jornada legal de 30 horas; o Quadro 18.11 mostra que os postos médicos reproduzem o Quadro 6 do Termo de Referência.

Quadro 18.10 – Fechamento com o Quadro 7 do Termo de Referência

Categoria	Postos dia	Postos noite	Postos 24 h	Profissionais	Quadro 7 do TR (dia / noite / profissionais)
UPA Norte					
Enfermeiro assistencial	9	8	17	40	9 / 8 / 40
Técnico de enfermagem — assistência interna	18	15	33	76	18 / 15 / 76
Técnico de enfermagem — transporte	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Condutor de veículo de urgência	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Assistente social	1	1	2	7	1 / 1 / 5
Farmacêutico	1	1	2	5	1 / 1 / 5

Categoria	Postos dia	Postos noite	Postos 24 h	Profissionais	Quadro 7 do TR (dia / noite / profissionais)
Técnico ou auxiliar de farmácia	2	1	3	7	2 / 1 / 7
Cirurgião-dentista	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Auxiliar em saúde bucal	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Total Norte (Quadro 7 do TR)	35	30	65	155	35 / 30 / 153
UPA Sul					
Enfermeiro assistencial	10	8	18	42	10 / 8 / 42
Técnico de enfermagem — assistência interna	20	17	37	86	20 / 17 / 86
Técnico de enfermagem — transporte	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Condutor de veículo de urgência	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Assistente social	1	1	2	7	1 / 1 / 5
Farmacêutico	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Técnico ou auxiliar de farmácia	2	1	3	7	2 / 1 / 7
Cirurgião-dentista	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Auxiliar em saúde bucal	1	1	2	5	1 / 1 / 5
Total Sul (Quadro 7 do TR)	38	32	70	167	38 / 32 / 165

Quadro 18.11 – Fechamento com o Quadro 6 do Termo de Referência

Posto médico	Postos dia	Postos noite	Postos 24 h	Quadro 6 do TR (dia / noite / 24 h)
Médico clínico	9	7	16	9 / 7 / 16
Médico pediatra	1	1	2	1 / 1 / 2
Médico ortopedista	1	1	2	1 / 1 / 2
Médico ultrassonografista (plantão de 6 horas)	1	—	1	1 / — / 1
Total por unidade	12	9	21	12 / 9 / 21

Os médicos reproduzem o Quadro 6 do Termo de Referência em cada unidade: 11 postos de 12 horas no diurno e 9 no noturno — 9 e 7 clínicos, um pediatra e um ortopedista em cada turno —, mais o ultrassonografista em 6 horas diurnas em cada unidade, cumpridas pelo mesmo profissional em 12 horas diárias, presencial, nos sete dias. São cerca de 608 plantões de 12 horas por mês por unidade, cobertos por médicos credenciados e contratados como pessoa jurídica, na forma do regimento do corpo clínico do capítulo 8. As categorias sem quantitativo nos Quadros 6 e 7 do Termo de Referência que trabalham nas áreas assistenciais — técnicos em radiologia, equipe do laboratório, recepção, transporte interno de usuários e higienização — estão dimensionadas assim: a recepção e o transporte interno de usuários, próprios, no quadro de pessoal do capítulo 22, com custos e memória de cálculo; os técnicos em radiologia, a equipe do laboratório e a higienização, das empresas contratadas, nos capítulos 19 e 20 e nas planilhas de serviços de terceiros do Anexo VI.

18.6 O que muda entre as unidades

18.6.1 UPA Norte

- Três salas de classificação para média de 392 atendimentos por dia; no noturno, duas, com um técnico de acolhimento e espera.
- Tem consultório de fast track, que concentra a reavaliação e, no pico da manhã, os verdes e azuis de baixa complexidade.
- Os consultórios pediátricos não têm área física separada: a espera pediátrica é demarcada perto deles, e o painel chama a criança pela sala do pediatra ou do clínico do segundo consultório.
- A sala de procedimentos é compartilhada com o eletrocardiograma; o ECG da dor torácica passa à frente de qualquer procedimento, e no noturno um mesmo técnico responde por curativos e ECG.
- A sala de medicação tem 12 pontos de oxigênio, usados para nebulização e para oxigênio transitório de quem aguarda leito; o carro de emergência da sala é avaliado na vistoria inicial e substituído se não estiver em condições de uso.
- A sala de estabilização tem seis leitos, um deles reservado à pediatria, com três técnicos por plantão.
- A equipe relatou absenteísmo alto na enfermagem; a cobertura dos postos críticos (classificação, estabilização e transporte) em até duas horas, prevista no capítulo 24, é acompanhada com prioridade na UPA Norte.

18.6.2 UPA Sul

- Quatro salas de classificação e a maior demanda da rede, média de 455 atendimentos por dia, com um enfermeiro classificador a mais no diurno.
- Perfil pediátrico mais intenso — 16,8% dos atendimentos em menores de 12 anos. Depois da classificação, a criança segue para a área pediátrica própria, com espera e dois consultórios; o segundo é onde o clínico atende as crianças de 2 anos ou mais verdes e azuis quando o gatilho é acionado.
- Não tem fast track: a reavaliação e os verdes e azuis da manhã ficam na sala de reavaliação, uma sala da área interna junto à sala de medicação, que o ISAC designa e sinaliza na vistoria de assunção, perto de quem aguarda resultado ou reavaliação.
- O gargalo relatado é a área de quem aguarda reavaliação, exame ou medicação. A reavaliação antes de duas horas, o critério escrito entre poltrona e leito e a liberação dos resultados no prontuário encurtam essa permanência, e a ocupação das poltronas entra nos gatilhos do plano de contingência.
- Sala de procedimentos e sala de eletrocardiograma separadas, com dois técnicos de ECG e coleta no diurno.

- A sala de estabilização tem quatro leitos e dois técnicos por plantão, e o pediatra do plantão assume a criança admitida, como já ocorre hoje.
- Os 38 leitos do Termo de Referência serão conferidos na vistoria inicial; na visita, estavam em uso 37.

18.7 Acompanhamento das áreas

Cada área tem indicadores apurados pelo prontuário, sem planilha paralela, analisados na reunião mensal da Diretoria Técnica com as coordenações e levados ao relatório mensal à Secretaria.

Quadro 18.12 – Indicadores das áreas assistenciais

Área	Indicador	Meta
Acolhimento e classificação	Usuários de demanda espontânea com cor registrada	≥ 95% (Anexo II)
	Tempo da senha à classificação	Até 10 minutos (meta interna)
	Reclassificações feitas no prazo da cor	≥ 90%
Consultórios	Tempo da classificação ao primeiro atendimento, por cor	Vermelha e laranja ≥ 95%; amarela ≥ 90%; verde e azul ≥ 85% (Anexo II)
	Atendimentos por médico e por hora, por faixa horária	Acompanhamento mensal
Sala de medicação	Usuários medicados reavaliados pelo médico em até 2 horas	≥ 90%
Sala de imobilização	Imobilizações com as duas checagens neurovasculares registradas	100%
Observação	Tempo médio de permanência em observação	≤ 24 horas (Anexo II)
	Usuários com 24 horas de permanência sem solicitação no SER	Zero (item 5.2.2 do Termo de Referência)
	Usuários com decisão registrada às 12 horas	100%
Sala de estabilização	Usuários estáveis na sala mais de 2 horas após a estabilização	≤ 10%
Gestão de leitos	Tempo do registro da saída à liberação do leito	≤ 30 minutos (60 no isolamento)
	Ocupação da observação acima de 85%	Acompanhamento diário

Os indicadores com meta do Anexo II entram no relatório mensal com a série histórica; os demais são instrumentos de gestão interna e são apresentados à Comissão de Monitoramento e Avaliação sempre que explicarem um desvio das metas contratuais.

ÁREA DE QUALIDADE · IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

19 Organização do apoio diagnóstico

O apoio diagnóstico é a etapa que mais pesa no tempo de permanência de quem faz exame: o Anexo II dá a esse usuário seis horas, contra duas de quem não faz, e é dentro desse intervalo que a coleta, o processamento, a imagem, o laudo e a reavaliação médica precisam caber. Na visita técnica de 7 de outubro de 2026, o modelo das duas unidades era o mesmo: laboratório terceirizado, com equipamentos da empresa, coleta e processamento em cada UPA nas 24 horas e troponina e lactato feitos na própria unidade; radiologia digital; ultrassonografia de outra empresa, com cobertura de seis horas diurnas; e dois eletrocardiógrafos por unidade, com a interpretação a cargo do médico solicitante. Nenhum desses equipamentos de laboratório e de imagem integra a relação de bens cedidos.

A organização proposta mantém a execução contratada de laboratório e de radiologia, com equipamentos do prestador instalados em cada unidade, mas muda o que se contrata: parque laboratorial completo em cada UPA, com gasometria; laudo em toda radiografia; laudo do eletrocardiograma por telecardiologia; e tempos de resposta escritos no contrato. A ultrassonografia passa a ser feita por médico credenciado pelo Instituto, presencial todos os dias, com aparelho locado. Em todas as modalidades, os tempos de resposta são medidos no prontuário, e o resultado crítico segue rotina de comunicação com confirmação de leitura. Os pedidos e os resultados circulam pelo prontuário eletrônico do capítulo 9, nunca em papel; até a interface de cada prestador entrar em operação, no máximo no 30º dia, o resultado é liberado no sistema do prestador e anexado ao episódio pelo próprio laboratório ou serviço de imagem, com o mesmo prazo.

19.1 O laboratório de análises clínicas

Cada unidade tem laboratório completo instalado nas suas dependências, funcionando 24 horas, com coleta e processamento integral dos exames dentro da própria UPA. A execução é **contratada** com empresa especializada, selecionada pelo Regulamento de Compras do Instituto, que fornece os equipamentos (inclusive os de reserva para os exames de urgência), os reagentes, o sistema laboratorial integrado ao prontuário, o controle de qualidade interno e externo e a equipe técnica, sob responsabilidade técnica de profissional habilitado, com licença sanitária própria e conformidade com a RDC Anvisa nº 786/2023. A coleta nas áreas assistenciais é feita pela equipe do laboratório; na sala de estabilização, pela enfermagem, com o material do laboratório.

Quadro 19.1 – Elenco de exames laboratoriais de cada unidade

Grupo	Exames ofertados
Hematologia e coagulação	Hemograma completo; contagem de plaquetas; tempo de protrombina com INR; tempo de tromboplastina parcial ativada; fibrinogênio; D-dímero

Grupo	Exames ofertados
Bioquímica	Glicose; ureia; creatinina; sódio; potássio; cloro; cálcio iônico; magnésio; fósforo; TGO; TGP; bilirrubinas; fosfatase alcalina; gama-GT; amilase; lipase; proteína C reativa; CK; CK-MB
Marcadores de urgência	Troponina ultrassensível; lactato; gasometria arterial e venosa com eletrólitos
Urinálise e gestação	Urina tipo 1; beta-hCG sérico e urinário
Imunoematologia	Tipagem ABO e Rh, para o encaminhamento do usuário que precisará de transfusão
Testes rápidos	HIV, sífilis, hepatites B e C (inclusive na exposição ocupacional e na violência sexual); dengue (NS1 e IgM/IgG); influenza e SARS-CoV-2; os fornecidos pelo Ministério da Saúde são solicitados à área técnica e registrados nos sistemas oficiais (item 5.3.1)
Líquidos	Análise de líquor e de líquidos cavitários
Coleta para cultura	Hemoculturas (dois pares, de sítios distintos, antes da primeira dose de antimicrobiano, no pacote da primeira hora do protocolo de sepse do capítulo 10) e uroculturas: coleta na UPA; incubação e laudo no laboratório de referência da contratada, fora da unidade

As culturas são a única exceção ao processamento dentro da UPA, e por natureza: a incubação leva de 24 a 72 horas, tempo em que o usuário de urgência já recebeu alta ou foi transferido, e o resultado não muda a conduta na unidade. O que tem perfil de urgência é a coleta no momento certo (antes do antibiótico), e ela é feita na UPA. O frasco segue ao laboratório de referência da contratada no mesmo dia, e o resultado é comunicado ao serviço que recebeu o usuário ou à unidade de Atenção Primária, pela contrarreferência do capítulo 21; o resultado positivo é tratado como crítico e comunicado também à Comissão de Controle de Infecção (CCIRAS).

O elenco é revisado pela Diretoria Técnica a cada ano, à luz dos protocolos do capítulo 10, e o exame fora do elenco, quando indispensável à conduta de urgência, é encaminhado pelo laboratório contratado à sua unidade de referência, com o mesmo registro no prontuário.

19.2 Radiologia e ultrassonografia

Radiologia. Cada unidade mantém serviço de radiologia digital nas 24 horas, com técnico em radiologia em todos os turnos, equipamento do prestador contratado, proteção radiológica conforme a RDC Anvisa nº 611/2022 e dosimetria individual. As imagens são arquivadas em sistema de arquivamento e comunicação de imagens e ficam disponíveis no prontuário no momento da aquisição, para leitura imediata pelo médico assistente. O **laudo** passa a ser emitido em toda radiografia por médico radiologista, por telerradiologia, na forma da Resolução CFM nº 2.107/2014, com assinatura eletrônica e devolução ao prontuário nos prazos do Quadro 19.2.

Ultrassonografia. O serviço é presencial, todos os dias da semana, em plantão de 12 horas de um mesmo profissional, com 6 horas em cada unidade, sem sobreaviso e sem laudo exclusivamente remoto. A escala é das 7h às 13h em uma unidade e das 13h às 19h na outra, invertida a cada semana. O ultrassonografista é médico com título ou certificação de área de atuação, credenciado pelo Instituto como pessoa jurídica, como os demais médicos, na forma do regimento do corpo clínico do capítulo 8, e consta do quadro de pessoal do capítulo 22; emite o laudo no ato do exame, no prontuário. A referência de produção é a informada pela Secretaria: 74 exames na UPA Norte e 127 na UPA Sul no bimestre de junho e julho de 2026,

e o aparelho de cada unidade é locado pelo Instituto, com manutenção pelo locador, porque o atual pertence à prestadora e não integra a cessão. Fora do horário do ultrassonografista, o exame formal fica para o turno seguinte ou para o hospital de referência, conforme a urgência; à medida que os médicos da sala de estabilização forem habilitados no projeto de ultrassonografia à beira do leito do capítulo 13, a avaliação dirigida — como o FAST no trauma — passa a ser feita por eles, com o mesmo aparelho, nas 24 horas.

19.3 Eletrocardiografia

Cada unidade tem dois eletrocardiógrafos cedidos pela Secretaria, que permanecem em uso; o Instituto acrescenta um aparelho digital com transmissão, para que todo traçado seja enviado ao prontuário e à telecardiologia. O exame é feito pelo técnico de enfermagem do posto de ECG e coleta (na UPA Norte, no plantão noturno, pelo técnico de curativos e suturas, na sala de procedimentos compartilhada com o ECG) e, na sala de estabilização, pelo técnico da própria sala, e é interpretado de imediato pelo médico assistente. O laudo é emitido à distância por cardiologista do serviço de telecardiologia contratado, em até 10 minutos da transmissão nos traçados prioritários, e em até 60 minutos nos demais. Na dor torácica, o protocolo do capítulo 10 manda fazer o ECG em até 10 minutos da chegada; por isso o ECG da dor torácica tem precedência sobre qualquer procedimento na sala que o compartilha, na UPA Norte, e é feito na sala própria de eletrocardiografia, na UPA Sul.

19.4 Tempo de resposta comprometido

Os tempos abaixo valem do pedido no prontuário à liberação do resultado ou do laudo, e são cláusula dos contratos de laboratório, de imagem e de telecardiologia. A prioridade segue a cor da classificação de risco do usuário; o pedido de qualquer usuário em protocolo de dor torácica, AVC, sepse ou Código Trauma segue a coluna da cor vermelha, qualquer que seja a cor atribuída; a radiografia do trauma de membros tem imagem disponível em até 30 minutos, qualquer que seja a cor. O prontuário mede cada intervalo, e o tempo do apoio diagnóstico entra no componente B do indicador de permanência do Anexo II.

Quadro 19.2 – Tempos de liberação de exames

Modalidade	Vermelha	Laranja	Amarela	Verde	Azul
Gasometria	15 min	15 min	30 min	60 min	60 min
Lactato	30 min	30 min	45 min	60 min	60 min
Troponina	60 min	60 min	60 min	90 min	90 min
Hemograma, eletrólitos, função renal, glicose	45 min	45 min	60 min	90 min	120 min
Coagulograma, enzimas, PCR, demais bioquímicos	60 min	60 min	90 min	120 min	120 min
Urina tipo 1 e beta-hCG	45 min	45 min	60 min	90 min	120 min
Testes rápidos	20 min	20 min	30 min	60 min	60 min
Radiografia — imagem disponível no prontuário	15 min	15 min	30 min	60 min	90 min
Radiografia — laudo do radiologista	60 min	60 min	2 h	4 h	4 h

Modalidade	Vermelha	Laranja	Amarela	Verde	Azul
Ultrassonografia com laudo — no turno do ultrassonografista	30 min	30 min	2 h	4 h	6 h
Ultrassonografia fora do turno — à beira do leito, por médico da estabilização habilitado no projeto do capítulo 13, e exame formal no turno seguinte; antes da habilitação, exame formal no turno seguinte ou no hospital de referência	15 min	15 min	até 2 h do início do turno seguinte	até 4 h	até 6 h
Eletrocardiograma — realização	10 min	10 min	30 min	60 min	60 min
Eletrocardiograma — laudo da telecardiologia	10 min	10 min	60 min	60 min	60 min

A meta de cumprimento é de 90% dos exames dentro do tempo em cada modalidade e prioridade, apurada todo mês pelo prontuário e discutida na reunião de fiscalização do contrato. O descumprimento reiterado gera glosa, na forma do contrato, e plano de ação do prestador.

19.5 Resultados críticos

Resultado crítico é o valor ou achado que indica risco imediato à vida e exige conduta sem demora. A lista abaixo é a de partida; a Diretoria Técnica a aprova com o laboratório antes do início da operação e a revisa a cada ano.

Quadro 19.3 – Lista inicial de resultados críticos

Exame	Valor ou achado crítico
Potássio	< 2,8 ou > 6,2 mmol/L
Sódio	< 120 ou > 160 mmol/L
Glicose	< 50 ou > 450 mg/dL (adulto); < 45 mg/dL (criança)
Cálcio iônico	< 0,8 ou > 1,6 mmol/L
Hemoglobina	< 7 g/dL
Plaquetas	< 30.000/mm³
Leucócitos	< 1.500/mm³ ou > 50.000/mm³
INR	> 4,5
Gasometria	pH < 7,20 ou > 7,60; pCO2 > 70 mmHg; pO2 < 45 mmHg
Lactato	≥ 4 mmol/L
Troponina	Acima do percentil 99 em usuário sem diagnóstico de síndrome coronariana já estabelecido
Radiografia	Pneumotórax, pneumoperitônio, corpo estranho em via aérea, achado inesperado grave
Ultrassonografia	Líquido livre no trauma, aneurisma de aorta, gravidez ectópica rota, torção testicular
Eletrocardiograma	Supradesnivelamento de ST, bloqueio atrioventricular total, taquicardia ventricular, QT longo com arritmia

A comunicação segue a rotina do "código branco", a mesma citada nos protocolos do capítulo 10: quem identifica o resultado (o laboratório, o técnico de radiologia, o ultrassonografista ou o cardiologista da telecardiologia) dispara o alerta no prontuário e telefona na hora para o médico assistente ou, na sua ausência, para o coordenador médico do plantão. O médico repete o valor em voz alta, para confirmar, e o prontuário registra o valor, o horário da

comunicação, quem comunicou e quem recebeu. A conduta é registrada em até 30 minutos. Sem confirmação em 10 minutos, o comunicador aciona o coordenador médico do plantão e, depois, a Diretoria Técnica.



Figura 19.1 – Rotina de comunicação de resultado crítico

O Núcleo de Segurança do Paciente audita, todo mês, uma amostra dos resultados críticos: proporção comunicada em até 15 minutos da liberação (meta de 95%), proporção com confirmação de leitura registrada (meta de 100%) e proporção com conduta em até 30 minutos (meta de 90%).

19.6 Gestão e fiscalização do apoio diagnóstico

Em cada unidade, a operação do apoio diagnóstico é coordenada pela Coordenação de Enfermagem, com o enfermeiro de referência do apoio diagnóstico; os laudos, a telecardiologia e os resultados críticos ficam sob a supervisão técnica do Diretor Técnico; a responsabilidade técnica do laboratório e da radiologia é dos responsáveis técnicos das empresas contratadas; o ultrassonografista, como os demais médicos, responde ao Diretor Técnico; e o Coordenador Administrativo fiscaliza os contratos. Os indicadores (tempo de resposta por modalidade e prioridade, resultados críticos, recoleta, laudos pendentes, disponibilidade dos equipamentos, controle de qualidade e produção) são apurados pelo prontuário e pelo sistema laboratorial, analisados na reunião mensal com cada prestador e consolidados no relatório mensal, que já exige os procedimentos de apoio diagnóstico na produção assistencial (Anexo VIII, item 4.1, alínea "b"). Os custos estão na Proposta Financeira: os do laboratório, da radiologia, da telecardiologia e da locação do aparelho de ultrassonografia, nas contas de serviços de apoio diagnóstico de cada unidade; o do ultrassonografista, no Grupo A, com os demais médicos credenciados.

ÁREA DE QUALIDADE · IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

20 Organização dos serviços de apoio

Quase todo o apoio das duas unidades é hoje executado por empresas contratadas (limpeza, vigilância, lavanderia, alimentação, resíduos, controle de pragas, manutenção predial, climatização, engenharia clínica, informática, laboratório e imagem), e só a portaria, a recepção e a CME são próprias. A visita técnica de 7 de outubro de 2026 indicou onde a gestão do apoio pode ganhar controle: o registro e o prazo dos chamados de manutenção, hoje abertos por grupo de aplicativo de mensagens; o plano de manutenção da climatização e o registro dos testes do grupo gerador, que cobre a unidade inteira; e a recuperação das autoclaves. A visita mostrou também uma interdependência que a proposta respeita: a cozinha que produz as refeições das duas UPAs fica na Norte.

A proposta não troca o modelo por troca: mantém contratado o que exige estrutura especializada e escala, e próprio o que é o núcleo do cuidado. O que muda é o controle — todo serviço tem responsável interno, indicador, prazo e fiscalização mensal, e todo chamado é registrado. O quadro final diz, serviço a serviço, quem executa e como é fiscalizado.

20.1 Farmácia

Cada unidade tem uma farmácia central, sem farmácia satélite, como hoje, funcionando **24 horas com farmacêutico presente em todos os turnos** — um posto de farmacêutico e postos de técnico ou auxiliar de farmácia (dois de dia e um à noite) por unidade, na forma do Quadro 7 do Termo de Referência. A **responsabilidade técnica** é de farmacêutico da própria equipe, designado em cada unidade e inscrito no Conselho Regional de Farmácia do Tocantins, que responde pelo serviço perante o conselho e a vigilância sanitária e é titular da guarda dos medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/1998).

A **dispensação** é mista, como define o manual do capítulo 11: dose individualizada por usuário na observação, identificada com o nome, o leito ou a poltrona e o número do atendimento, a partir da prescrição eletrônica avaliada pelo farmacêutico antes da liberação; cota de setor, reposta por consumo, na sala de estabilização, na sala de medicação, na classificação de risco e nos consultórios, onde o uso não pode esperar a separação; e dispensação imediata, mediante prescrição, para o usuário que recebe o medicamento na própria unidade. Na sala de estabilização, a prescrição feita na emergência é avaliada pelo farmacêutico logo depois da administração, e a cota é recomposta no mesmo plantão. Os kits de síndrome coronariana, sepse e trauma ficam prontos e lacrados, com dispensação em até 20 minutos da prescrição, e o carro de emergência é reposto em até 20 minutos da abertura, com conferência conjunta e lacre numerado.

O **fluxo do medicamento** tem sete etapas, todas registradas no sistema de gestão do capítulo 9, o que permite saber, a qualquer momento, onde está cada lote e a que usuário cada dose foi destinada.

1. Recebimento: o técnico de farmácia confere a nota, a quantidade, o lote, a validade e, nos termolábeis, a temperatura do transporte; o aceite no sistema dá entrada no estoque.
2. Armazenamento: por grupo, com área segregada para os antimicrobianos, armário trancado de acesso privativo do farmacêutico para os controlados e os de alta vigilância e registro de temperatura três vezes ao dia.
3. Prescrição: o médico prescreve no prontuário eletrônico, e a prescrição fica vinculada ao atendimento.
4. Avaliação farmacêutica: dose, via, frequência, duplicidade, interação e alergia registrada; havendo problema, o farmacêutico fala com o prescritor antes de liberar.
5. Separação e dispensação: a dose do usuário da observação é separada e identificada; a cota dos setores de giro rápido é reposta pelo consumo registrado.
6. Administração: a enfermagem administra e checa no posto de enfermagem, com a leitura do código de barras do usuário e do medicamento.
7. Devolução e inventário: a sobra volta à farmácia com registro, assim como a ampola do controlado; o inventário rotativo mensal confere o estoque físico com o do sistema e fecha o custo do mês.

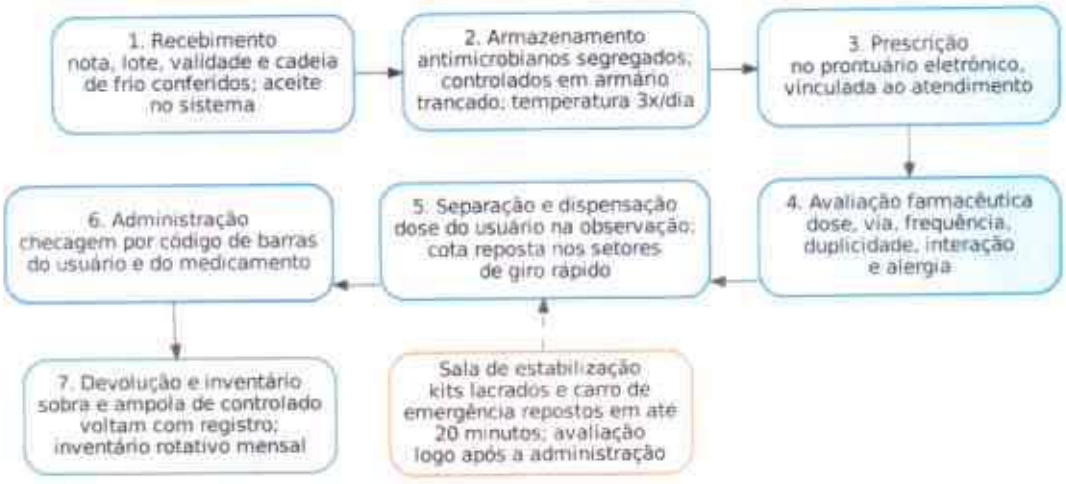


Figura 20.1 – Fluxo do medicamento na farmácia

A farmácia integra a Coordenação Administrativa, junto com o almoxarifado, preservada a autonomia técnica do farmacêutico responsável técnico. As compras são consolidadas pela área de Compras e Contratos da sede, e cada fornecedor entrega diretamente em cada unidade, em nome do respectivo estabelecimento, cada um com o seu CNES e o seu centro de custo, para que o consumo e o custo de cada unidade fiquem separados.

20.2 Processamento de materiais, rouparia e lavanderia

O **processamento de materiais** é próprio, na CME de cada unidade, com técnicos de enfermagem no período diurno, das 7h às 19h, sob responsabilidade de enfermeiro. A rotina é a do capítulo 3: o material usado é recolhido nos setores em carro fechado exclusivo do sujo, às 7h, às 13h e às 18h, e sob demanda da sala de estabilização; passa pela limpeza no expurgo, pela inspeção e pelo preparo na área limpa e pela esterilização a vapor; e volta aos setores em kits de cota fixa, no carro do limpo, em horários diferentes dos do recolhimento. No noturno não há processamento: a cota de kits de cada setor é dimensionada para cobrir o plantão, e o material usado aguarda em caixa fechada até o recolhimento das 7h.

Cada lote só é liberado depois da leitura dos indicadores físico, químico e biológico, e o número do lote, impresso na etiqueta, é lido no prontuário quando o pacote é aberto no usuário, o que permite recolher o lote inteiro se um indicador falhar. Os registros de cada ciclo, de cada teste e de cada liberação ficam no sistema e são conferidos pelo enfermeiro da CME. A capacidade de esterilização é recomposta pela engenharia clínica, com a meta de duas autoclaves em operação por unidade, cada uma com qualificação anual de desempenho; enquanto uma unidade estiver com autoclave parada, o processamento é feito na outra, com transporte em caixa fechada e lacrada.

A **lavanderia** é contratada, com enxoval locado da própria empresa e processo de barreira nas instalações da contratada (RDC Anvisa nº 6/2012), coleta diária e entrega em pacotes fechados, pelos acessos e nos horários do fluxo de roupas do capítulo 3. Nas unidades, a roupa suja é retirada sem sacudir, acondicionada no hamper do setor e levada em carro exclusivo à sala de roupa suja, onde é pesada por setor antes da retirada; a roupa limpa chega embalada, é conferida e guardada na rouparia, que repõe os kits dos setores. O encarregado da rouparia de cada unidade confere o peso e a qualidade em toda entrega, controla a evasão de enxoval e devolve à empresa a peça manchada ou danificada. O contrato fixa o estoque mínimo de enxoval em três vezes o giro diário e o prazo de reposição de peça danificada, e a pesagem por setor serve de conferência da medição mensal.

20.3 Higienização e limpeza

A limpeza é contratada com empresa especializada, com equipe fixa por unidade nas 24 horas, e segue o manual "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies" da Anvisa. As áreas são classificadas por risco de contaminação, e o risco define a frequência da limpeza concorrente (a do dia a dia, com o ambiente ocupado) e da terminal — a completa, com o ambiente vazio.

Quadro 20.1 – Periodicidade da limpeza por área

Classificação	Áreas	Limpeza concorrente	Limpeza terminal
Crítica	Sala de estabilização, isolamento, observação, sala de procedimentos e sutura, CME (expurgo e preparo), laboratório, abrigo de resíduos, copa de distribuição	A cada 6 horas, no mínimo 3 vezes por dia, e sempre que houver sujidade	A cada alta, transferência ou óbito, no leito, com liberação em até 30 minutos (60 no isolamento); semanal na área — e diária no isolamento
Semicrítica	Classificação, consultórios, sala de medicação, imagem, ECG, odontologia, sanitários de usuários, farmácia	A cada 8 horas, no mínimo 2 vezes por dia, e sempre que houver sujidade	Quinzenal
Não crítica	Recepção e espera, corredores, áreas administrativas, almoxarifado, áreas externas	Diária, com reforço na espera nos horários de pico	Mensal

A **supervisão** tem três camadas. A empresa mantém encarregado por turno, que confere cada área no roteiro do dia; o enfermeiro supervisor do plantão confere a liberação dos leitos após a limpeza terminal, que só são ocupados depois do registro no prontuário; e a Comissão de Controle de Infecção audita mensalmente, por amostragem, com checklist e marcador fluorescente nas superfícies de alto toque, com meta de 90% de conformidade. A taxa de conformidade e o prazo de liberação do leito são cláusulas do contrato e entram na avaliação mensal.

20.4 Resíduos, vigilância patrimonial e alimentação

Resíduos. A segregação e o acondicionamento são feitos pela equipe assistencial, no ponto de geração, e a coleta interna, pela higienização; a coleta externa, o transporte, o tratamento e a destinação são contratados com empresa licenciada pelo órgão ambiental, com manifesto de transporte e certificado de destinação. O fluxo, os horários e o Plano de Gerenciamento de Resíduos estão no capítulo 4.

Vigilância patrimonial. É armada, terceirizada e ininterrupta, nas 24 horas, como exige o item 5.5 do Termo de Referência, executada por empresa especializada autorizada pela Polícia Federal, na forma da Lei nº 14.967/2024, com postos em cada unidade dimensionados pela avaliação de risco que o ISAC faz na assunção. O porte de arma na unidade é restrito aos vigilantes da contratada, no exercício da função, e a agentes públicos em serviço, na forma do regimento interno do capítulo 6. O vigilante orienta o acesso, controla a entrada de acompanhantes e visitantes, protege os profissionais em situação de agressão, na forma do Programa de Prevenção e Enfrentamento à Agressão Física, Moral ou Psicológica do ISAC (PRO.DGP.SED.005), e aciona a Polícia Militar quando necessário. As unidades recebem circuito fechado de câmeras nas entradas, na espera, na farmácia e nos corredores, com gravação guardada por 30 dias, sem câmeras nas áreas de atendimento.

Alimentação. O serviço continua contratado com empresa especializada e atende os profissionais em plantão, com uma refeição principal por turno, e o usuário que aguarda

transferência regulada ou cuja permanência na observação se prolongue por necessidade clínica, com a dieta prescrita — hipossódica, para diabéticos, pastosa, líquida, enteral quando indicada —, estendida ao seu acompanhante com direito legal. As refeições são produzidas na cozinha da UPA Norte e transportadas para a UPA Sul em recipientes térmicos, com controle de tempo e temperatura em cada entrega. A **responsabilidade técnica** é de nutricionista inscrito no Conselho Regional de Nutricionistas, presente nas duas unidades, como exige o item 5.5.4 do Termo de Referência — exigência do contrato do serviço de alimentação.

20.5 Manutenção predial e de equipamentos

A manutenção é acompanhada em cada unidade pelo Coordenador Administrativo, que abre e acompanha os chamados até o fechamento e fiscaliza as empresas, com o engenheiro responsável de cada contratada e o apoio técnico da sede, que conduz os contratos e o plano anual de manutenção. A execução é contratada: manutenção predial (civil, hidráulica, elétrica e proteção contra descargas atmosféricas), climatização com Plano de Manutenção, Operação e Controle (Lei nº 13.589/2018), engenharia clínica para os equipamentos médico-hospitalares (RDC Anvisa nº 509/2021), grupo gerador e nobreaks, gases medicinais e controle de pragas com limpeza dos reservatórios e análise de potabilidade da água (item 5.6.3).

O ponto de partida é o inventário. Na vistoria dos primeiros 30 dias, prevista no Termo de Permissão de Uso, cada equipamento cedido recebe etiqueta patrimonial, registro de estado e plano próprio; o que não funciona é ressalvado por escrito, como as autoclaves em reparo e os equipamentos indicados para substituição. O cadastro de equipamentos guarda identificação, localização, estado e histórico de manutenção (item 5.6.1).

Quadro 20.2 – Plano anual de manutenção preventiva

Sistema ou equipamento	Manutenção preventiva	Registro
Equipamentos de suporte à vida (monitores, ventiladores, desfibriladores, bombas)	Trimestral, com teste de segurança elétrica; calibração anual	Ordem de serviço e laudo de calibração
Autoclaves	Mensal; qualificação de desempenho anual	Ordem de serviço e relatório de qualificação
Demais equipamentos médicos e de laboratório	Semestral; calibração anual quando aplicável	Ordem de serviço
Climatização	Mensal, conforme o PMOC; análise da qualidade do ar semestral	PMOC afixado e relatório
Grupo gerador	Teste semanal em vazio e mensal com carga; preventiva conforme o fabricante	Livro de testes do gerador
Nobreaks	Semestral, com teste de autonomia	Ordem de serviço
Instalações elétricas e SPDA	Inspeção semestral; medição anual de aterramento	Laudo técnico
Instalações hidráulicas e reservatórios	Inspeção mensal; limpeza semestral dos reservatórios; potabilidade semestral	Certificado e laudo de análise

Sistema ou equipamento	Manutenção preventiva	Registro
Central de gases e rede	Inspeção diária do estoque e dos alarmes; preventiva trimestral	Checklist diário e ordem de serviço
Civil (pisos, forros, esquadrias, pintura)	Inspeção mensal por setor; pintura por programação anual	Checklist e ordem de serviço
Controle de pragas	Mensal, com produto registrado e empresa licenciada	Certificado de execução

Os **chamados** de manutenção são abertos no módulo de manutenção do Gesthor Hospitalar, o sistema de gestão do capítulo 9, por qualquer profissional, pela estação de trabalho ou pelo QR Code afixado em cada equipamento. Por estar no mesmo sistema do patrimônio e dos custos, o chamado já nasce ligado ao bem tombado e ao centro de custo, e o custo de cada intervenção entra no histórico do equipamento. Os chamados de informática seguem pela central de serviços de tecnologia do capítulo 9, no GLPI. Cada chamado é classificado por prioridade e tem prazo; o fechamento depende do aceite do setor, e o histórico fica vinculado ao equipamento.

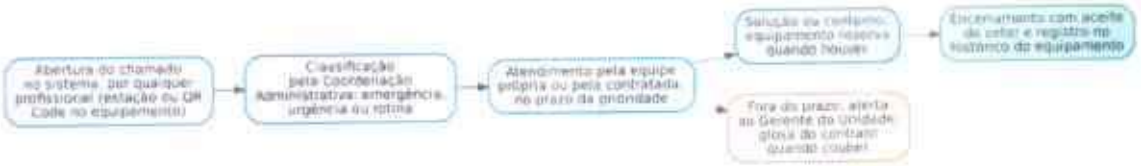


Figura 20.2 – Ciclo do chamado de manutenção

Quadro 20.3 – Prazos de atendimento dos chamados de manutenção

Prioridade	Exemplos	Início do atendimento	Solução ou contorno
Emergência	Falha de equipamento de suporte à vida sem reserva; falta de energia, de gases ou de água; risco à segurança	Até 30 minutos, com contorno remoto ou pela equipe do plantão; técnico presente em até 2 horas fora do horário administrativo	2 horas, com equipamento reserva ou contorno
Urgência	Equipamento assistencial com reserva disponível; climatização da sala de estabilização ou da observação; vazamento	2 horas	24 horas
Rotina	Equipamentos e instalações sem impacto direto na assistência	24 horas	5 dias úteis

Fora do horário administrativo, os chamados de emergência e de urgência são acionados pelo enfermeiro supervisor do plantão e atendidos pelo sobreaviso das empresas, com presença na unidade em até duas horas, na forma do regimento interno do capítulo 6.

20.6 Quem executa cada serviço e como é fiscalizado

Quadro 20.4 – Execução direta ou contratada

Serviço	Execução	Fiscalização
Farmácia	Direta	Farmacêutico RT; Comissão de Farmácia e Terapêutica; inventário mensal
Processamento de materiais (CME)	Direta	Enfermeiro RT da CME; CCIRAS
Portaria, recepção e controle de acesso	Direta	Coordenação Administrativa
Transporte interno de usuários	Direta	Enfermeiro supervisor do plantão
Rouparia e lavanderia, com enxoval	Contratada	Encarregado da rouparia: peso e qualidade em toda entrega
Higienização e limpeza	Contratada	Supervisor do plantão na liberação de leitos; auditoria mensal da CCIRAS
Gerenciamento de resíduos — coleta externa e destinação	Contratada	RT do PGRSS; manifestos e certificados
Vigilância patrimonial	Contratada	Coordenação Administrativa; livro de ocorrências
Alimentação e nutrição	Contratada	Coordenação Administrativa (fiscal), com o nutricionista RT da contratada; temperatura e tempo de entrega; pesquisa de satisfação
Controle de pragas e reservatórios	Contratada	Coordenação Administrativa, com o engenheiro responsável da contratada; certificados e laudos
Manutenção predial e climatização (PMOC)	Contratada	Coordenação Administrativa, com o engenheiro responsável da contratada; prazos dos chamados
Engenharia clínica	Contratada	Coordenação Administrativa, com o engenheiro responsável da contratada; disponibilidade dos equipamentos
Grupo gerador, nobreak e gases medicinais	Contratada	Coordenação Administrativa, com o engenheiro responsável da contratada; livro de testes
Tecnologia da informação	Direta, pela central de serviços da sede do ISAC, com técnico de suporte presencial em cada unidade; sistema, links e rede contratados	Acordo de nível de serviço do capítulo 9; acompanhamento dos chamados pela Coordenação Administrativa
Laboratório, radiologia e telecardiologia	Contratada	Coordenador Administrativo como fiscal; Coordenação de Enfermagem na operação e nos tempos do capítulo 19; Diretor Técnico na supervisão técnica dos laudos e dos resultados críticos
Ultrassonografia	Médico credenciado pelo Instituto; aparelho locado	Diretor Técnico na escala e na supervisão técnica dos laudos; Coordenador Administrativo como fiscal da locação do aparelho
Transporte sanitário (ambulância Tipo B)	Veículo locado; tripulação própria	Coordenação de Enfermagem e Coordenação Administrativa, na forma do manual do capítulo 11

Todo contrato tem um fiscal designado pelo Gerente da Unidade (em regra, o Coordenador Administrativo), que aplica checklist mensal de conformidade, apura os indicadores do contrato (prazo, disponibilidade, conformidade das auditorias, reclamações dos setores) e registra as ocorrências. O pagamento só é liberado com o atesto do fiscal e com a comprovação mensal das obrigações trabalhistas e previdenciárias da contratada, que afasta

a responsabilidade subsidiária do Instituto e da parceria. O descumprimento gera notificação, glosa prevista no contrato e, se reiterado, substituição do fornecedor. Os contratos firmados constam da relação do relatório trimestral do Anexo VIII.

Na transição, os contratos vigentes com as empresas que atendem hoje as unidades são mantidos ou sucedidos até a assinatura dos novos, na forma do item 22.1.1 do Termo de Referência, para que nenhum serviço de apoio seja interrompido no primeiro dia.

ÁREA DE QUALIDADE · IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

21 Contrarreferência e articulação com a Rede de Atenção à Saúde

A UPA não termina o cuidado: ela resolve o episódio agudo e devolve o usuário a quem vai acompanhá-lo. Nas UPAs Norte e Sul, que juntas recebem cerca de 850 usuários por dia, cerca de metade das pessoas atendidas voltou à unidade mais de uma vez entre janeiro de 2025 e agosto de 2026. Muitos são hipertensos, diabéticos, asmáticos, crianças com quadros de repetição e idosos que encontram na urgência a porta que não encontraram em outro lugar. Para eles, a qualidade do atendimento na UPA depende também do que acontece depois da alta: se a equipe de saúde da família fica sabendo do atendimento, se o tratamento iniciado tem continuidade e se o usuário sabe onde e quando deve ser reavaliado.

Palmas tem uma rede de Atenção Primária extensa, com 34 unidades de saúde e 85 equipes da Estratégia Saúde da Família. As UPAs também recebem usuários de Porto Nacional, especialmente da região de Luzimangues, e dos municípios referenciados à UPA Sul pela Resolução CIB/TO nº 001/2017. Os casos que precisam de internação seguem, pelo Complexo Regulador Estadual, para os hospitais de referência, como o Hospital Geral de Palmas. O ISAC organiza a articulação das duas unidades com essa rede em três movimentos: devolver o usuário à Atenção Primária com informação suficiente para a continuidade do cuidado, encaminhar ou transferir com rapidez e registro quem precisa de outro ponto da rede, e manter com os demais serviços uma rotina de comunicação que não dependa da boa vontade de cada plantão.

A proposta segue a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que organiza as Redes de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.436/2017), que atribui à Atenção Primária a coordenação do cuidado e a ordenação da rede, e a Portaria GM/MS nº 10/2017, que atribui à UPA 24h a garantia da referência e da contrarreferência dos usuários atendidos. O percurso interno do usuário até a alta ou a transferência está no capítulo 2; o transporte sanitário, no Manual de transporte sanitário do capítulo 11. Aqui se descreve o que acontece na fronteira entre a UPA e o restante da rede.

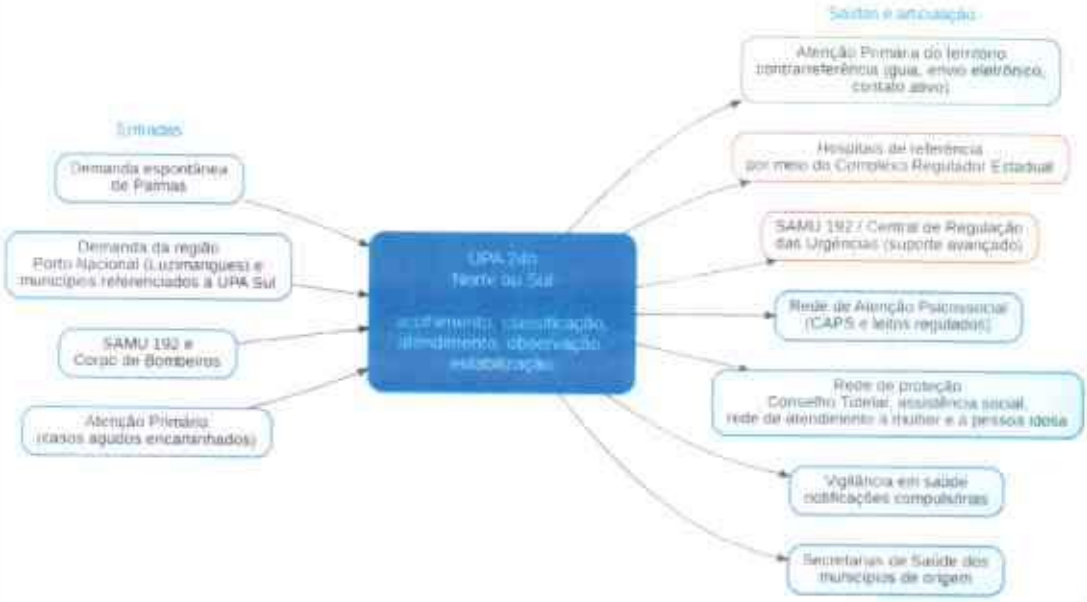


Figura 21.1 – A UPA na Rede de Atenção à Saúde

21.1 Contrarreferência à Atenção Primária

Toda alta da UPA é acompanhada de contrarreferência. O que muda de um caso para outro é a intensidade: para a maior parte dos usuários, basta a guia entregue na alta; para os grupos em que a falta de acompanhamento leva com frequência a retorno à urgência, a piora ou a internação evitável, a UPA avisa a unidade de saúde de forma ativa, e nos casos de alto risco fala diretamente com a equipe. A Figura 21.2 mostra o fluxo, com os pontos de decisão C1 a C4.

21.1.1 Instrumento: a guia de contrarreferência

A guia de contrarreferência é gerada pelo prontuário eletrônico no momento da alta, a partir dos registros do atendimento, e assinada pelo médico que deu a alta. O preenchimento automático reduz o tempo do médico e evita que a guia deixe de ser emitida nos horários de maior movimento. Os campos obrigatórios são conferidos pelo sistema, que não encerra o atendimento sem eles.

Quadro 21.1 – Conteúdo da guia de contrarreferência

Bloco	Conteúdo
Identificação	Nome, data de nascimento, Cartão Nacional de Saúde, endereço, telefone, município de residência e unidade de saúde da família de referência
Atendimento	Unidade e data; classificação de risco; motivo da procura; diagnóstico principal (CID-10); permanência em observação, quando houver

Bloco	Conteúdo
O que foi feito	Exames realizados e resultados relevantes; procedimentos; medicamentos administrados; resposta ao tratamento
Plano de alta	Prescrição de alta; orientações de cuidado; atestado, quando cabível; exames pendentes e onde buscar o resultado
Continuidade	Motivo da contrarreferência; prazo sugerido para avaliação na unidade de saúde (por exemplo, em até 48 horas; 7 dias ou 30 dias); pedido de encaminhamento a especialidade, quando indicado
Sinais de alerta	Sinais que indicam retorno imediato à urgência, em linguagem simples
Responsável	Nome, registro profissional e assinatura do médico; telefone da UPA para contato da equipe da Atenção Primária

21.1.2 Quem recebe contrarreferência ativa

A contrarreferência ativa (ponto C1) é feita para os usuários dos grupos abaixo, identificados pelo médico ou pelo enfermeiro na alta e sinalizados no prontuário. O sistema também sinaliza automaticamente os usuários frequentes, com três ou mais atendimentos na mesma UPA em 30 dias.

- Alta da área de observação.
- Doença crônica descompensada ou com necessidade de ajuste do tratamento contínuo: hipertensão, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca.
- Gestantes e puérperas.
- Crianças menores de 2 anos.
- Pessoas idosas com fragilidade ou dependência e pessoas com deficiência.
- Usuários frequentes.
- Agravos que exigem acompanhamento pela Atenção Primária, como arboviroses em acompanhamento, suspeita de tuberculose, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis.
- Saúde mental: tentativa de suicídio, crise, uso abusivo de álcool e outras drogas, com contrarreferência também ao Centro de Atenção Psicossocial de referência.
- Situações de violência, com a notificação e o acionamento da rede de proteção descritos adiante.
- Cuidados que continuam fora da UPA: curativos, retirada de pontos, reavaliação de antibiótico, controle depois de imobilização ortopédica.
- Vulnerabilidade social identificada pelo serviço social da unidade.

São considerados de **alto risco** (ponto C3), com contato telefônico direto, a gestante com intercorrência, a criança menor de 1 ano, a pessoa idosa frágil, o usuário que recebeu alta da observação com condição crônica descompensada, a tentativa de suicídio e as situações de violência.

21.1.3 Meios de envio e prazos contados da alta

Quadro 21.2 – Meios de envio e prazos da contrarreferência

Meio	Para quem	Prazo contado da alta	Responsável
Guia impressa entregue ao usuário, com orientação verbal	Todos os usuários com alta	No ato da alta	Médico e enfermeiro
Registro no prontuário eletrônico	Todos os usuários com alta	No ato da alta	Médico
Relação diária de atendimentos por unidade de saúde, enviada por correio eletrônico institucional a cada unidade de saúde ou pelo canal da rede, quando houver	Todas as unidades de saúde de Palmas com usuários atendidos no dia	Até 24 horas	Serviço social
Envio eletrônico individual da guia à unidade de saúde de referência	Grupos prioritários residentes em Palmas	Até 24 horas	Serviço social
Contato telefônico com a equipe de saúde da família, com registro do profissional contatado	Alto risco	Até 24 horas	Enfermeiro e serviço social
Envio eletrônico à Secretaria de Saúde do município de origem	Grupos prioritários residentes em outros municípios	Até 48 horas	Serviço social
Confirmação de recebimento e reenvio	Envios ativos sem confirmação	Até 72 horas	Serviço social

O serviço social de cada UPA, presente nos turnos diurno e noturno pelo Quadro 7, é o responsável operacional pela contrarreferência ativa. Ele monta as relações diárias, envia as guias dos grupos prioritários, faz os contatos e acompanha as confirmações de recebimento (ponto C4). Quando não há confirmação em 72 horas, a guia é reenviada e a coordenação da Atenção Primária da SEMUS, ou a secretaria do município de origem, é acionada. Na transição, o serviço social de cada UPA monta com a Coordenação da Atenção Primária a lista de contatos das unidades de saúde e a base que liga o endereço do usuário à sua unidade de referência; até a sua conclusão, vale a unidade de saúde informada pelo usuário no cadastro. Quando o prontuário das UPAs e o da Atenção Primária estiverem integrados (capítulo 9), o registro no sistema passa a ser o meio principal, e o envio avulso fica como redundância.

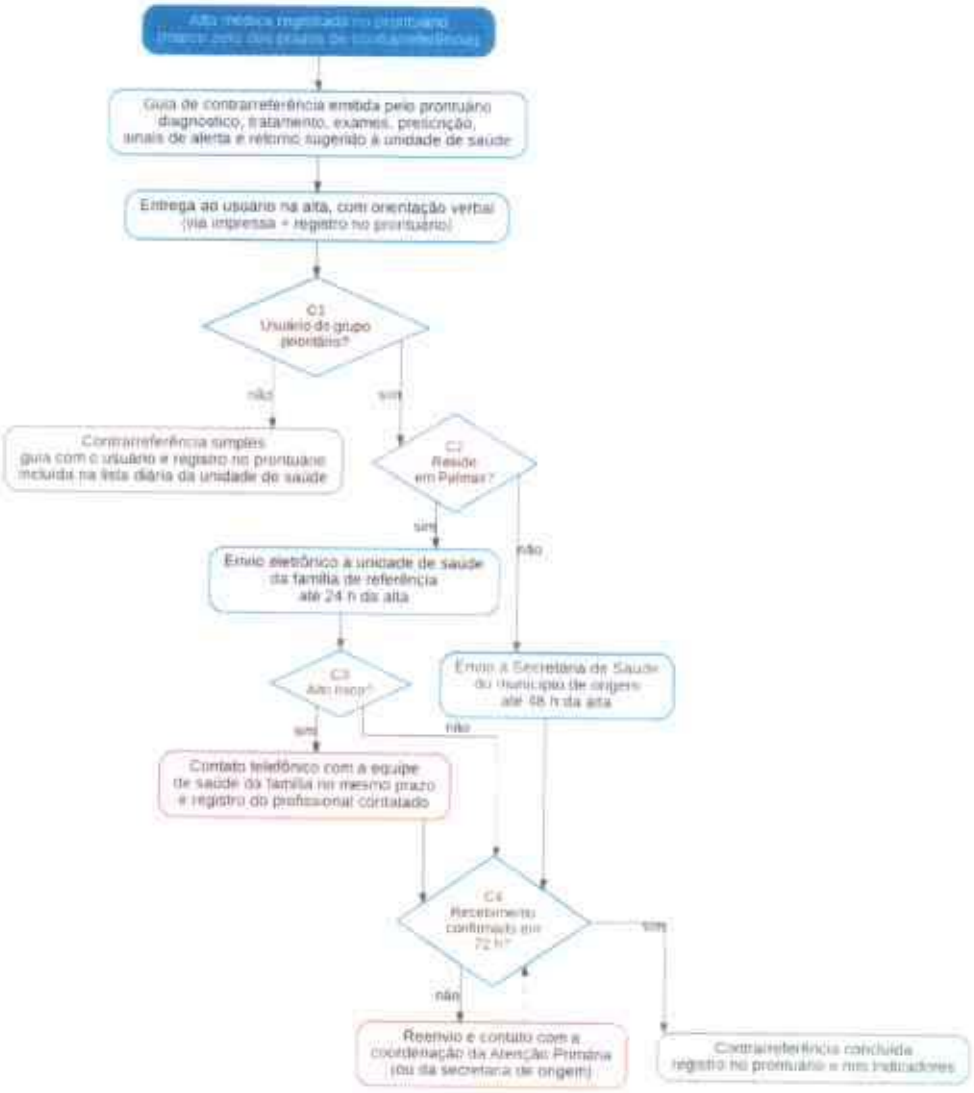


Figura 21.2 – Fluxograma da contrarreferência à Atenção Primária

Legenda dos fluxogramas. Caixa azul-escura: início ou marco. Caixa azul-clara: etapa. Caixa laranja: escalonamento ou acionamento. Caixa vermelha: situação que exige proteção imediata. Caixa verde: desfecho. Losango: ponto de decisão. Linha tracejada: retorno ao ponto de decisão ou continuidade da verificação.

21.1.4 Identificação da unidade de referência

A contrarreferência só chega ao destino se a unidade de saúde do usuário estiver identificada. Por isso a recepção registra, em todo atendimento, o endereço completo, o Cartão Nacional de Saúde, o telefone e o município de residência, como já prevê o capítulo 2. O sistema sugere a unidade de referência a partir do endereço. Quando não for possível identificá-la, o serviço

social confirma com o usuário ou com a coordenação da Atenção Primária. O usuário sem vínculo com unidade de saúde é orientado sobre onde se cadastrar e tem o caso informado à unidade do território.

21.1.5 Usuários frequentes e cuidado compartilhado

Todo mês, cada UPA envia à coordenação da Atenção Primária a relação dos usuários frequentes, com o número de atendimentos, os motivos e a unidade de saúde de referência. Os casos mais recorrentes são discutidos na reunião mensal de articulação com a Atenção Primária, descrita adiante, e cada um sai com um plano de cuidado compartilhado: quem da equipe de saúde da família assume o acompanhamento, o que a UPA deve fazer quando o usuário voltar e como as duas equipes se comunicam. O objetivo é reduzir o retorno não programado, acompanhado pela Ficha IN 2.4 do Anexo II.

21.2 Encaminhamento e transferência para os demais pontos da rede

Quando a necessidade do usuário ultrapassa o que a UPA oferece, o médico identifica o ponto da rede adequado e segue o fluxo correspondente. A Figura 21.3 organiza essa decisão em cinco perguntas, de R1 a R5, que podem se somar: o mesmo usuário pode precisar de transferência, de notificação e de acionamento da rede de proteção.

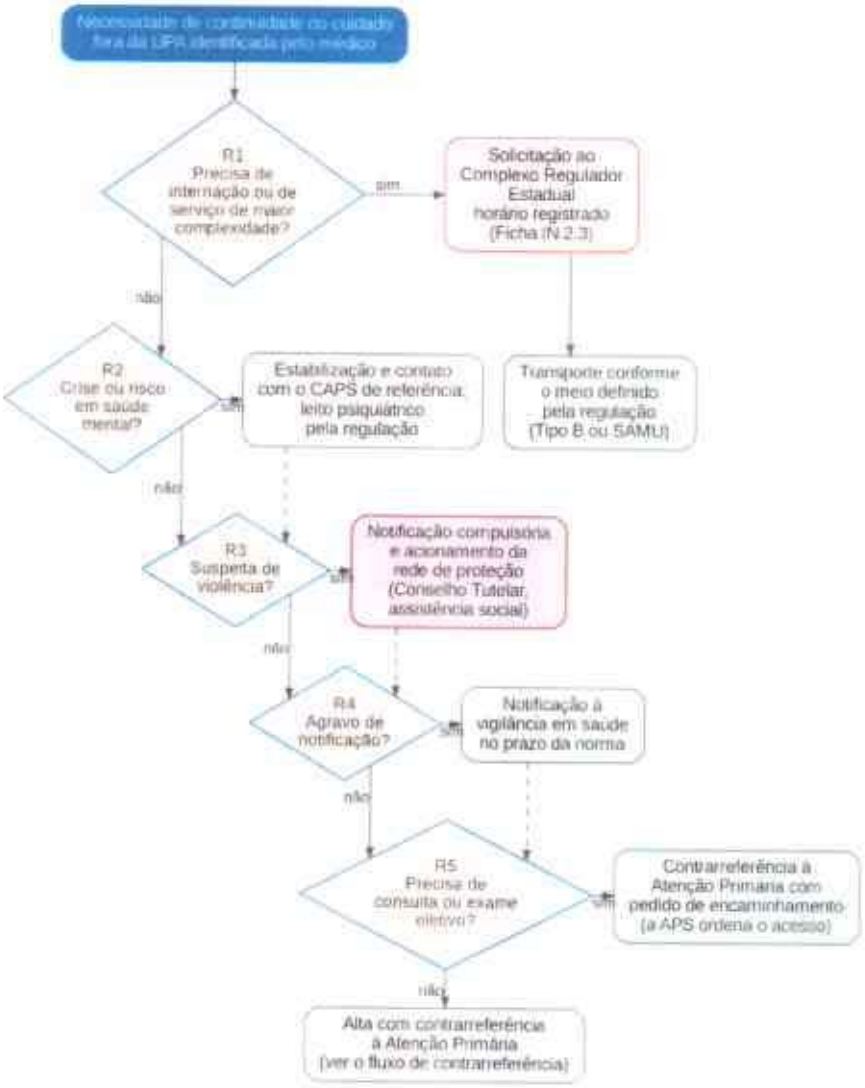


Figura 21.3 – Encaminhamento e transferência na rede

21.2.1 Transferência regulada para internação ou serviço de maior complexidade

A transferência para internação, cirurgia, hemodinâmica, terapia intensiva, maternidade ou qualquer serviço de maior complexidade é sempre regulada pelo Complexo Regulador Estadual (ponto R1), a quem compete a regulação do acesso e a definição dos fluxos de referência (TR, item 5.8.1). O médico registra a decisão de transferência no prontuário e, em seguida, a solicitação no sistema do Complexo Regulador, com laudo completo, sinais vitais, exames e escore de alerta. O prontuário registra automaticamente o horário da decisão e o

horário da solicitação, os dois marcos da Ficha IN 2.3 do Anexo II. A meta do edital é de até 60 minutos entre um e outro; a meta interna do ISAC é de até 30 minutos.

Enquanto a vaga não é liberada, cada contato com a regulação é registrado com horário, interlocutor e resposta. O laudo é atualizado a cada 2 horas ou a cada mudança clínica. Às 2 horas sem vaga, o coordenador médico do plantão fala com a regulação médica; às 6 horas, a Secretaria Municipal da Saúde é comunicada, como descreve o capítulo 2. Um painel de regulação em cada UPA mostra, em tempo real, os usuários aguardando vaga, o horário da solicitação e o tempo decorrido, e é revisto pelo coordenador médico do plantão a cada passagem de turno. Liberada a vaga, o enfermeiro supervisor confirma o leito com o serviço de destino, e o transporte segue o meio definido pela regulação, descrito na seção seguinte.

21.2.2 Saúde mental

O usuário em crise é acolhido, protegido e estabilizado na UPA (ponto R2). Superada a crise, é encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial de referência, com contato telefônico prévio e guia de contrarreferência. Quando há indicação de internação, o leito é solicitado ao Complexo Regulador. Nos casos de tentativa de suicídio, além da notificação compulsória (Lei nº 13.819/2019), o contato com o CAPS e com a equipe de saúde da família é feito em até 24 horas da alta.

21.2.3 Violência e rede de proteção

A suspeita ou confirmação de violência (ponto R3) leva à notificação compulsória e ao acionamento da rede de proteção, conduzido pelo serviço social com o médico e o enfermeiro. Na violência contra criança ou adolescente, o Conselho Tutelar é comunicado (Lei nº 8.069/1990, art. 13). Na violência contra a pessoa idosa, os órgãos previstos no art. 19 da Lei nº 10.741/2003. Na violência contra a mulher, a autoridade policial é comunicada em até 24 horas, na forma da Lei nº 10.778/2003, alterada pela Lei nº 13.931/2019. A usuária é orientada sobre a rede de atendimento à mulher do município. O caso também entra na contrarreferência de alto risco, para que a equipe de saúde da família acompanhe a família.

21.2.4 Vigilância em saúde

Os agravos da lista nacional de notificação compulsória (Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 e atualizações) são notificados nos prazos da norma, com as notificações imediatas feitas em até 24 horas à vigilância epidemiológica do município (ponto R4). A UPA informa semanalmente à vigilância e à Atenção Primária o comportamento dos atendimentos por síndrome gripal, arboviroses e doença diarreica, para que o aumento de casos percebido na urgência chegue ao território a tempo de orientar ações.

21.2.5 Consultas e exames eletivos

A UPA não agenda consultas especializadas nem exames eletivos: o acesso à atenção especializada é ordenado pela Atenção Primária. Quando o usuário precisa de avaliação eletiva de especialista, como ortopedia depois de uma imobilização ou cardiologia depois de

um episódio controlado, a guia de contrarreferência traz o pedido justificado e a unidade de saúde faz o encaminhamento pelos fluxos da regulação ambulatorial do município (ponto R5). As reavaliações que precisam acontecer na própria UPA, como a revisão de uma imobilização em 48 horas, são agendadas como retorno programado e registradas como tal, sem se confundir com o retorno não programado da Ficha IN 2.4.

21.2.6 Pontos da rede, acionamento e registro

Quadro 21.3 – Pontos da rede e acionamento

Ponto da rede	Quando	Como é acionado	O que se registra
Atenção Primária de Palmas	Toda alta	Guia, relação diária, envio individual e contato telefônico, conforme o grupo	Guia no prontuário; data e hora do envio; profissional contatado; confirmação
Hospitais de referência	Internação ou maior complexidade	Solicitação no sistema do Complexo Regulador Estadual	Horário da decisão e da solicitação; cada contato com a regulação; liberação da vaga
SAMU 192	Transporte com suporte avançado	Central de Regulação das Urgências (192)	Horário, número da ocorrência, interlocutor, resposta e chegada da viatura
Centro de Atenção Psicossocial	Crise superada, tentativa de suicídio, uso de substâncias	Contato telefônico e guia	Profissional contatado e data do acolhimento no CAPS, quando informada
Rede de proteção	Suspeita ou confirmação de violência	Notificação e comunicação ao órgão competente	Ficha de notificação; órgão comunicado; data e hora
Vigilância em saúde	Agravos de notificação	Ficha no sistema de notificação e comunicação imediata quando exigida	Número e data da notificação
Municípios de origem	Usuários de outros municípios	Envio à Secretaria de Saúde de origem	Data e hora do envio; confirmação

21.3 O transporte sanitário nos fluxos de transferência

Cada UPA tem uma ambulância de suporte básico do Tipo B, 24 horas, com condutor e técnico de enfermagem dedicados exclusivamente ao transporte (TR, itens 5.5.3.1, 5.5.3.2 e 7.4). A rotina completa de acionamento, operação e registro, com os fluxogramas, está no Manual de transporte sanitário que integra o capítulo 11. Nos fluxos desta seção, o uso do transporte segue as regras abaixo.

21.3.1 Quando a ambulância Tipo B da unidade é acionada

- Para transferência de usuário com vaga liberada pelo Complexo Regulador Estadual, quando a regulação define o suporte básico como meio de transporte, e para remoção autorizada a exame ou procedimento fora da unidade, com retorno à UPA.

- Para usuário estável nas últimas 2 horas, com NEWS de 0 a 4 no adulto ou PEWS baixo na criança, via aérea pérvia, sem droga vasoativa, sem sedação contínua e sem intervenção médica prevista no trajeto.
- Mediante acionamento da tripulação pelo enfermeiro supervisor do plantão, que registra o horário da autorização; a meta interna é a saída em até 15 minutos.
- Nunca para alta ao domicílio, retorno ao município de origem, consulta eletiva ou transporte de materiais. Nesses casos, o serviço social articula a solução com a família, com a Secretaria Municipal da Saúde ou com o município de origem.

21.3.2 Articulação com o SAMU 192

Quando o usuário precisa de suporte avançado de vida no trajeto (intubação, ventilação mecânica, droga vasoativa, instabilidade hemodinâmica, rebaixamento grave de consciência, NEWS de 7 ou mais) ou quando a regulação assim define, a unidade aciona o SAMU 192 pela Central de Regulação das Urgências, a quem cabe definir o meio de transporte (TR, item 5.5.3.3). A equipe registra no prontuário o horário do acionamento, o número da ocorrência, o interlocutor e a resposta. O usuário permanece na sala de estabilização com a equipe da UPA. O médico e o enfermeiro da unidade não embarcam na ambulância Tipo B para substituir o suporte avançado. Sem viatura, o pedido é reiterado a cada 30 minutos; com 1 hora, o coordenador médico fala com o médico regulador e a direção e a SEMUS são comunicadas. O tempo de espera é registrado como fato alheio à unidade, para os fins do item 8.3.7 do Termo de Referência. Nos casos intermediários, com NEWS de 5 ou 6, o médico discute o meio de transporte com a regulação médica antes de propô-lo.

Quadro 21.4 – Transporte sanitário nos encaminhamentos

Fluxo	Meio de transporte	Quem aciona	Registro
Transferência regulada, usuário estável	Ambulância Tipo B da unidade, com autorização do Complexo Regulador	Enfermeiro supervisor do plantão	Ficha de transporte, com os horários M1 a M7
Transferência com suporte avançado	SAMU 192, pela Central de Regulação das Urgências	Médico ou enfermeiro	Registro de acionamentos: horário, ocorrência, resposta
Exame ou procedimento externo com retorno	Ambulância Tipo B, com autorização da regulação	Enfermeiro supervisor	Ficha de transporte
Leito psiquiátrico regulado	Meio definido pela regulação: Tipo B se estável, SAMU se houver risco	Médico e enfermeiro supervisor	Ficha de transporte ou registro de acionamentos
Alta, retorno ao município de origem, consulta eletiva	Sem transporte sanitário; articulação pelo serviço social	Serviço social	Evolução do serviço social no prontuário

21.4 Rotinas de articulação com a rede

A articulação com a rede não se resume ao caso individual. O ISAC mantém com os demais pontos uma rotina permanente, conduzida pela Diretoria Técnica de cada UPA, com apoio do serviço social e das coordenações.

Quadro 21.5 – Rotinas de articulação com a rede

Rotina	Com quem	Periodicidade	Produto
Pactuação dos fluxos, contatos e canal de envio	SEMUS (Atenção Primária, regulação, vigilância), Complexo Regulador, Central de Regulação das Urgências, CAPS, Conselho Tutelar	Na transição e a cada revisão	Fluxos pactuados e guia de contatos da rede
Reunião de articulação com a Atenção Primária	Coordenação da Atenção Primária da SEMUS e representantes das unidades com mais usuários frequentes	Mensal	Planos de cuidado compartilhado; ajustes no fluxo
Relatório de contrarreferência	Coordenação da Atenção Primária da SEMUS	Mensal	Indicadores desta seção por unidade de saúde de referência
Boletim de atendimentos por síndrome	Vigilância em saúde e Atenção Primária	Semanal	Alerta precoce de aumento de casos
Análise das transferências e da espera por vaga	Complexo Regulador e Superintendência de Atenção Especializada	Mensal	Tempos de solicitação e de espera; casos críticos
Atualização da guia de contatos da rede	Todos os pontos	Trimestral	Guia atualizada nas estações de trabalho

21.5 Indicadores de acompanhamento da contrarreferência

Os indicadores são apurados por unidade a partir do prontuário e dos registros do serviço social. São analisados na reunião mensal de gestão, levados à reunião de articulação com a Atenção Primária e apresentados nos relatórios de execução da parceria. A completude da guia é verificada por amostragem pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (capítulo 14).

Quadro 21.6 – Indicadores da contrarreferência

Indicador	Cálculo	Meta interna	Periodicidade
Cobertura da contrarreferência	Altas com guia emitida ÷ total de altas × 100	≥ 95%	Mensal
Completude da guia	Guias com todos os campos obrigatórios ÷ guias auditadas × 100 (amostra mensal)	≥ 90%	Mensal
Unidade de referência identificada	Atendimentos de residentes em Palmas com unidade de saúde identificada ÷ atendimentos de residentes × 100	≥ 90%	Mensal

Indicador	Cálculo	Meta interna	Periodicidade
Contrarreferência ativa no prazo	Usuários prioritários com envio em até 24 h (Palmas) ou 48 h (outros municípios) ÷ usuários prioritários × 100	≥ 90%	Mensal
Contato com alto risco em 24 h	Usuários de alto risco com contato registrado em até 24 h ÷ usuários de alto risco × 100	≥ 90%	Mensal
Confirmação de recebimento	Envios ativos com recebimento confirmado ÷ envios ativos × 100	≥ 70% a partir do 4º mês	Trimestral
Usuários frequentes com plano compartilhado	Usuários frequentes com caso enviado ou discutido com a Atenção Primária ÷ usuários frequentes × 100	≥ 80%	Mensal
Retorno não programado em 48 h (Ficha IN 2.4)	Retornos não programados em 48 h ÷ desfechos × 100	≤ 20% (Anexo II)	Mensal
Decisão de transferência até solicitação (Ficha IN 2.3)	Média do intervalo entre decisão e registro da solicitação	≤ 30 min (edital ≤ 60 min)	Mensal

21.6 Particularidades da UPA Norte e da UPA Sul

21.6.1 UPA Norte – José de Souza Dourado

A UPA Norte atende em média 392 usuários por dia. Parte deles vem de Porto Nacional, especialmente da região de Luzimangues, e a contrarreferência desses usuários é enviada à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional, com quem o ISAC pactua o canal de envio e o contato de referência na transição.

21.6.2 UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar

A UPA Sul atende em média 455 usuários por dia e é referência regional para Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia. Por isso, a contrarreferência para outros municípios é mais frequente nessa unidade, e o serviço social mantém contato de referência em cada uma das cinco secretarias. A UPA Sul também atende mais crianças (16,8% dos atendimentos, contra 12,0% na UPA Norte), o que torna mais frequente a contrarreferência de menores de 2 anos para puericultura e acompanhamento na Atenção Primária.

21.7 Implantação

Quadro 21.7 – Implantação da contrarreferência

Fase	Ações	Produto
Pré-assunção	Apresentação do instrumento à SEMUS e montagem, pelo serviço social de cada UPA com a Coordenação da Atenção Primária, da lista de contatos das unidades de saúde e da base de endereços e unidades de referência. Pactuação com o Complexo Regulador, a Central de Regulação das Urgências, os CAPS, o Conselho Tutelar, a vigilância e as secretarias dos municípios da região. Parametrização da guia no prontuário e capacitação de médicos, enfermeiros, recepção e serviço social.	Fluxos pactuados e guia disponível no sistema
Assunção (dias 1 a 30)	Guia de contrarreferência em todas as altas. Relação diária por unidade de saúde e envio ativo aos grupos prioritários.	Contrarreferência em operação
Estabilização (dias 31 a 60)	Primeiro relatório de indicadores; primeira reunião de articulação com a Atenção Primária.	Relatório e primeiros planos compartilhados
Consolidação (dias 61 a 90)	Revisão dos fluxos com a SEMUS a partir dos indicadores e das confirmações de recebimento.	Fluxos revisados

Os fluxos e o instrumento são revistos uma vez por ano, ou sempre que a SEMUS alterar a organização da Atenção Primária, da regulação ou dos pontos de referência da rede.

AREA DE QUALIDADE · POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO

22 Quadro de pessoal por área e categoria profissional

Um quadro de pessoal de pronto atendimento não se resolve somando profissionais: resolve-se garantindo que cada posto de trabalho esteja coberto nas vinte e quatro horas, todos os dias, inclusive quando alguém falta. É assim que o ISAC dimensiona as suas unidades — do posto para o profissional, e não o contrário.

O ponto de partida são os postos de trabalho descritos nos capítulos das áreas assistenciais, do apoio diagnóstico e dos serviços de apoio desta proposta (capítulos 18 a 20), que reproduzem os Quadros 6 e 7 do Termo de Referência. Sobre cada posto aplica-se o fator de cobertura da escala, e o resultado é o número de profissionais de cada categoria em cada unidade. Os quadros por unidade seguem o modelo do Quadro 3 do Anexo VI, com o salário base e a remuneração mensal de cada categoria, e a sua soma é a que vai às contas A.1 e A.7 da planilha de composição de custos.

22.1 Como o quadro foi dimensionado

- Cada posto de 12 horas em escala 12x36 é multiplicado por 2,30 — já computado o índice de segurança técnica de 15% para férias, licenças e faltas, como na nota do Quadro 7 do Termo de Referência —, e o total da categoria é arredondado para cima. Também as escalas 12x36 só diurnas (Central de Material e Esterilização e almoxarifado) usam o fator 2,30.
- O assistente social tem jornada legal de 30 horas semanais (Lei nº 12.317/2010). Cada posto, coberto nas 84 horas da semana, pede 3,22 profissionais (84 ÷ 30 × 1,15): são sete assistentes sociais por unidade para os dois postos, dois a mais que a referência do Quadro 7 do Termo de Referência.
- Os cargos de jornada diária contam por um, porque não há revezamento de plantão.
- Os médicos são credenciados como pessoa jurídica, na forma do regimento do corpo clínico do capítulo 8, com fator 2 por posto — cada posto coberto todos os dias ocupa dois médicos, com cerca de 15 plantões por mês cada — e cadastro reserva de pelo menos 20% fora do quadro. O ultrassonografista é um deles, com um posto diurno de 6 horas em cada unidade, nos sete dias.
- O Coordenador de Enfermagem acumula a responsabilidade técnica de enfermagem, e um dos farmacêuticos de cada unidade é o responsável técnico da farmácia, sem postos adicionais (item 7.3.1 do Termo de Referência); ambos recebem gratificação de função de 20%.
- Os serviços contratados — laboratório, radiologia, higienização, lavanderia, alimentação, vigilância e manutenção — aparecem no quadro com o seu regime de execução e sem profissionais próprios, porque o seu custo está nas contas de serviços de terceiros da Proposta Financeira.

22.2 O quadro da UPA Norte

O quadro traz, para cada categoria, o regime, a jornada, os postos por turno, o número de profissionais, o salário base e a remuneração mensal. As observações de cada item, comuns às duas unidades, estão no quadro de notas que segue o da UPA Sul.

Quadro 22.1 – Quadro de pessoal da UPA Norte

Item	Categoria profissional	Regime	Jornada / escala	Postos diurno	Postos noturno	Head-count	Salário base (R$)	Remuneração mensal (R$)
ASSISTENCIAL — MÉDICOS								
1	Médico clínico — urgência e emergência	PJ — credenciamento	Plantões de 12 h (7h–19h / 19h–7h)	9	7	32	26.671,64	853.492,60
2	Médico pediatra	PJ — credenciamento	Plantões de 12 h	1	1	4	30.923,59	123.694,38
3	Médico ortopedista	PJ — credenciamento	Plantões de 12 h	1	1	4	30.923,59	123.694,38
4	Médico ultrassonografista	PJ — credenciamento	Plantões de 6 h diurnos, 7 dias	1	0	2	15.461,87	30.923,75
5	Médico diarista / coordenador de fluxo	Função designada	—	0	0	0	0,00	0,00
ASSISTENCIAL — ENFERMAGEM								
6	Enfermeiro assistencial	CLT	12x36	9	8	40	2.616,68	104.667,20
7	Enfermeiro — responsável técnico	Função do item 32	—	0	0	0	0,00	0,00
8	Técnico de enfermagem	CLT	12x36	18	15	76	1.718,26	130.587,76
ASSISTENCIAL — DEMAIS CATEGORIAS								
9	Cirurgião-dentista	CLT	12x36	1	1	5	6.500,00	32.500,00
10	Auxiliar / técnico em saúde bucal	CLT	12x36	1	1	5	2.014,00	10.070,00
11	Farmacêutico	CLT	12x36	1	1	5	6.091,78	30.458,89
12	Auxiliar / técnico de farmácia	CLT	12x36	2	1	7	2.094,62	14.662,37
13	Assistente social	CLT	12x36 (jornada legal de 30 h)	1	1	7	4.032,31	28.226,17
14	Nutricionista	Serviço contratado (C.1.6)	—	0	0	0	0,00	0,00
15	Psicólogo	Não aplicável	—	0	0	0	0,00	0,00
16	Fisioterapeuta	Não aplicável	—	0	0	0	0,00	0,00
APOIO DIAGNÓSTICO								
17	Biomédico / farmacêutico-bioquímico	Serviço contratado (C.2.1)	24 h	0	0	0	0,00	0,00
18	Técnico de laboratório	Serviço contratado (C.2.1)	24 h	0	0	0	0,00	0,00
19	Técnico em radiologia	Serviço contratado (C.2.2)	24 h (jornada legal de 24 h semanais)	0	0	0	0,00	0,00
TRANSPORTE SANITÁRIO — TRIPULAÇÃO DEDICADA								
20	Médico — transporte sanitário	Não aplicável	—	0	0	0	0,00	0,00

Item	Categoria profissional	Regime	Jornada / escala	Postos diurno	Postos noturno	Head-count	Salário base (R$)	Remuneração mensal (R$)
21	Técnico de enfermagem — transporte sanitário (dedicado, vedado o cômputo na cobertura interna)	CLT	12x36	1	1	5	1.718,26	8.591,30
22	Condutor socorrista de ambulância	CLT	12x36	1	1	5	3.522,38	17.611,90
APOIO ASSISTENCIAL E OPERACIONAL								
23	Maqueiro / auxiliar de transporte interno	CLT	12x36	2	1	7	2.010,83	14.075,81
24	Auxiliar de higienização hospitalar	Serviço contratado (C.1.1)	24 h	0	0	0	0,00	0,00
25	Auxiliar de lavanderia e rouparia	Serviço contratado (C.1.4)	—	0	0	0	0,00	0,00
26	Auxiliar de nutrição / copeiro	Serviço contratado (C.1.6)	—	0	0	0	0,00	0,00
27	Técnico de CME / auxiliar de esterilização	CLT	12x36 diurno (7h–19h)	2	0	5	1.718,26	8.591,30
28	Agente de portaria e vigilância	CLT	12x36	1	1	5	2.010,83	10.054,15
29	Auxiliar de manutenção predial	Serviço contratado (C.3.5)	—	0	0	0	0,00	0,00
ADMINISTRATIVO E GESTÃO								
30	Gerente / coordenador da unidade	CLT	Jornada diária	1	0	1	7.632,00	7.632,00
31	Coordenador administrativo	CLT	Jornada diária	1	0	1	5.787,60	5.787,60
32	Coordenador de enfermagem	CLT	40 h semanais + sobreaviso	1	0	1	4.577,08	4.577,08
33	Referência técnica de vigilância em saúde	CLT	Jornada diária	1	0	1	2.616,68	2.616,68
34	Assistente administrativo (Gerência / Coordenação Administrativa)	CLT	Jornada diária	1	0	1	2.332,00	2.332,00
35	Assistente administrativo — Ouvidoria e atendimento ao usuário	CLT	Jornada diária (8h–18h, dias úteis)	1	0	1	3.000,00	3.000,00
36	Técnico de suporte de TI presencial	CLT	Jornada diária (seg–sáb, 7h–19h)	2	0	2	2.855,15	5.710,30
37	Auxiliar de almoxarifado e patrimônio	CLT	12x36 diurno (7h–19h)	1	0	3	2.152,62	6.457,85
38	Recepcionista / atendente	CLT	12x36	3	2	12	2.121,22	25.454,63
39	Faturista / analista de produção (SIA/SUS e BPA-I)	CLT	Jornada diária	2	0	2	2.488,85	4.977,70
40	Encarregado de qualidade e segurança do paciente	CLT	Jornada diária	1	0	1	3.688,80	3.688,80
41	Diretor técnico	PJ	Jornada diária + sobreaviso técnico 24 h	1	0	1	10.000,00	10.000,00

Item	Categoria profissional	Regime	Jornada / escala	Postos diurno	Postos noturno	Head-count	Salário base (R$)	Remuneração mensal (R$)
42	Analista de Gente e Gestão	CLT	Jornada diária	1	0	1	4.452,00	4.452,00
43	Assistente de departamento pessoal	CLT	Jornada diária	2	0	2	2.332,00	4.664,00
44	Técnico de segurança do trabalho	CLT	Jornada diária	1	0	1	3.522,64	3.522,64
	Total do quadro de pessoal			72	43	245		1.636.775,23
	Pessoal CLT — conta A.1					202		494.970,13
	Médicos credenciados e Diretor Técnico (PJ) — conta A.7					43		1.141.805,10

22.3 O quadro da UPA Sul

Quadro 22.2 – Quadro de pessoal da UPA Sul

Item	Categoria profissional	Regime	Jornada / escala	Postos diurno	Postos noturno	Head-count	Salário base (R$)	Remuneração mensal (R$)
ASSISTENCIAL — MÉDICOS								
1	Médico clínico — urgência e emergência	PJ — credenciamento	Plantões de 12 h (7h–19h / 19h–7h)	9	7	32	26.671,64	853.492,60
2	Médico pediatra	PJ — credenciamento	Plantões de 12 h	1	1	4	30.923,59	123.694,38
3	Médico ortopedista	PJ — credenciamento	Plantões de 12 h	1	1	4	30.923,59	123.694,38
4	Médico ultrassonografista	PJ — credenciamento	Plantões de 6 h diurnos, 7 dias	1	0	2	15.461,87	30.923,75
5	Médico diarista / coordenador de fluxo	Função designada	—	0	0	0	0,00	0,00
ASSISTENCIAL — ENFERMAGEM								
6	Enfermeiro assistencial	CLT	12x36	10	8	42	2.616,68	109.900,56
7	Enfermeiro — responsável técnico	Função do item 32	—	0	0	0	0,00	0,00
8	Técnico de enfermagem	CLT	12x36	20	17	86	1.718,26	147.770,36
ASSISTENCIAL — DEMAIS CATEGORIAS								
9	Cirurgião-dentista	CLT	12x36	1	1	5	6.500,00	32.500,00
10	Auxiliar / técnico em saúde bucal	CLT	12x36	1	1	5	2.014,00	10.070,00
11	Farmacêutico	CLT	12x36	1	1	5	6.091,78	30.458,89
12	Auxiliar / técnico de farmácia	CLT	12x36	2	1	7	2.094,62	14.662,37
13	Assistente social	CLT	12x36 (jornada legal de 30 h)	1	1	7	4.032,31	28.226,17
14	Nutricionista	Serviço contratado (C.1.6)	—	0	0	0	0,00	0,00
15	Psicólogo	Não aplicável	—	0	0	0	0,00	0,00
16	Fisioterapeuta	Não aplicável	—	0	0	0	0,00	0,00
APOIO DIAGNÓSTICO								
17	Biomédico / farmacêutico-bioquímico	Serviço contratado (C.2.1)	24 h	0	0	0	0,00	0,00
18	Técnico de laboratório	Serviço contratado (C.2.1)	24 h	0	0	0	0,00	0,00
19	Técnico em radiologia	Serviço contratado (C.2.2)	24 h (jornada legal de 24 h semanais)	0	0	0	0,00	0,00
TRANSPORTE SANITÁRIO — TRIPULAÇÃO DEDICADA								
20	Médico — transporte sanitário	Não aplicável	—	0	0	0	0,00	0,00
21	Técnico de enfermagem — transporte sanitário (dedicado, vedado o cômputo na cobertura interna)	CLT	12x36	1	1	5	1.718,26	8.591,30
22	Condutor socorrista de ambulância	CLT	12x36	1	1	5	3.522,38	17.611,90

Item	Categoria profissional	Regime	Jornada / escala	Postos diurno	Postos noturno	Head-count	Salário base (R$)	Remuneração mensal (R$)
APOIO ASSISTENCIAL E OPERACIONAL								
23	Maqueiro / auxiliar de transporte interno	CLT	12x36	2	1	7	2.010,83	14.075,81
24	Auxiliar de higienização hospitalar	Serviço contratado (C.1.1)	24 h	0	0	0	0,00	0,00
25	Auxiliar de lavanderia e rouparia	Serviço contratado (C.1.4)	—	0	0	0	0,00	0,00
26	Auxiliar de nutrição / copeiro	Serviço contratado (C.1.6)	—	0	0	0	0,00	0,00
27	Técnico de CME / auxiliar de esterilização	CLT	12x36 diurno (7h–19h)	2	0	5	1.718,26	8.591,30
28	Agente de portaria e vigilância	CLT	12x36	1	1	5	2.010,83	10.054,15
29	Auxiliar de manutenção predial	Serviço contratado (C.3.5)	—	0	0	0	0,00	0,00
ADMINISTRATIVO E GESTÃO								
30	Gerente / coordenador da unidade	CLT	Jornada diária	1	0	1	7.632,00	7.632,00
31	Coordenador administrativo	CLT	Jornada diária	1	0	1	5.787,60	5.787,60
32	Coordenador de enfermagem	CLT	40 h semanais + sobreaviso	1	0	1	4.577,08	4.577,08
33	Referência técnica de vigilância em saúde	CLT	Jornada diária	1	0	1	2.616,68	2.616,68
34	Assistente administrativo (Gerência / Coordenação Administrativa)	CLT	Jornada diária	1	0	1	2.332,00	2.332,00
35	Assistente administrativo — Ouvidoria e atendimento ao usuário	CLT	Jornada diária (8h–18h, dias úteis)	1	0	1	3.000,00	3.000,00
36	Técnico de suporte de TI presencial	CLT	Jornada diária (seg–sáb, 7h–19h)	2	0	2	2.855,15	5.710,30
37	Auxiliar de almoxarifado e patrimônio	CLT	12x36 diurno (7h–19h)	1	0	3	2.152,62	6.457,85
38	Recepcionista / atendente	CLT	12x36	4	2	14	2.121,22	29.697,07
39	Faturista / analista de produção (SIA/SUS e BPA-I)	CLT	Jornada diária	2	0	2	2.488,85	4.977,70
40	Encarregado de qualidade e segurança do paciente	CLT	Jornada diária	1	0	1	3.688,80	3.688,80
41	Diretor técnico	PJ	Jornada diária + sobreaviso técnico 24 h	1	0	1	10.000,00	10.000,00
42	Analista de Gente e Gestão	CLT	Jornada diária	1	0	1	4.452,00	4.452,00
43	Assistente de departamento pessoal	CLT	Jornada diária	2	0	2	2.332,00	4.664,00
44	Técnico de segurança do trabalho	CLT	Jornada diária	1	0	1	3.522,64	3.522,64
	Total do quadro de pessoal			76	45	259		1.663.433,63

Item	Categoria profissional	Regime	Jornada / escala	Postos diurno	Postos noturno	Head-count	Salário base (R$)	Remuneração mensal (R$)
	Pessoal CLT — conta A.1					216		521.628,53
	Médicos credenciados e Diretor Técnico (PJ) — conta A.7					43		1.141.805,10

Médicos (itens 1 a 4): credenciados como pessoa jurídica e remunerados por plantão, nos valores do quadro de remuneração adiante. O salário base indicado é o valor médio mensal por profissional (remuneração da categoria ÷ número de profissionais), para que a remuneração de cada linha seja o produto do número de profissionais pelo salário base, como no modelo do Anexo VI.

Quadro 22.3 – Observações aos itens do quadro de pessoal

Item	Observação
1	Quadro 6 do TR: 9 postos diurnos e 7 noturnos (primeiro atendimento, reavaliação, observação adulta e estabilização)
2	Quadro 6 do TR: 1 diurno e 1 noturno
3	Quadro 6 do TR: 1 diurno e 1 noturno
4	Quadro 6 do TR: 1 posto diurno de 6 horas, nos sete dias; dois credenciados em rodízio; aparelho locado (capítulo 19)
5	Coordenação médica do plantão exercida por médico da escala (capítulo 23); o Diretor Técnico está no item 41
6	Quadro 7 do TR: Norte 9/8 (40); Sul 10/8 (42). Inclui classificação, medicação, observação, estabilização e supervisão do plantão
7	Responsabilidade técnica de enfermagem exercida pelo Coordenador de Enfermagem (item 32), em jornada diária (item 7.3.1 do TR)
8	Quadro 7 do TR: Norte 18/15 (76); Sul 20/17 (86). Inclui acolhimento e espera, medicação, curativos, imobilização, ECG e coleta, observação e estabilização
9	Quadro 7 do TR: 1 diurno e 1 noturno (urgência odontológica 24 horas)
10	Quadro 7 do TR: 1 diurno e 1 noturno
11	Quadro 7 do TR: 1 diurno e 1 noturno; um deles é o responsável técnico da farmácia (item 7.3.1 do TR), com gratificação de função
12	Quadro 7 do TR: 2 diurnos e 1 noturno
13	Quadro 7 do TR: 1 diurno e 1 noturno; 7 profissionais pelo fator 3,22 da jornada legal de 30 horas (Lei nº 12.317/2010), acima dos 5 do Quadro 7 do TR
14	Nutricionista responsável técnico exigido no contrato de alimentação (item 5.5.4 do TR)
15	Categoria não prevista no escopo do TR (item 5.2)
16	Categoria não prevista no escopo do TR (item 5.2)
17	Laboratório completo em cada UPA, com equipamento e equipe do prestador (capítulo 19)
18	Como no item 17
19	Radiologia digital com técnico em todos os turnos, do prestador (capítulo 19)
20	Ambulância Tipo B: tripulação sem médico (item 5.5.3.1 do TR)
21	Quadro 7 do TR: 1 diurno e 1 noturno. A tripulação da ambulância Tipo B é de técnico de enfermagem e condutor (itens 5.5.3.1 e 7.4 do TR)
22	Quadro 7 do TR: 1 diurno e 1 noturno
23	Execução direta, sob o enfermeiro supervisor do plantão
24	Empresa especializada com equipe fixa por unidade (capítulo 20)
25	Lavanderia com enxoval locado (capítulo 20); conferência pelo auxiliar de almoxarifado
26	Produção na UPA Norte e distribuição nas duas unidades (capítulo 20)
27	Técnicos de enfermagem da CME, sem processamento noturno (capítulo 20)
28	Portaria e controle de acesso próprios (CLT); a vigilância armada 24 horas é serviço contratado (conta C.1.2), por empresa autorizada pela Polícia Federal
29	Manutenção predial, climatização e engenharia clínica contratadas (capítulo 20)
30	Gerente da Unidade, responsável administrativo-financeiro (item 7.3 do TR); cargo de gestão
31	Cargo de gestão (farmácia, almoxarifado, patrimônio, hotelaria, transporte e portaria)
32	Coordenador de Enfermagem e Responsável Técnico de Enfermagem (Coren-TO); cargo de gestão; acumula o item 7, com gratificação de função
33	Cargo de gestão; mantém o núcleo de vigilância epidemiológica (notificação compulsória)
35	Atendimento da Ouvidoria em dias úteis, das 8h às 18h (capítulo 16)

Item	Observação
36	Suporte presencial de segunda a sábado, das 7h às 19h (capítulos 9 e 20)
38	Recepção, cadastro e SAME nas 24 horas; líder designado na equipe
39	Equipe de faturamento qualificada e dimensionada (item 5.7.3 do TR)
40	Enfermeiro, cargo de gestão em assessoria à Diretoria Geral
41	Responsável Técnico Médico (CRM-TO), cargo de gestão, pessoa jurídica, em jornada diária e sobreaviso
42	Cargo de gestão (capítulo 23)
43	Dois por unidade (capítulo 24)
44	Serviço de segurança do trabalho local (capítulo 24)

22.4 Os postos por área e por turno

A cobertura ininterrupta é demonstrada posto a posto: cada linha mostra quantos profissionais daquela categoria estão em serviço no turno diurno e no noturno, em cada unidade.

Quadro 22.4 – Postos de trabalho por área e turno

Área	Posto	Norte dia	Norte noite	Sul dia	Sul noite	Observação
Assistencial (capítulo 18)						
Acolhimento e classificação	Enfermeiro classificador	3	2	4	2	Uma sala por enfermeiro; à noite, a terceira sala abre por gatilho
	Técnico de enfermagem — acolhimento e vigilância da espera	2	1	2	1	
Consultórios	Médico clínico — primeiro atendimento	5	3	5	3	Quadro 6 do TR
	Médico clínico — reavaliação, retorno de exames e fast track	1	1	1	1	Quadro 6 do TR
	Médico pediatra (consultório, observação e estabilização pediátricas)	1	1	1	1	Quadro 6 do TR
	Médico ortopedista	1	1	1	1	Quadro 6 do TR
	Cirurgião-dentista (urgência odontológica, 24 h)	1	1	1	1	Quadro 7 do TR
	Auxiliar em saúde bucal	1	1	1	1	Quadro 7 do TR
Medicação e procedimentos	Enfermeiro da área	1	1	1	1	
	Técnico de enfermagem — sala de medicação	4	3	5	4	Até 8 poltronas por técnico
	Técnico de enfermagem — curativos e suturas	1	1	1	1	Na UPA Norte, à noite, faz também ECG e coleta
	Técnico de enfermagem — imobilização ortopédica	1	1	1	1	Capacitado (Resolução Cofen nº 422/2012); dimensionamento próprio (item 7.2 do TR)
	Técnico de enfermagem — ECG e coleta	1	0	2	1	
Observação adulta e isolamento	Médico clínico	2	2	2	2	Quadro 6 do TR
	Enfermeiro	2	2	2	2	Na UPA Sul, um enfermeiro para cada 12 leitos ocupados, com revisão por gatilho
	Técnico de enfermagem	4	4	5	5	
Observação pediátrica	Enfermeiro	1	1	1	1	
	Técnico de enfermagem	2	2	2	2	
Sala de estabilização	Médico clínico	1	1	1	1	Quadro 6 do TR
	Enfermeiro	1	1	1	1	
	Técnico de enfermagem	3	3	2	2	1 técnico para 2 leitos (6 leitos na UPA Norte; 4 na UPA Sul)
Supervisão do plantão	Enfermeiro supervisor	1	1	1	1	Não acumula classificação nem estabilização
Ultrassonografia	Médico ultrassonografista (6 h diurnas, 7 dias)	1	0	1	0	Quadro 6 do TR; médico credenciado (PJ); aparelho locado (capítulo 19)
Farmácia	Farmacêutico (24 h; um deles RT)	1	1	1	1	Quadro 7 do TR
	Técnico ou auxiliar de farmácia	2	1	2	1	Quadro 7 do TR

Área	Posto	Norte dia	Norte noite	Sul dia	Sul noite	Observação
Serviço social	Assistente social	1	1	1	1	Quadro 7 do TR; 7 profissionais por unidade, pelo fator 3,22 da jornada legal de 30 h
Transporte sanitário (dedicado)	Técnico de enfermagem — ambulância Tipo B	1	1	1	1	Quadro 7 do TR; item 5.5.3.1 do TR
	Condutor de veículo de urgência	1	1	1	1	Quadro 7 do TR
Apoio e gestão — dimensionamento próprio (item 7.2 do TR); escala 12x36, salvo indicação						
Central de Material e Esterilização	Técnico de enfermagem da CME (diurno, 7h–19h, 7 dias; sem processamento noturno)	2	0	2	0	Capítulo 20
Transporte interno de usuários	Maqueiro / auxiliar de transporte interno (execução direta)	2	1	2	1	Sob o enfermeiro supervisor do plantão
Portaria e controle de acesso	Agente de portaria (execução direta; vigilância armada é contratada)	1	1	1	1	Capítulo 20
Recepção, cadastro e SAME (24 h)	Recepcionista / atendente (12x36)	3	2	4	2	Apoio administrativo nas 24 horas (item 7.2 do TR); líder designado na equipe
Almoxarifado e patrimônio	Auxiliar de almoxarifado (diurno, 7h–19h, 7 dias; confere também a rouparia)	1	0	1	0	Horário do almoxarifado no regimento interno (capítulo 6)
Gestão e administração (jornada diária)	Diretor Técnico (RT Médico) — PJ, jornada diária + sobreaviso	1	0	1	0	Cargo de gestão (capítulo 23); pessoa jurídica, como os médicos
	Coordenador de Enfermagem (RT de Enfermagem) — 40 h	1	0	1	0	Cargo de gestão; acumula a RT de enfermagem (item 7.3.1 do TR)
	Gerente da Unidade (responsável administrativo-financeiro)	1	0	1	0	Cargo de gestão
	Coordenador Administrativo	1	0	1	0	Cargo de gestão
	Encarregado de qualidade e segurança do paciente (enfermeiro)	1	0	1	0	Cargo de gestão; assessoria à Diretoria Geral
	Referência técnica de vigilância em saúde	1	0	1	0	Cargo de gestão; núcleo de vigilância epidemiológica
	Analista de Gente e Gestão	1	0	1	0	Cargo de gestão (capítulo 24)
	Assistente de departamento pessoal	2	0	2	0	Capítulo 24
	Técnico de segurança do trabalho	1	0	1	0	Capítulo 24; NR-4
	Faturista / analista de produção (SIA/SUS e BPA-I)	2	0	2	0	Item 5.7.3 do TR
	Assistente administrativo (Gerência e Coordenação Administrativa: patrimônio, contratos, compras locais)	1	0	1	0	
	Assistente administrativo — Ouvidoria e atendimento ao usuário (8h–18h, dias úteis)	1	0	1	0	Capítulo 16
	Técnico de suporte de TI presencial (segunda a sábado, 7h–19h)	2	0	2	0	Capítulos 9 e 20; 72 horas semanais com dois técnicos
Serviços contratados (Grupo C) — sem profissionais próprios						
Apoio diagnóstico	Laboratório de análises clínicas (biomédico, técnicos) — contratado, equipamento do prestador	0	0	0	0	Conta C.2.1; capítulo 19
	Radiologia (técnico em radiologia 24 h) — contratado	0	0	0	0	Conta C.2.2; capítulo 19

Área	Posto	Norte dia	Norte noite	Sul dia	Sul noite	Observação
Hotelaria	Higienização hospitalar — contratada, equipe fixa 24 h	0	0	0	0	Conta C.1.1
	Rouparia e lavanderia, com enxoval locado — contratada	0	0	0	0	Conta C.1.4
	Alimentação e nutrição (nutricionista RT no contrato)	0	0	0	0	Conta C.1.6
Segurança	Vigilância patrimonial armada 24 h — contratada	0	0	0	0	Conta C.1.2
Infraestrutura	Manutenção predial, climatização (PMOC), engenharia clínica, gerador e gases — contratadas	0	0	0	0	Contas do grupo C.3

22.5 As escalas e a cobertura das ausências

A assistência funciona em plantões de 12 horas em escala 12x36, com troca às 7h e às 19h. As funções de gestão e as administrativas cumprem jornada diária. A cobertura de férias, licenças e faltas está dentro do fator aplicado a cada posto (2,30, ou 3,22 no serviço social) e, para os médicos, no cadastro reserva — não depende de hora extra nem de remanejamento entre as duas unidades, que têm quadros próprios e separados. As regras de troca de plantão, de registro de ausência e de acionamento da reserva estão no capítulo 24.

22.6 A remuneração proposta e os pisos aplicáveis

A remuneração de cada categoria observa os pisos dos instrumentos coletivos de trabalho aplicáveis no Estado do Tocantins. O quadro traz, lado a lado, o salário base proposto e o piso aplicável à jornada, com a referência de cada um.

Quadro 22.5 – Remuneração por categoria e pisos das convenções

Categoria profissional (CLT)	Jornada e escala	Salário base (R$)	Piso aplicável (R$)	Referência do piso
Enfermeiro assistencial	12x36 (180 h)	2.616,68	3.886,36	Lei nº 14.434/2022, proporcional a 180 h; diferença paga com o complemento federal
Técnico de enfermagem — assistência interna	12x36 (180 h)	1.718,26	2.720,45	CCT SEET 2024–2026 (cláusula 4ª), 180 h; diferença paga com o complemento federal
Técnico de enfermagem — transporte sanitário	12x36 (180 h)	1.718,26	2.720,45	CCT SEET 2024–2026 (cláusula 4ª), 180 h; diferença paga com o complemento federal
Técnico de enfermagem — CME	12x36 diurno (180 h)	1.718,26	2.720,45	CCT SEET 2024–2026 (cláusula 4ª), 180 h; diferença paga com o complemento federal
Condutor de veículo de urgência	12x36 (180 h)	3.522,38	—	Sem piso específico na convenção
Assistente social	12x36 — jornada legal de 30 h (150 h/mês)	4.032,31	3.804,07	CCT SINTRAS 2026, jornada de 30 h (Lei nº 12.317/2010)
Farmacêutico	12x36 (180 h)	6.091,78	—	Sem piso na CCT SINTRAS 2026
Técnico ou auxiliar de farmácia	12x36 (180 h)	2.094,62	1.752,88	CCT SINTRAS 2026 (técnico em farmácia)
Cirurgião-dentista	12x36 (180 h)	6.500,00	—	Sem piso na convenção
Auxiliar em saúde bucal	12x36 (180 h)	2.014,00	1.856,30	CCT SINTRAS 2026 (técnico em saúde bucal)
Maqueiro / auxiliar de transporte interno	12x36 (180 h)	2.010,83	1.633,00	CCT SINTRAS 2026
Agente de portaria	12x36 (180 h)	2.010,83	1.643,33	CCT SINTRAS 2026
Recepcionista / atendente	12x36 (180 h)	2.121,22	1.633,00	CCT SINTRAS 2026
Auxiliar de almoxarifado	12x36 diurno (180 h)	2.152,62	1.633,00	CCT SINTRAS 2026
Coordenador de Enfermagem (RT de Enfermagem)	40 h semanais, jornada diária	4.577,08	4.750,00	Lei nº 14.434/2022, diferença paga com o complemento federal
Gerente da Unidade	Jornada diária	7.632,00	6.025,54	CCT SINTRAS 2026 (administrador hospitalar)
Coordenador Administrativo	Jornada diária	5.787,60	4.475,76	CCT SINTRAS 2026 (supervisor administrativo)
Encarregado de qualidade e segurança do paciente (enfermeiro)	Jornada diária (44 h)	3.688,80	4.750,00	Lei nº 14.434/2022 (enfermeiro); diferença paga com o complemento federal
Referência técnica de vigilância em saúde	Jornada diária (44 h)	2.616,68	4.750,00	Lei nº 14.434/2022, se enfermeiro; diferença paga com o complemento federal
Analista de Gente e Gestão	Jornada diária (44 h)	4.452,00	3.618,60	CCT SINTRAS 2026 (gerente de RH)
Assistente de departamento pessoal	Jornada diária (44 h)	2.332,00	2.110,42	CCT SINTRAS 2026
Técnico de segurança do trabalho	Jornada diária (44 h)	3.522,64	—	Sem piso na convenção
Faturista / analista de produção	Jornada diária (44 h)	2.488,85	2.488,85	CCT SINTRAS 2026
Assistente administrativo	Jornada diária (44 h)	2.332,00	2.260,68	CCT SINTRAS 2026 (assistente administrativo)
Assistente administrativo — Ouvidoria	Jornada diária (44 h)	3.000,00	2.260,68	CCT SINTRAS 2026 (assistente administrativo)

Categoria profissional (CLT)	Jornada e escala	Salário base (R$)	Piso aplicável (R$)	Referência do piso
Técnico de suporte de TI	Jornada diária (44 h)	2.855,15	2.855,15	CCT SINTRAS 2026 (analista de suporte)

Enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, Coordenador de Enfermagem, encarregado de qualidade e referência de vigilância): o salário base é o praticado pelo Instituto, como pedem os itens 9.9.1 e 9.9.2 do Termo de Referência, que vedam incluir no valor da parceria qualquer parcela a título de complemento do piso nacional. A diferença até o piso — R$ 4.750,00 para o enfermeiro em 44 horas (Lei nº 14.434/2022), proporcional à jornada, e R$ 2.720,45 para o técnico em 180 horas (CCT SEET 2024–2026, cláusula 4ª) — é paga com a assistência financeira complementar da União, repassada pelo Município em conta específica (item 9.9.3). É o regime que a própria convenção dos técnicos estabelece: as cláusulas 2.2 e 2.3 vinculam o piso, nas entidades que atendem pelo menos 60% dos pacientes pelo SUS, ao recebimento do recurso federal, conforme o julgamento do Supremo Tribunal Federal na ADI 7.222, que alcança também os enfermeiros. As duas UPAs atendem exclusivamente pelo SUS. Os encargos e reflexos do complemento que o repasse federal não cobre estão provisionados na conta A.11 (item 9.9.4.1 do Termo de Referência).

Quadro 22.6 – Remuneração dos médicos credenciados

Médicos credenciados (PJ)	Plantão	Valor do plantão ou mensal (R$)	Plantões por posto ao mês	Custo mensal do posto (R$)
Médico clínico — urgência e emergência	12 h	1.753,75	30,42	53.343,29
Médico pediatra	12 h	2.033,33	30,42	61.847,19
Médico ortopedista	12 h	2.033,33	30,42	61.847,19
Médico ultrassonografista (6 h diurnas em cada UPA)	6 h	1.016,67	30,42	30.923,75
Diretor Técnico (RT Médico) — valor mensal	—	10.000,00	—	10.000,00

22.7 A compatibilidade com o Termo de Referência

O dimensionamento foi conferido linha a linha contra os Quadros 6 e 7 do capítulo 7 do Termo de Referência. Os dois quadros abaixo reproduzem essa conferência.

Quadro 22.7 – Conferência contra o Quadro 7 do Termo de Referência

Categoria	Norte dia (TR)	Norte dia (ISAC)	Norte prof. (TR)	Norte prof. (ISAC)	Sul prof. (TR)	Sul prof. (ISAC)	Situação	Observação
Enfermeiro assistencial	9	9	40	40	42	42	Conforme	Item 6 do quadro de pessoal
Técnico de enfermagem — assistência interna	18	18	76	76	86	86	Conforme	Item 8 do quadro de pessoal
Técnico de enfermagem — transporte sanitário	1	1	5	5	5	5	Conforme	Item 21 do quadro de pessoal
Condutor de veículo de urgência	1	1	5	5	5	5	Conforme	Item 22 do quadro de pessoal
Assistente social	1	1	5	7	5	7	Acima do TR	Item 13 do quadro de pessoal. Postos iguais aos do TR; 7 profissionais pelo fator 3,22 da jornada legal de 30 h, acima dos 5 do Quadro 7 do TR
Farmacêutico	1	1	5	5	5	5	Conforme	Item 11 do quadro de pessoal
Técnico ou auxiliar de farmácia	2	2	7	7	7	7	Conforme	Item 12 do quadro de pessoal
Cirurgião-dentista	1	1	5	5	5	5	Conforme	Item 9 do quadro de pessoal
Auxiliar em saúde bucal	1	1	5	5	5	5	Conforme	Item 10 do quadro de pessoal
Total	35	35	153	155	165	167	Conforme	TR: 153 na Norte e 165 na Sul; o quadro do ISAC tem dois assistentes sociais a mais em cada unidade (jornada legal de 30 h)

Quadro 22.8 – Conferência contra o Quadro 6 do Termo de Referência

Posto médico	Diurno (TR)	Diurno (Norte)	Diurno (Sul)	Noturno (TR)	Noturno (Norte)	Noturno (Sul)	Situação	Observação
Médico clínico — primeiro atendimento, áreas críticas e observação	9	9	9	7	7	7	Conforme	Item 1 do quadro de pessoal
Médico pediatra	1	1	1	1	1	1	Conforme	Item 2 do quadro de pessoal
Médico ortopedista	1	1	1	1	1	1	Conforme	Item 3 do quadro de pessoal
Médico ultrassonografista	1	1	1	0	0	0	Conforme	Item 4 do quadro de pessoal
Total	12	12	12	9	9	9	Conforme	12 diurnos e 9 noturnos (21 postos) em cada UPA

22.8 A correspondência com as planilhas de custos

Os mesmos números alimentam o Grupo A da planilha de composição de custos do Anexo VI, conta a conta. A conta A.1 é a remuneração do pessoal CLT dos quadros de pessoal, e a conta A.7, a dos médicos credenciados e do Diretor Técnico.

Quadro 22.9 – Do quadro de pessoal ao Grupo A do Anexo VI

Conta	Descrição	UPA Norte (R$/mês)	UPA Sul (R$/mês)	Memória de cálculo
A.1	Remuneração — pessoal CLT (salários e vencimentos)	494.970,13	521.628,53	Profissionais CLT × salário base, igual à remuneração do pessoal CLT nos quadros de pessoal acima (Anexo VI, item 2.7)
A.2	Adicionais legais — insalubridade, noturno, gratificações (sobreaviso e horas extras na A.6)	85.712,35	91.196,59	Insalubridade sobre o salário mínimo, pelo grau de cada cargo (CCT SINTRAS, cláusula 10ª); adicional noturno de 20% sobre as horas noturnas, com a hora reduzida (cláusula 11ª); gratificação de função de 20% do Coordenador de Enfermagem e do farmacêutico responsável técnico
A.3	Benefícios — vale-transporte, auxílio-alimentação, assistência médica e odontológica, auxílio-creche	14.401,09	15.069,49	Auxílio-alimentação (CCT, cláusula 14ª); vale-transporte líquido do desconto de 6%, pela adesão prevista; seguro de vida (cláusula 19ª)
A.4	Encargos sociais incidentes sobre a remuneração — CLT	57.100,44	60.261,14	FGTS de 8% e PIS de 1% sobre a remuneração; cota patronal, RAT e terceiros isentos pela certificação CEBAS (Portaria SAES/MS nº 9/2021; Lei Complementar nº 187/2021); contribuição confederativa patronal de 5% sobre as folhas de maio e agosto (CCT, cláusula 30ª; item 9.2.2 do TR)
A.5	Provisionamento trabalhista — 13º, férias, 1/3, rescisões e passivos	177.905,57	187.753,21	Percentual sobre a remuneração e os adicionais (A.1 + A.2): 13º salário, férias e 1/3, avisos prévios, afastamentos, multa de 40% do FGTS e contingência trabalhista
A.6	Plantões extras, substituições e cobertura de afastamentos	17.420,47	18.384,75	Percentual sobre A.1 + A.2 para plantões extras e substituições (meta interna: plantões extras até 5%)
A.7	Despesas com pessoal PJ, autônomos e cooperativas	1.141.805,10	1.141.805,10	Médicos credenciados, inclusive o ultrassonografista: postos × 30,42 plantões por mês × valor do plantão; Diretor Técnico em valor mensal; sem encargos
A.8	Medicina e segurança do trabalho — PCMSO, PGR, ASO, exames, imunização, CIPA	8.138,33	8.290,00	Exames ocupacionais e EPI por empregado, mais PCMSO, PGR, LTCAT, imunização da equipe e CIPA
A.9	Educação permanente e capacitação	8.000,00	8.000,00	Instrutoria externa, materiais e simulação das ações do NEPES (suporte básico e avançado de vida, classificação de risco), capítulo 25
A.10	Recrutamento, seleção, admissão e treinamento introdutório	9.386,67	9.760,00	Uniformes por empregado, mais editais, exames admissionais e integração da mobilização, mensalizados
A.11	Outras despesas com pessoal	45.102,52	49.139,38	Reflexos do complemento do piso nacional da enfermagem que o repasse federal não cobre (item 9.9.4.1 do TR)
A	Total do Grupo A — Recursos humanos	2.059.942,69	2.111.288,19	

O Grupo A é confrontado, na Proposta Financeira, com o limite de 70% do custeio de cada unidade (item 9.7.1 do Termo de Referência).

Com a assinatura abaixo, o representante legal do ISAC declara que os quantitativos e as remunerações deste quadro de pessoal correspondem aos custos necessários à execução da parceria, com os pisos salariais aplicáveis, os quantitativos de referência do Termo de Referência e os encargos legais incidentes (item 9.2 do Anexo VI).

Brasília/DF, 3 de novembro de 2026.

ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134

Assinado de forma digital por ANTONIO CARLOS DRUMMOND FILHO:40012891134
Dados: 2026.11.03 15:42:44 -03'00'

Antonio Carlos Drummond Filho
Presidente
CPF 400.128.911-34
Instituto Saúde e Cidadania — ISAC

Datado e assinado pelo representante legal da participante, na forma do item 9.1 do Anexo VI do Termo de Referência.

AREA DE QUALIDADE · POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO

23 Organograma e atribuições dos cargos

O ISAC organiza as unidades que administra com uma regra simples: a direção e a retaguarda vêm da sede, e cada unidade tem, no local, quem responda por ela todos os dias. A sede dá à unidade o que ganha com a escala e com a experiência acumulada — direção, gestão financeira, contabilidade, compras e contratos, gestão de pessoas, qualidade, tecnologia e jurídico. A unidade concentra a sua energia no que só se faz no local: a assistência, a enfermagem e a operação do dia a dia.

Nas UPAs Norte e Sul, isso resulta numa estrutura de três níveis. No primeiro, a Diretoria Geral das UPAs, exercida pela Superintendência Administrativa e Financeira do ISAC. No segundo, em cada unidade, três titulares: o Diretor Técnico, o Coordenador de Enfermagem e o Gerente da Unidade. No terceiro, as coordenações, supervisões e referências de cada área. É a mesma estrutura do regimento interno do capítulo 6 e dos regimentos do serviço de enfermagem e do corpo clínico dos capítulos 7 e 8. O número de profissionais de cada categoria está no quadro de pessoal do capítulo 22.

23.1 Direção a partir da sede e três responsáveis em cada unidade

A **Diretoria Geral das UPAs** é exercida pelo Superintendente Administrativo e Financeiro do ISAC, designado pela Presidência. Ele dirige as duas unidades, é o interlocutor institucional da Secretaria Municipal da Saúde e responde pela execução do Termo de Colaboração e do Plano de Trabalho, com o apoio das áreas da sede que já trabalham para todas as unidades do Instituto. A parceria ganha uma direção experiente e uma retaguarda completa sem que se criem cargos de direção nas unidades: a Superintendência e as áreas corporativas não entram no quadro de pessoal das UPAs, e o que a sede faz pela parceria é apropriado como custo indireto compartilhado, pelo valor efetivamente incorrido e com memória de rateio, na forma do manual do capítulo 12.

Em cada UPA, três titulares dividem a responsabilidade pelo estabelecimento, cada um no seu campo. O **Diretor Técnico** responde pela assistência médica e é o Responsável Técnico Médico perante o CRM-TO. O **Coordenador de Enfermagem** responde pelo serviço de enfermagem e pelo apoio assistencial — Central de Material e Esterilização, laboratório, imagem e eletrocardiografia — e é o Responsável Técnico de Enfermagem perante o Coren-TO. O **Gerente da Unidade** responde pela administração, pelos serviços de apoio e pela execução financeira do estabelecimento, e é o seu responsável administrativo-financeiro. Cada UPA tem, assim, os três responsáveis que o Termo de Referência prevê, cada um com titular próprio.

Tudo o que é assistencial ou precisa estar presente todos os dias é próprio de cada unidade: os três titulares, o Corpo Clínico e a sua Diretoria Clínica eleita, as Comissões de Ética Médica e de Ética de Enfermagem, a CIPA, as escalas e as equipes. Não há cobertura de pessoal de

uma unidade pela outra, o que mantém a correspondência entre o CNES, o ponto e a folha de cada estabelecimento. A Diretoria Geral conta ainda, em cada UPA, com o assessoramento do Encarregado de qualidade e segurança do paciente. A Figura 23.1 mostra a direção e o segundo nível das duas unidades; a Figura 23.2, a estrutura de cada unidade até o terceiro nível.

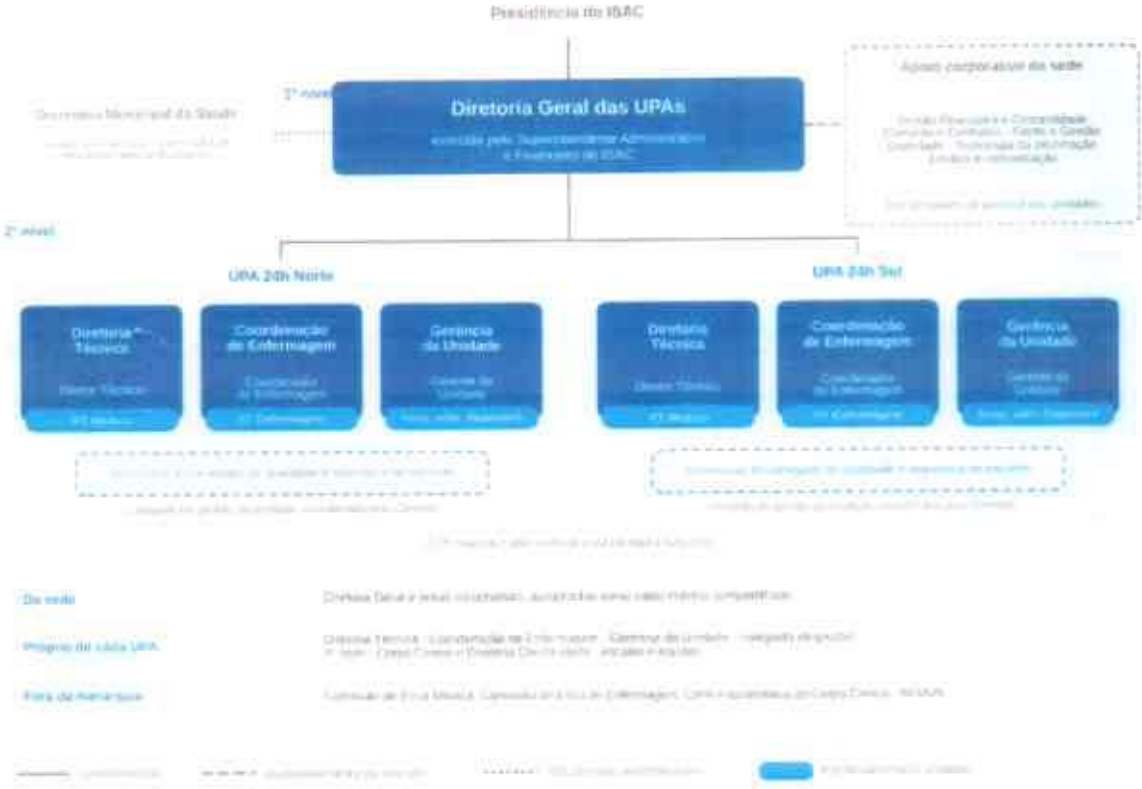


Figura 23.1 – Organograma da direção das UPAs

23.2 A estrutura de cada unidade

Abaixo da Diretoria Geral, cada UPA se organiza em três colunas. A da **Diretoria Técnica** reúne o que é ato médico: a coordenação médica de cada plantão, as referências de especialidade e de área e a odontologia de urgência. A da **Coordenação de Enfermagem** reúne o serviço de enfermagem, organizado como no regimento do capítulo 7 — supervisão de plantão e enfermeiros de referência por área —, e o apoio assistencial: a Central de Material e Esterilização, o apoio diagnóstico, a vigilância em saúde e o serviço social, que conduz a contrarreferência ativa do capítulo 21. A da **Gerência da Unidade** reúne a administração e o apoio: a Coordenação Administrativa, que responde pela farmácia, pelo almoxarifado e pelo patrimônio, pela hotelaria — higienização, lavanderia e rouparia,

alimentação e coleta interna de resíduos —, pelo transporte e pela portaria; a recepção, o arquivo e o faturamento; o setor local de Gente e Gestão; e a Ouvidoria.

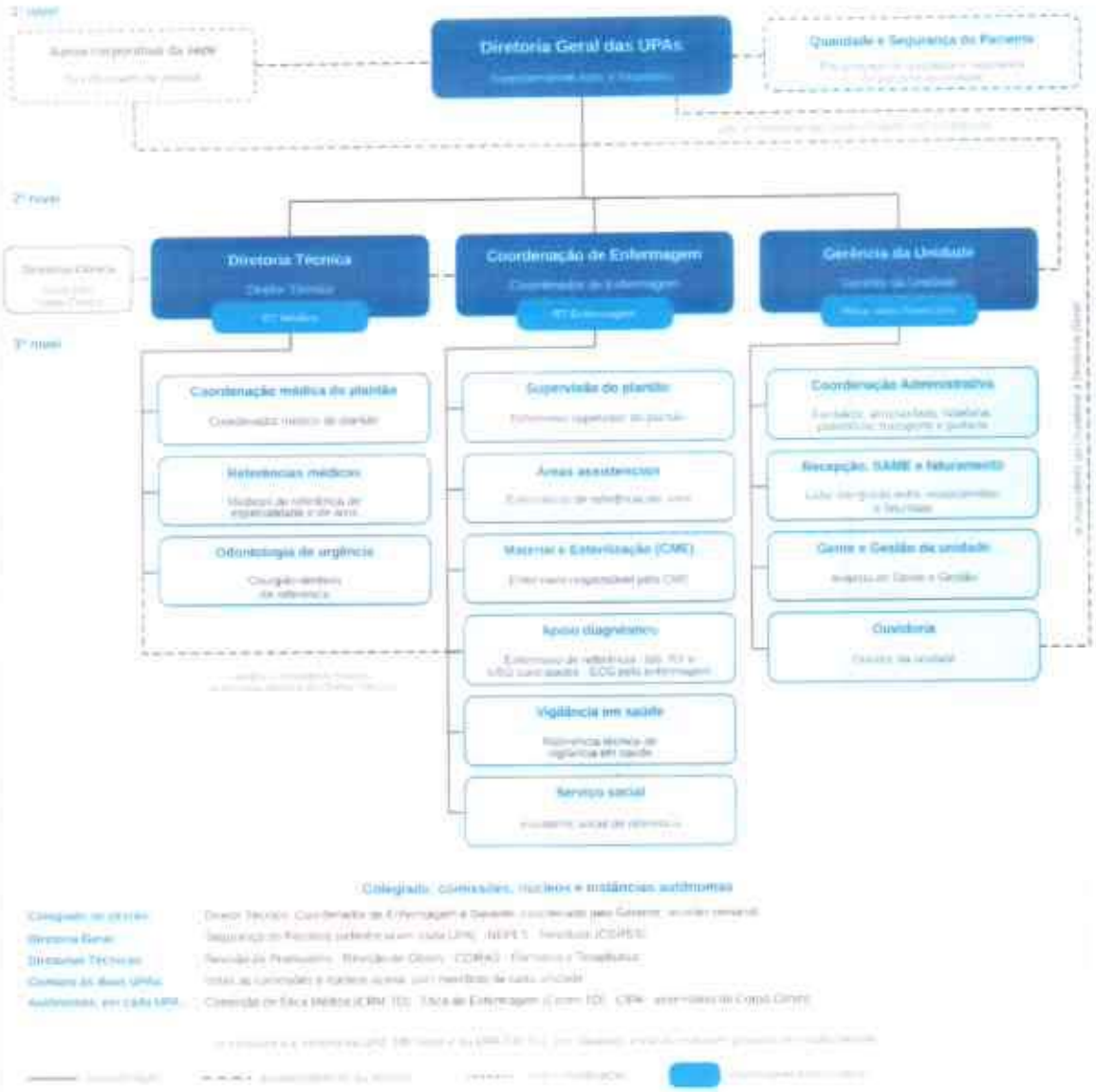


Figura 23.2 – Estrutura de cada UPA até o 3º nível

O **apoio diagnóstico** fica com a Coordenação de Enfermagem porque é nela que ele encontra a assistência: é a enfermagem que coleta na sala de estabilização, que faz o eletrocardiograma e que leva o usuário à radiologia, e é ela que sente primeiro quando um tempo de resultado escorrega. Um enfermeiro de referência do apoio diagnóstico, designado entre os da escala, acompanha no dia a dia os fluxos, os tempos e a interface com as empresas. A coordenação é operacional: a responsabilidade técnica do laboratório e a da

radiologia são dos responsáveis técnicos das empresas contratadas, habilitados nos seus conselhos, e os técnicos em radiologia respondem a eles. Os laudos, a telecardiologia e a comunicação dos resultados críticos seguem sob a supervisão técnica do Diretor Técnico, na forma do capítulo 19, e o contrato é fiscalizado pelo Coordenador Administrativo. Com isso, cada um faz a parte que lhe cabe, e o Coordenador de Enfermagem não acumula a fiscalização contratual.

A **farmácia** fica com a Coordenação Administrativa, junto com o almoxarifado, porque compra, estoque, rastreabilidade e inventário são um só ciclo de suprimento. A responsabilidade técnica continua com o farmacêutico responsável técnico, que conserva a autonomia profissional na avaliação das prescrições e na guarda dos medicamentos controlados, e as decisões de padronização e de uso de antimicrobianos continuam com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, ligada à Diretoria Técnica.

Os demais serviços executados por empresas contratadas não são cargos da estrutura, mas cada um tem, nela, um responsável interno. A limpeza tem os leitos liberados pelo enfermeiro supervisor do plantão e é auditada pela Comissão de Controle de Infecção; a lavanderia é conferida pelo encarregado da rouparia; a alimentação, pelo nutricionista responsável técnico do serviço; a coleta externa de resíduos, pelo responsável técnico do Plano de Gerenciamento de Resíduos. A vigilância patrimonial, a manutenção predial, a climatização, a engenharia clínica, o gerador e os gases medicinais são fiscalizados pelo Coordenador Administrativo, com o engenheiro responsável de cada contratada e o apoio técnico da sede. O suporte de tecnologia é prestado pela central de serviços do ISAC, com técnico presencial em cada unidade. A relação completa, com a forma de execução e de fiscalização, está no capítulo 20.

O **transporte sanitário** tem a tripulação dividida pela natureza do trabalho, como prevê o manual do capítulo 11: os técnicos de enfermagem da ambulância de suporte básico integram o serviço de enfermagem e, nas remoções, respondem ao enfermeiro supervisor do plantão; os condutores respondem ao Coordenador Administrativo, que cuida da escala, do veículo, do combustível e da quilometragem; e o contrato de locação do veículo é conduzido pela área de compras e contratos da sede. A decisão clínica de remover o usuário é sempre do médico, e a autorização, da regulação.

23.3 Quem responde por cada unidade

Os três titulares do segundo nível respondem, cada um, por uma face do estabelecimento perante a Secretaria e perante os conselhos, e são identificados nas Figuras 23.1 e 23.2 com a etiqueta "responsável pela unidade". O Quadro 23.1 resume quem exerce cada responsabilidade e como ela é formalizada e substituída.

Quadro 23.1 – Responsáveis de cada unidade

Responsabilidade	Quem exerce	Registro e formalização	Substituição
Responsável Técnico Médico	Diretor Técnico de cada UPA	Registro como Diretor Técnico no CRM-TO (Resolução CFM nº 2.147/2016); comunicação prévia à Secretaria	Médico designado pela Diretoria Geral e registrado como substituto no CRM-TO
Responsável Técnico de Enfermagem	Coordenador de Enfermagem de cada UPA	Anotação de Responsabilidade Técnica no Coren-TO (Resolução COFEN nº 782/2025); comunicação prévia à Secretaria	Enfermeiro designado pela Diretoria Geral, com comunicação ao Coren-TO
Responsável administrativo-financeiro	Gerente de cada UPA	Designação pela Presidência do ISAC no Plano de Trabalho; comunicação prévia à Secretaria	Coordenador Administrativo da mesma UPA nas ausências; substituição definitiva por qualificação equivalente ou superior

O Diretor Técnico não acumula a Diretoria Clínica nem a Comissão de Ética Médica, que fiscalizam a própria Diretoria Técnica. No Coordenador de Enfermagem, a responsabilidade técnica e a coordenação do serviço ficam na mesma pessoa, em jornada diária de 40 horas semanais, acima do mínimo da Resolução COFEN nº 782/2025, sem acúmulo com a Comissão de Ética de Enfermagem. O Gerente executa o orçamento do estabelecimento, atesta o recebimento de bens e serviços, instrui as despesas e o relatório mensal da unidade e responde pelos atos administrativos locais, com as normas, as alçadas e os sistemas da área financeira da sede, que movimenta a conta específica, consolida a contabilidade e monta as prestações de contas da parceria, na forma do manual do capítulo 12.

Os profissionais indicados nesta proposta podem assumir qualquer das duas unidades. A designação de cada titular é feita no Plano de Trabalho, e a substituição só se dá por profissional de qualificação equivalente ou superior, com comunicação prévia à Secretaria Municipal da Saúde, como prevê o regimento interno do capítulo 6. Por isso o Gerente de cada unidade tem a mesma qualificação mínima — nível superior e experiência de pelo menos 12 meses em gestão de unidade de saúde.

Os três titulares formam, em cada UPA, o **colegiado de gestão da unidade**, coordenado pelo Gerente. O colegiado se reúne toda semana para acompanhar a ocupação, as esperas, as escalas, os indicadores e as pendências da semana, decide em conjunto o que envolve mais de uma área e leva à Diretoria Geral o que não resolver. É também o colegiado que recebe as visitas de fiscalização e prepara a reunião mensal de gestão. Assim, a unidade tem sempre uma instância local de decisão, e a Diretoria Geral, à distância, recebe só o que de fato lhe cabe.

23.4 Linhas de subordinação e de assessoramento

O organograma usa quatro tipos de ligação. A **subordinação**, em linha contínua, é a linha de comando: quem designa, avalia e responde pelo ocupante do cargo. O **vínculo técnico ou funcional**, em linha tracejada, liga uma área à instância que fixa as normas da sua atividade

sem ser o seu superior — a Diretoria Técnica, nas diretrizes assistenciais da enfermagem e nos laudos; as áreas da sede, nos atos administrativos, financeiros e de gestão de pessoas das unidades. O **assessoramento**, também tracejado, liga à Diretoria Geral quem a apoia sem comandar outras áreas. A **relação sem subordinação**, pontilhada, é a que a Diretoria Geral mantém com a Secretaria Municipal da Saúde e a que a Diretoria Clínica eleita mantém com a Diretoria Técnica. O Quadro 23.2 descreve cada ligação e a cadeia de comando dos plantões.

Quadro 23.2 – Linhas de subordinação e de assessoramento

De	Para	Tipo	O que significa na prática
Diretoria Geral	Presidência do ISAC	Subordinação	Designação do Diretor Geral; alçadas de despesa e de aprovação de normas
Diretoria Geral	Secretaria Municipal da Saúde	Relação sem subordinação	Interlocução com o Gestor da Parceria e a Comissão de Monitoramento e Avaliação; relatórios, comunicações prévias e respostas a notificações
Diretorias Técnicas, Coordenações de Enfermagem e Gerências	Diretoria Geral	Subordinação	Plano anual, metas e indicadores aprovados pela Diretoria Geral; reunião mensal de gestão
Coordenação de Enfermagem	Diretoria Técnica da mesma UPA	Vínculo técnico	Protocolos, fluxos e plano de contingência construídos em conjunto; as decisões privativas da enfermagem não se sujeitam a outra categoria (Lei nº 7.498/1986, art. 11)
Apoio diagnóstico	Diretoria Técnica da mesma UPA	Vínculo técnico	Qualidade dos laudos, telecardiologia e comunicação dos resultados críticos; a operação é coordenada pela Enfermagem
Gerência da Unidade e setores administrativos	Áreas corporativas da sede	Vínculo funcional	Finanças, contabilidade, compras, contratos, tecnologia e gestão de pessoas seguem as normas, as alçadas e os sistemas da sede (capítulo 12); a linha de comando continua sendo a Diretoria Geral
Analista de Gente e Gestão	Gente e Gestão da sede	Vínculo técnico	Políticas, seleção, folha e indicadores; o analista responde à Gerência no dia a dia
Encarregado de qualidade e segurança do paciente	Diretoria Geral	Assessoramento	Apoio técnico da Gerência de Qualidade do ISAC; referência do Núcleo de Segurança do Paciente na unidade
Ouvidor	Gerência da Unidade; Diretoria Geral	Subordinação, com acesso direto	Apoio administrativo da Gerência; acesso direto ao Diretor Geral, para que a manifestação sobre a própria gestão tenha para onde ir
Diretoria Clínica	Diretoria Técnica	Relação sem subordinação	Diretor Clínico eleito pelo Corpo Clínico; zela pelo exercício ético e leva à Diretoria Técnica as demandas do corpo clínico
Coordenador médico e enfermeiro supervisor do plantão	Sobreaviso da Diretoria Técnica, da Coordenação de Enfermagem e da Gerência	Comando no plantão	Fora do horário administrativo, conduzem o plantão e acionam o sobreaviso na forma do regimento interno do capítulo 6

As comissões e os núcleos do capítulo 14 se ligam à estrutura pela instância que lhes dá apoio e recebe as suas recomendações: o Núcleo de Segurança do Paciente, o NEPES e a

Comissão de Gerenciamento de Resíduos, à Diretoria Geral; as Comissões de Revisão de Prontuários, de Revisão de Óbitos, de Controle de Infecção e de Farmácia e Terapêutica, às Diretorias Técnicas. Essas instâncias são únicas para as duas unidades, com membros de cada UPA, e o Núcleo de Segurança do Paciente tem uma referência em cada unidade. A Comissão de Ética Médica, vinculada ao CRM-TO, a Comissão de Ética de Enfermagem, vinculada ao Coren-TO, a CIPA e a assembleia do Corpo Clínico são constituídas em cada UPA e atuam com autonomia: a unidade lhes garante local, tempo e apoio administrativo, sem ingerência nas deliberações. O Núcleo de Vigilância Epidemiológica de cada UPA é mantido pela Referência técnica de vigilância em saúde, na Coordenação de Enfermagem.

Nos plantões noturnos, nos fins de semana e nos feriados, a linha de comando passa pelo plantão. O coordenador médico e o enfermeiro supervisor conduzem a unidade e acionam, conforme a natureza da ocorrência, o sobreaviso técnico do Diretor Técnico, o de enfermagem do Coordenador de Enfermagem, o administrativo do Gerente da Unidade, com resposta por telefone em até 30 minutos e presencial em até 2 horas, e, nas decisões institucionais, o do Diretor Geral. Todo acionamento é registrado no livro eletrônico de ocorrências, com o horário.

23.5 Atribuições dos cargos

O Quadro 23.3 relaciona os cargos e as funções representados no organograma. Cada unidade tem sete cargos de gestão — Diretor Técnico, Coordenador de Enfermagem, Gerente da Unidade, Coordenador Administrativo, Encarregado de qualidade e segurança do paciente, Referência técnica de vigilância em saúde e Analista de Gente e Gestão —, e nenhum cargo é comum às duas unidades. As demais funções são exercidas por profissionais das próprias equipes, designados entre os da escala, sem posto adicional. As atribuições a seguir detalham as competências do regimento interno do capítulo 6 e dos regimentos dos capítulos 7 e 8, e são as que constam das descrições de cargo usadas na seleção, na integração e na avaliação de desempenho do capítulo 24. Os requisitos indicados são o mínimo para a designação.

Quadro 23.3 – Cargos e funções do organograma

Nível	Cargo ou função	Abrangência	Responde a	Ocupação
1º	Diretor Geral das UPAs	Comum às duas UPAs	Presidência do ISAC	Superintendente Administrativo e Financeiro do ISAC
Assessoria	Encarregado de qualidade e segurança do paciente	Em cada UPA	Diretor Geral	Cargo de gestão
2º	Diretor Técnico	Em cada UPA	Diretor Geral	Cargo de gestão
2º	Coordenador de Enfermagem	Em cada UPA	Diretor Geral; Diretor Técnico nas diretrizes assistenciais	Cargo de gestão
2º	Gerente da Unidade	Em cada UPA	Diretor Geral; vínculo funcional com as áreas da sede	Cargo de gestão
3º	Coordenador médico do plantão	Em cada plantão, nas duas UPAs	Diretor Técnico	Função designada na equipe

Nível	Cargo ou função	Abrangência	Responde a	Ocupação
3º	Médicos de referência	Por especialidade e área, em cada UPA	Diretor Técnico	Função designada na equipe
3º	Cirurgião-dentista de referência	Em cada UPA	Diretor Técnico	Função designada na equipe
3º	Enfermeiro supervisor do plantão	Em cada plantão, nas duas UPAs	Coordenador de Enfermagem	Posto de enfermeiro da escala
3º	Enfermeiros de referência de área	Por área e plantão, em cada UPA	Coordenador de Enfermagem	Função designada na equipe
3º	Enfermeiro responsável pela CME	Em cada UPA	Coordenador de Enfermagem	Função designada na equipe
3º	Enfermeiro de referência do apoio diagnóstico	Em cada UPA	Coordenador de Enfermagem	Função designada na equipe
3º	Referência técnica de vigilância em saúde	Em cada UPA	Coordenador de Enfermagem	Cargo de gestão
3º	Assistente social de referência	Em cada UPA	Coordenador de Enfermagem	Função designada na equipe
3º	Coordenador Administrativo	Em cada UPA	Gerente da Unidade	Cargo de gestão
3º	Farmacêutico responsável técnico	Em cada UPA	Coordenador Administrativo, autonomia técnica preservada	Função designada na equipe
3º	Líder de recepção, SAME e faturamento	Em cada UPA	Gerente da Unidade	Função designada na equipe
3º	Analista de Gente e Gestão	Em cada UPA	Gerente da Unidade; vínculo técnico com Gente e Gestão da sede	Cargo de gestão
3º	Ouvidor	Em cada UPA	Gerente da Unidade; acesso direto ao Diretor Geral	Função designada na equipe
Eleito	Diretor Clínico	Em cada UPA	Assembleia do Corpo Clínico; relaciona-se com o Diretor Técnico	Mandato eletivo

23.5.1 Diretoria Geral e apoio da sede

Diretor Geral das UPAs

Função exercida pelo Superintendente Administrativo e Financeiro do ISAC, que dirige as duas unidades e responde, perante a Secretaria Municipal da Saúde, o Gestor da Parceria e a Comissão de Monitoramento e Avaliação, pela execução do Termo de Colaboração e do Plano de Trabalho.

- coordenar os Diretores Técnicos, os Coordenadores de Enfermagem e os Gerentes das Unidades, e decidir o que os colegiados de gestão das unidades não resolverem;

- aprovar o plano anual de gestão, as metas e os indicadores de cada unidade e conduzir a reunião mensal de gestão;
- assinar os relatórios mensais e trimestrais e as prestações de contas, e responder às notificações e aos planos de providências;
- autorizar as despesas na alçada do manual do capítulo 12 e homologar as escalas, as requisições de pessoal, os resultados dos processos seletivos e os desligamentos;
- fazer as comunicações prévias à Secretaria — mudança na direção geral, administrativa ou técnica, alteração da estrutura física, aquisições — e autorizar a divulgação de informações;
- representar as unidades perante a Secretaria, o Conselho Municipal de Saúde, os órgãos de controle e a imprensa, e participar das reuniões da Comissão de Monitoramento e Avaliação;
- decidir sobre a suspensão parcial de atividades proposta pelo Diretor Técnico e comunicá-la de imediato à Secretaria.

Requisitos: Superintendente Administrativo e Financeiro do ISAC, designado pela Presidência, com comunicação prévia à Secretaria; sobreaviso da direção; nas ausências, outro superintendente designado pela Presidência.

A Diretoria Geral trabalha com as áreas corporativas da sede, que não são cargos da estrutura das unidades e não entram no quadro de pessoal. O Quadro 23.4 resume o que cada área faz pela parceria.

Quadro 23.4 – Apoio corporativo da sede à parceria

Área da sede	O que faz pela parceria
Gestão Financeira e Contabilidade	Movimenta a conta específica e a conta do piso da enfermagem, programa os pagamentos, concilia, escritura por centro de custo de cada unidade, apura os custos e monta as prestações de contas mensais, trimestrais, anuais e final
Controle Interno e equipe de prestação de contas	A equipe de prestação de contas — a mesma que acompanha as demais unidades do ISAC — assessora a elaboração dos relatórios e das prestações de contas e executa a publicação no Portal de Transparência, em nome da Diretoria Geral; o Controle Interno, independente das unidades, aplica a lista de conferência, testa a despesa por amostragem e dá o visto de liberação antes do protocolo e antes da publicação no Portal de Transparência
Compras e Contratos	Conduz as compras e as contratações pelo regulamento do ISAC, gere os contratos de serviços — apoio diagnóstico, limpeza, lavanderia, alimentação, vigilância, resíduos, manutenção, engenharia clínica e locação da ambulância — e exige a comprovação trabalhista das contratadas
Gente e Gestão	Conduz a seleção pelo Portal de Vagas, a folha, o departamento pessoal, a avaliação de desempenho e a saúde e segurança do trabalho, e orienta os analistas das unidades
Qualidade	Gerência de Qualidade: Norma de Gestão de Documentos, auditorias, indicadores, apoio ao Núcleo de Segurança do Paciente e preparação para a acreditação
Tecnologia da Informação	Central de serviços, sistema de gestão e prontuário eletrônico do capítulo 9, rede, segurança da informação e técnico de suporte presencial em cada unidade
Jurídico e comunicação	Contratos, respostas a órgãos de controle, proteção de dados e comunicação institucional

Encarregado de qualidade e segurança do paciente

Conduz, em cada UPA, a gestão da qualidade e o Plano de Segurança do Paciente, em assessoramento à Diretoria Geral e com o apoio técnico da Gerência de Qualidade do ISAC.

- responder pelo Núcleo de Segurança do Paciente na unidade, como a sua referência local, e integrar o núcleo;
- receber, classificar e investigar as notificações de incidentes e preparar, para o núcleo, a notificação dos eventos adversos ao sistema nacional nos prazos da RDC Anvisa nº 36/2013;
- auditar a adesão aos protocolos assistenciais do capítulo 10 e consolidar os indicadores de prática;
- gerir os documentos da unidade — regimentos, manuais, protocolos e procedimentos — na forma da Norma de Gestão de Documentos do ISAC;
- conduzir as ligações do Projeto Retorno Seguro do capítulo 13 e a sua análise mensal;
- manter o painel de indicadores da unidade e preparar a unidade para a acreditação.

Requisitos: enfermeiro com formação ou experiência em qualidade e segurança do paciente; jornada diária.

23.5.2 Diretoria Técnica de cada unidade

Diretor Técnico

É o Responsável Técnico Médico da UPA e dirige a assistência médica.

- responder pelas condições técnicas de funcionamento da unidade perante o CRM-TO, a vigilância sanitária e a Secretaria;
- credenciar e avaliar os médicos, elaborar e publicar a escala médica e garantir a cobertura médica mínima em todos os plantões;
- coordenar, com a Coordenação de Enfermagem, os protocolos assistenciais, os fluxos e o plano de contingência;
- supervisionar tecnicamente os laudos, a telecardiologia e a comunicação dos resultados críticos do apoio diagnóstico;
- presidir ou integrar as comissões vinculadas à Diretoria Técnica e assegurar o funcionamento da Comissão de Ética Médica;
- responder pela articulação clínica com o Complexo Regulador Estadual, a Central de Regulação das Urgências e os hospitais de referência;
- zelar pelo prontuário, pelos registros e pelo sigilo, e autorizar a retirada de documento assistencial da unidade;
- integrar o colegiado de gestão da unidade e propor à Diretoria Geral a suspensão parcial de atividades quando faltarem condições de funcionamento.

Requisitos: médico com inscrição no CRM-TO e experiência mínima de 12 meses em urgência e emergência; não acumula a Diretoria Clínica nem a Comissão de Ética Médica; jornada diária e sobreaviso técnico de 24 horas.

Diretor Clínico

Eleito pelo Corpo Clínico de cada UPA, representa os médicos da unidade e não está subordinado à Diretoria Técnica.

- zelar pelo exercício ético da medicina e pelas condições de trabalho do Corpo Clínico;
- convocar e presidir a assembleia do Corpo Clínico e as eleições da Comissão de Ética Médica;
- levar à Diretoria Técnica as demandas e as propostas do Corpo Clínico e participar das reuniões clínicas.

Requisitos: membro do Corpo Clínico com direito a voto, no mínimo 12 meses de atuação na unidade e regularidade no CRM-TO, eleito com o vice-Diretor Clínico para mandato de 2 anos, na forma do regimento do capítulo 8; não podem candidatar-se o Diretor Técnico e os membros da Comissão de Ética Médica.

Coordenador médico do plantão

Médico clínico designado pelo Diretor Técnico entre os plantonistas de cada turno, conduz a assistência médica do plantão.

- distribuir os médicos entre as áreas conforme a demanda e acompanhar os tempos de atendimento por cor;
- assegurar a passagem de plantão de médico a médico e a cobertura das ausências;
- acionar o plano de superlotação e dialogar com a regulação nas transferências difíceis;
- acionar o Diretor Técnico em sobreaviso nas decisões que excedam o plantão e registrar as ocorrências.

Requisitos: membro efetivo do Corpo Clínico com no mínimo seis meses de atuação na unidade e experiência em urgência, capacitado em gestão de plantão pelo NEPES; mantém o seu posto assistencial.

Médicos de referência

O Diretor Técnico designa médicos de referência de especialidade — pediatria, ortopedia e ultrassonografia — e de área — sala de estabilização e observação —, sem prejuízo das funções assistenciais.

- apoiar a elaboração das escalas e dos protocolos da sua área;
- apoiar a integração dos novos credenciados e a discussão de casos;
- acompanhar os indicadores da área e participar das auditorias de prontuários;
- articular-se com os serviços de referência da especialidade na rede.

Requisitos: médico do Corpo Clínico, com a especialidade registrada no CRM-TO quando a referência for de especialidade.

Cirurgião-dentista de referência

Designado entre os cirurgiões-dentistas da escala, responde tecnicamente pela odontologia de urgência da unidade.

- manter os protocolos de atendimento odontológico de urgência e de biossegurança;
- organizar a escala do cirurgião-dentista e do auxiliar de saúde bucal;
- controlar os materiais e os instrumentais da odontologia, com o processamento pela CME;
- encaminhar à Atenção Primária e aos serviços especializados os usuários que precisam de continuidade.

Requisitos: cirurgião-dentista com inscrição no Conselho Regional de Odontologia do Tocantins.

23.5.3 Coordenação de Enfermagem de cada unidade

Coordenador de Enfermagem

É o Responsável Técnico de Enfermagem da UPA, dirige o serviço de enfermagem, na forma do regimento do capítulo 7, e coordena o apoio assistencial.

- responder pelo serviço de enfermagem perante o Coren-TO e manter a Anotação de Responsabilidade Técnica e a certidão afixada em local visível;
- dimensionar e escalar a equipe pelos postos do dimensionamento e publicar a escala até o dia 20;
- designar os enfermeiros supervisores de plantão e os enfermeiros de referência de cada área, da CME e do apoio diagnóstico;
- implantar e supervisionar o Processo de Enfermagem e liberar para a escala os profissionais com as habilitações registradas pelo NEPES;
- coordenar o apoio assistencial — Central de Material e Esterilização, laboratório, imagem e eletrocardiografia —, a equipe de enfermagem do transporte sanitário, a vigilância em saúde e o serviço social;
- integrar o colegiado de gestão da unidade e apresentar os indicadores de enfermagem e do apoio assistencial na reunião mensal de gestão.

Requisitos: enfermeiro com registro ativo no Coren-TO, experiência mínima de dois anos em urgência e emergência, dos quais um em coordenação ou supervisão de enfermagem, pós-graduação em urgência e emergência, gestão em saúde ou área correlata (ou compromisso de concluí-la em 24 meses) e capacitação em classificação de risco e em suporte avançado de vida, na forma do regimento do capítulo 7; não acumula a Comissão de Ética de Enfermagem; jornada de 40 horas semanais e sobreaviso de enfermagem.

Enfermeiro supervisor do plantão

Conduz o serviço de enfermagem em cada turno, sem acumular a classificação de risco nem a sala de estabilização.

- fazer rondas a cada 2 horas e distribuir os técnicos conforme a ocupação das áreas;
- cobrir as ausências, com prioridade para os postos críticos, recompostos em até 2 horas;
- conduzir as intercorrências do plantão e acionar o Coordenador de Enfermagem em sobreaviso;
- liberar os leitos após a limpeza terminal e supervisionar tecnicamente as remoções da ambulância;
- conduzir a passagem de plantão estruturada.

Requisitos: enfermeiro com no mínimo 12 meses no serviço, ou 6 meses com experiência anterior em supervisão, e habilitação de supervisão de plantão registrada pelo NEPES.

Enfermeiros de referência de área

Um enfermeiro responde, em cada plantão, por cada área assistencial — classificação de risco, sala de estabilização, observação adulta, observação pediátrica e medicação e procedimentos.

- supervisionar diretamente os técnicos de enfermagem lotados na área (Lei nº 7.498/1986, art. 15);
- aplicar o Processo de Enfermagem, garantir a reavaliação dos usuários em observação e a checagem das prescrições;
- manter os registros da área no prontuário eletrônico e notificar os incidentes;
- exercer, quando designado, a referência temática em classificação de risco, segurança do paciente, controle de infecção ou resíduos.

Requisitos: enfermeiro com a habilitação da área registrada pelo NEPES.

Enfermeiro responsável pela CME

Responde pelo processamento dos materiais da unidade, na forma do capítulo 3.

- garantir o fluxo unidirecional e a rastreabilidade por lote de todo artigo processado;
- monitorar cada ciclo das autoclaves com os indicadores físicos, químicos e biológicos;
- organizar a distribuição ativa por kits e a escala dos técnicos da CME;
- acompanhar a qualificação anual dos equipamentos com a engenharia clínica contratada e o Coordenador Administrativo.

Requisitos: enfermeiro com capacitação em processamento de produtos para a saúde (RDC Anvisa nº 15/2012).

Enfermeiro de referência do apoio diagnóstico

Designado entre os enfermeiros da escala, acompanha no dia a dia a operação do laboratório, da imagem e da eletrocardiografia e a interface com as empresas contratadas.

- acompanhar os tempos de resultado de cada modalidade e prioridade e acionar as empresas quando um tempo escorregar;
- organizar com o laboratório a coleta nas áreas e, na sala de estabilização, a coleta pela enfermagem;
- garantir a realização do eletrocardiograma nos tempos dos protocolos e o envio à telecardiologia;
- apoiar o Coordenador Administrativo no atesto mensal dos contratos, com os indicadores de tempo e de recoleta.

Requisitos: enfermeiro com experiência em urgência e emergência; a responsabilidade técnica do laboratório e da radiologia permanece com os responsáveis técnicos das empresas contratadas.

Referência técnica de vigilância em saúde

Mantém o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da unidade e a ligação com a vigilância municipal.

- fazer a busca ativa e a notificação dos agravos de notificação compulsória e das violências;
- investigar os casos sob sua responsabilidade e encaminhar os dados à vigilância da Secretaria nos prazos;
- acompanhar os indicadores epidemiológicos da unidade e alertar a direção sobre surtos e sazonalidades;
- capacitar as equipes nas fichas e nos fluxos de notificação.

Requisitos: profissional de nível superior da área da saúde, de preferência enfermeiro; jornada diária.

Assistente social de referência

Designado entre os assistentes sociais da escala de 24 horas, organiza o serviço social da unidade, preservada a autonomia técnica da profissão (Lei nº 8.662/1993).

- conduzir a contrarreferência ativa dos grupos prioritários do capítulo 21 e a relação diária com as unidades de saúde;
- articular a rede socioassistencial e os encaminhamentos dos usuários em vulnerabilidade;
- apoiar a notificação das violências, com a vigilância em saúde;
- apoiar as famílias nas situações de óbito, de usuário sem identificação e de permanência de acompanhante.

Requisitos: assistente social com inscrição no Conselho Regional de Serviço Social.

23.5.4 Gerência de cada unidade

Gerente da Unidade

É o responsável administrativo-financeiro da UPA e coordena o colegiado de gestão da unidade. Conduz o funcionamento diário nas áreas administrativa, de apoio e hoteleira e apoia a Diretoria Técnica e a Coordenação de Enfermagem no funcionamento das áreas assistenciais.

- executar o orçamento da unidade, analisar os custos, propor correções e atestar o recebimento de bens e serviços;
- instruir as despesas da unidade, com os documentos identificados pelo número da parceria, e o relatório mensal de execução, na forma e nos prazos do manual do capítulo 12;
- coordenar o colegiado de gestão da unidade, a reunião semanal e a reunião mensal de gestão, e levar à Diretoria Geral o que o colegiado não resolver;
- dirigir a Coordenação Administrativa, a recepção e o faturamento e o setor local de Gente e Gestão, e dar o apoio administrativo da Ouvidoria;
- garantir o suprimento de materiais, medicamentos, gases medicinais e serviços de apoio, e solicitar à sede as compras e as contratações necessárias;
- acompanhar em tempo real a ocupação, as esperas e as intercorrências operacionais, e acionar o plano de contingência no que lhe compete;
- manter atualizados as licenças, os alvarás e o CNES, publicar as escalas no mural, receber as visitas de fiscalização e exercer o sobreaviso administrativo.

Requisitos: nível superior, com experiência mínima de 12 meses em gestão de unidade de saúde; designação pela Presidência do ISAC, com comunicação prévia à Secretaria; jornada diária.

Coordenador Administrativo

Substitui o Gerente nas ausências e conduz a farmácia, o suprimento e os serviços de apoio da unidade.

- coordenar a farmácia e o almoxarifado como um só ciclo de suprimento — programação, recebimento, armazenamento, estoque mínimo, rastreabilidade e inventário —, preservada a autonomia técnica do farmacêutico responsável técnico;
- coordenar a hotelaria — higienização, lavanderia e rouparia, alimentação e coleta interna de resíduos —, com o encarregado da rouparia e o nutricionista responsável técnico do serviço de alimentação;
- coordenar o patrimônio e o transporte: inventário e etiquetagem dos bens, escala dos condutores, checklist, combustível e quilometragem da ambulância;

- coordenar a portaria e o controle de acesso e fiscalizar os contratos de vigilância, de apoio diagnóstico, de manutenção e de engenharia clínica, com a Coordenação de Enfermagem e o Diretor Técnico na parte operacional e técnica;
- acompanhar na unidade os chamados de manutenção e de tecnologia até o fechamento e consolidar os indicadores dos contratos para o atesto mensal.

Requisitos: nível superior, com experiência em administração de serviços de saúde; jornada diária.

Farmacêutico responsável técnico

Designado entre os farmacêuticos da unidade, responde pela farmácia perante o Conselho Regional de Farmácia e a vigilância sanitária; integra a Coordenação Administrativa no ciclo de suprimento e conserva a autonomia técnica da profissão.

- responder pela guarda e pela escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/1998);
- garantir a avaliação farmacêutica das prescrições e a dispensação por dose individualizada e por cota de setor;
- manter os kits dos protocolos tempo-dependentes e a reposição do carro de emergência;
- conduzir a farmacovigilância e o inventário mensal, e secretariar a Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Requisitos: farmacêutico com inscrição no Conselho Regional de Farmácia do Tocantins.

Líder de recepção, SAME e faturamento

Função designada pelo Gerente entre os recepcionistas e faturistas da unidade, sem posto adicional.

- organizar a recepção nas 24 horas, com o cadastro feito depois da classificação de risco, e o funcionamento do totem e dos painéis;
- manter o arquivo e a disponibilização dos registros nos prazos do capítulo 5;
- gerar a produção nos sistemas oficiais, conferir as inconsistências e acompanhar as glosas.

Requisitos: faturista ou recepcionista da unidade com experiência em faturamento ambulatorial do SUS.

Analista de Gente e Gestão

Responde pelo setor local de Gente e Gestão, sob a orientação técnica da área de Gente e Gestão da sede.

- conferir as escalas, o ponto e a frequência e lançar as ocorrências;
- conduzir na unidade as admissões, os desligamentos e a integração antes do primeiro plantão;

- acompanhar o absenteísmo e apoiar as coordenações na cobertura das ausências;
- acompanhar a saúde ocupacional e os exames periódicos.

Requisitos: nível superior em Administração, Psicologia ou área afim; jornada diária.

Ouvidor

Recebe e trata as manifestações dos usuários, na forma do capítulo 16, com acesso direto ao Diretor Geral.

- receber, registrar e encaminhar as manifestações e responder ao manifestante em até 15 dias;
- articular-se com a Ouvidoria do SUS Municipal;
- conduzir a pesquisa de satisfação e apresentar os resultados na reunião mensal de gestão;
- levar diretamente ao Diretor Geral as manifestações sobre a gestão da própria unidade.

Requisitos: profissional de nível superior designado formalmente, com capacitação em ouvidoria pública e carga horária definida no quadro de pessoal do capítulo 22.

23.6 Como a estrutura é mantida

O organograma é aprovado com o regimento interno do capítulo 6, nas alçadas da Norma de Gestão de Documentos do ISAC, antes do início da operação, e é afixado na recepção de cada unidade e publicado na página da parceria. Os titulares do segundo nível são designados no Plano de Trabalho, e qualquer mudança na direção geral, administrativa ou técnica é comunicada previamente à Secretaria Municipal da Saúde. A criação, a fusão ou a extinção de um cargo, ou a mudança de uma linha de subordinação, só se fazem por revisão do regimento interno, com a mesma comunicação.

ÁREA DE QUALIDADE · POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO

24 Gestão de pessoas

Uma Unidade de Pronto Atendimento é, antes de tudo, o trabalho das pessoas que a mantêm aberta dia e noite. O tempo que um usuário classificado como amarelo espera pelo médico, a segurança de uma medicação na sala de observação e a qualidade da conversa com a família de um paciente grave dependem de quem foi selecionado para aquele posto, de como essa pessoa foi recebida e preparada, de como é acompanhada no dia a dia, de como a unidade reage quando alguém falta e de quanto tempo leva para repor quem sai. Nas UPAs Norte e Sul de Palmas, que juntas realizam cerca de 850 atendimentos por dia em regime ininterrupto, um posto descoberto por algumas horas se transforma rapidamente em fila na classificação de risco ou em sobrecarga na sala de estabilização.

Por isso, a gestão de pessoas proposta pelo ISAC não será criada para este contrato. Ela aplica normas que o Instituto já pratica nas 18 unidades que administra em seis estados, aprovadas pelas suas instâncias de governança, publicadas no sítio institucional e verificadas em processos externos de acreditação. As UPAs Trapiche da Barra e Benedito Bentes, em Maceió, alcançaram o nível de excelência da Organização Nacional de Acreditação em 2024, e a UPA Santa Lúcia, também em Maceió, foi reconhecida em 2025 pelo Great Place to Work como o melhor lugar para trabalhar na saúde do Brasil entre as instituições de médio e grande porte. São resultados que não se obtêm sem regras claras de seleção, integração, avaliação e cuidado com os trabalhadores.

Quadro 24.1 – Normas institucionais aplicadas às UPAs

Instrumento institucional	Aprovação e vigência	O que disciplina
Política de Gestão de Pessoas (POL.DGP.SED.001, versão 02)	Aprovada pela Presidência do ISAC, publicada em 12/11/2025, com revisão prevista para 12/11/2027	Princípios, planejamento da força de trabalho, seleção por competências, retenção, avaliação de desempenho, desenvolvimento, diversidade, saúde e qualidade de vida no trabalho
Regulamento de Contratação de Pessoal	Aprovado pelo Conselho de Administração em 14/01/2020 e registrado em cartório	Requisição de pessoal, competências, divulgação por edital, etapas da seleção, regime de contratação e readmissão
Política de Consequências (POL-CON, versão 02)	Vigente desde 16/06/2021	Apuração de irregularidades, gradação de medidas disciplinares, sigilo, não retaliação e canal de denúncias
Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses	Versão 2, de 16/06/2021, aprovada pelo Conselho de Administração	Condutas esperadas, vedação de nepotismo e de conflito de interesses, tolerância zero a assédio e discriminação
Programa de Prevenção e Enfrentamento à Agressão Física, Moral ou Psicológica (PRO.DGP.SED.005, versão 02)	Publicado em 21/07/2026, com revisão prevista para 21/07/2027	Conduta diante de agressões de usuários, acompanhantes ou terceiros e apoio institucional ao profissional agredido

Fonte: isac.org.br (Políticas e Regulamentos).

O texto a seguir acompanha a trajetória do profissional nas unidades. Começa pela forma como a vaga é aberta, divulgada e preenchida, passa pela contratação, pela admissão e pela integração do novo profissional, trata da avaliação periódica do seu desempenho, da organização das escalas, das condutas diante do absenteísmo e da cobertura de cada ausência, e termina no desligamento e na reposição do posto, com os prazos máximos que o ISAC assume. Fecham a parte as regras de convivência e de cuidado com os trabalhadores, os riscos e as contingências, os indicadores de acompanhamento e o cronograma de implantação. Os formulários e modelos citados ao longo do texto estão reunidos nos anexos desta parte.

1. Requisição – planejamento da força de trabalho

A jornada começa com a identificação da necessidade de contratação pela área demandante, considerando o dimensionamento de pessoal, o quadro aprovado, o perfil do cargo, a jornada e a disponibilidade orçamentária. A abertura da vaga ocorre mediante requisição e aprovação da direção da unidade, o que garante que a contratação esteja alinhada à estrutura e às necessidades assistenciais e administrativas.

2. Seleção – competências e aderência ao perfil

O processo seletivo busca identificar profissionais com competências técnicas e comportamentais compatíveis com o perfil do cargo e com os valores institucionais. Conforme a natureza da contratação, são observados os procedimentos de recrutamento e seleção aplicáveis, com publicação de edital no Portal de Vagas, avaliação teórica e entrevistas por competências, assegurando critérios objetivos e rastreabilidade do processo.

3. Admissão – conformidade e segurança para o início das atividades

Após a aprovação, são realizados os procedimentos admissionais: documentação, exame admissional com emissão do atestado de saúde ocupacional, formalização contratual e registros necessários, inclusive no CNES. O profissional somente inicia as suas atividades após cumprir os requisitos legais, ocupacionais e institucionais da função.

4. Integração – conhecimento da instituição e preparação para a função

O novo profissional participa da integração institucional e setorial, em que conhece a cultura, as normas, as políticas, o Código de Conduta, os fluxos e as responsabilidades. A integração reúne os conteúdos de RH e Departamento Pessoal, NEPES, controle de infecção, saúde e segurança no trabalho, tecnologia da informação e demais áreas, com ênfase na qualidade assistencial e na segurança do paciente. No setor, o gestor e o padrinho complementam a integração com orientações específicas sobre processos, rotinas, protocolos e atribuições do cargo.

5. Experiência – acolhimento, adaptação e acompanhamento

Os primeiros meses são dedicados à adaptação e ao acompanhamento sistemático do profissional. O acolhimento pela liderança e o Programa de Apadrinhamento apoiam a inserção na equipe e o aprendizado das atividades, favorecendo autonomia progressiva e

segura. O desempenho é acompanhado formalmente nas avaliações do período de experiência, aos 45 e aos 90 dias, o que permite identificar potencialidades, dificuldades e necessidades de intervenção antes da conclusão do período.

6. Desenvolvimento – desempenho e evolução profissional

Consolidado na função, o profissional passa a um ciclo contínuo de desenvolvimento. A avaliação de desempenho, os feedbacks estruturados e, quando necessário, o plano de desenvolvimento individual (PDI) direcionam as oportunidades de melhoria. As necessidades identificadas orientam as ações de capacitação, a educação permanente e os programas de desenvolvimento de lideranças, e permitem acompanhar a evolução do profissional e a sua contribuição para os resultados institucionais.

7. Cuidado – saúde, segurança e experiência do profissional

Ao longo de todo o vínculo, o ISAC acompanha a saúde ocupacional, a segurança, o clima organizacional e os fatores psicossociais relacionados ao trabalho. Esse cuidado envolve ações de saúde e segurança no trabalho, acompanhamento dos riscos ocupacionais, pesquisa de clima, perfil epidemiológico, prevenção do assédio, promoção da segurança psicológica e iniciativas de qualidade de vida. Indicadores como absenteísmo, rotatividade, clima e eNPS apoiam a identificação de riscos e a definição de ações preventivas e de melhoria do ambiente de trabalho.

8. Desligamento – encerramento do ciclo e aprendizado institucional

O encerramento do vínculo é conduzido de forma estruturada, seja por iniciativa do profissional, por término contratual ou por decisão institucional, observando os procedimentos legais e internos. Além das rotinas rescisórias, a entrevista de desligamento permite compreender os fatores da saída e identificar oportunidades de melhoria. As informações consolidadas retroalimentam os processos de gestão de pessoas, como liderança, clima, retenção, recrutamento e o Plano Anual de Treinamentos (PAT), fechando o ciclo da jornada.



Figura 24.1 – Trajetória do profissional nas UPAs

Quadro 24.2 – Organização desta parte

Tema da gestão de pessoas	Onde está nesta parte	Anexos
Normas de recrutamento e seleção, critérios objetivos e divulgação das oportunidades	Recrutamento e seleção	1 e 2
Rotinas de contratação, admissão e integração de novos profissionais	Contratação, admissão e integração	3, 4 e 5
Método de avaliação de desempenho: periodicidade, instrumento e consequências do resultado	Avaliação de desempenho	5, 6 e 7
Elaboração, publicação e controle das escalas	Organização das escalas de trabalho	—
Enfrentamento do absenteísmo: indicador, meta interna e cobertura das ausências	Enfrentamento do absenteísmo	8 e 9
Desligamento e reposição do posto, com prazo máximo de substituição	Desligamento e reposição do posto de trabalho	10

24.1 O modelo de gestão de pessoas nas UPAs

A gestão de pessoas do ISAC é conduzida pela área de Gente e Gestão, que reúne quatro funções: Recursos Humanos, responsável pelo recrutamento, pela seleção, pelo desenvolvimento, pela avaliação e pelo clima organizacional; Departamento Pessoal, responsável pela admissão, pelo registro, pela frequência, pela folha de pagamento, pelos cadastros oficiais e pelo desligamento; Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho, responsável pela saúde ocupacional e pela prevenção de acidentes; e o Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde (NEPES), responsável pela integração, pela capacitação e pelos estágios. A Política de Gestão de Pessoas estabelece essa composição para todas as unidades geridas. Nas UPAs de Palmas, o NEPES é vinculado à Diretoria Geral, na forma do capítulo 14, e cumpre as funções do Núcleo de Educação Permanente em Saúde

exigido pelo item 10.1 do Termo de Referência e conduz o Programa de Educação Permanente do capítulo 25.

24.1.1 Estrutura nas unidades e apoio da sede

Em Palmas, a área funciona com um setor de Gente e Gestão em cada UPA, subordinado à Gerência da Unidade, com orientação técnica e apoio permanente da área de Gente e Gestão da sede do ISAC. O setor local cuida do que exige presença e rapidez: acompanhamento das escalas e da frequência, condução dos processos seletivos, admissões e desligamentos, atendimento aos profissionais, integração, apoio às coordenações nas avaliações e nos feedbacks, saúde ocupacional e investigação de acidentes. Também confere e lança na unidade as informações da folha de pagamento, que é fechada pela sede, e acompanha o controle de ponto e de jornada, a gestão de benefícios, férias e afastamentos, os processos admissionais e rescisórios e o cumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias e acessórias, assegurando a conformidade dos processos de Departamento Pessoal.

A sede define e padroniza as políticas, as diretrizes, os programas e os processos institucionais, e estabelece e monitora indicadores, metas e resultados para a análise crítica e a melhoria contínua. Orienta e acompanha tecnicamente os setores de Gente e Gestão das unidades, conduz as estratégias de desempenho, desenvolvimento, clima, reconhecimento, retenção e desenvolvimento de lideranças, consolida os resultados das unidades e reporta à alta gestão os indicadores, os riscos, as oportunidades e os planos de ação, integrando a gestão de pessoas às áreas corporativas, assistenciais e de qualidade.

Quadro 24.3 – Atribuições da unidade e da sede

Função	Setor de Gente e Gestão da UPA	Área de Gente e Gestão da sede
Recrutamento e seleção	Abre a requisição com a coordenação e obtém a aprovação da direção; publica o edital, conduz as etapas, publica os resultados e mantém o cadastro reserva; participa das entrevistas; organiza a convocação e a admissão	Garante que as contratações sigam o dimensionamento da unidade e os padrões salariais
Departamento Pessoal	Recebe documentos, controla ponto e escalas, atualiza o CNES, atende os profissionais; lança as informações da folha, fechada pela sede, e prepara o eSocial, as rescisões, as obrigações legais e o demonstrativo do piso da enfermagem	Garante a conformidade e a padronização dos processos trabalhistas: fechamento de impostos e encargos, emissão e conferência de guias, relatórios gerenciais e auditoria da folha (rubricas, banco de horas, horas extras, adicionais e benefícios); confere admissões, férias, afastamentos e desligamentos
Saúde e segurança no trabalho	Exames ocupacionais, vacinação, investigação de acidentes, ergonomia, CIPA e acompanhamento de atestados; elaboração dos programas legais (PGR, PCMSO, LTCAT e laudo de insalubridade e periculosidade); acompanhamento do mapeamento de riscos psicossociais da unidade, com planos de ação junto ao RH; ações de qualidade de vida e perfil epidemiológico dos profissionais	O SESMT corporativo define, padroniza e monitora as ações de saúde e segurança no trabalho e a gestão dos programas legais; identifica e monitora os riscos ocupacionais, inclusive os psicossociais; conduz ações de qualidade de vida e promoção da saúde a partir do perfil epidemiológico dos profissionais
Educação permanente (NEPES)	Executa a integração institucional e setorial, as capacitações, os treinamentos obrigatórios e as ações de educação permanente, com registro de participação	Define diretrizes, consolida o Plano Anual de Treinamentos (PAT), estrutura trilhas de aprendizagem e de educação a distância e monitora adesão, certificações e indicadores de capacitação
Desenvolvimento e clima	Executa e acompanha as avaliações de desempenho, os feedbacks e os PDIs, apoiando gestores e profissionais; apoia a aplicação da pesquisa de clima, mobiliza as equipes e executa os planos de ação	Define e monitora os ciclos de avaliação de desempenho de profissionais, lideranças e corpo clínico, as diretrizes de PDI e a Jornada da Liderança; estrutura e monitora a pesquisa de clima, o engajamento (eNPS) e os planos de ação corporativos

O setor local de cada UPA é conduzido pelo analista de Gente e Gestão, que responde ao Gerente da Unidade e recebe orientação técnica da área de Gente e Gestão da sede, e conta com dois assistentes de departamento pessoal e um técnico de segurança do trabalho. Em cada UPA, um enfermeiro de referência em educação conduz localmente as ações do NEPES; a coordenação do núcleo é exercida, como função e sem posto adicional, por um deles, designado pelo Diretor Geral, com o apoio da área de Gente e Gestão da sede. Os quantitativos, a carga horária e a remuneração desses cargos constam do quadro de pessoal do capítulo 22 e do organograma do capítulo 23. Não há cobertura cruzada de postos entre as unidades nem cargo de gestão comum às duas, e cada profissional é cadastrado no CNES da unidade em que atua. A única exceção é o serviço de ultrassonografia: o ultrassonografista, médico credenciado como pessoa jurídica, como os demais médicos, é o mesmo profissional

nas duas UPAs, com 6 horas diárias em cada uma, e é cadastrado no CNES de ambas, com a carga horária de cada uma.



Figura 24.2 – Estrutura de Gente e Gestão

24.1.2 Princípios

A Política de Gestão de Pessoas orienta todas as decisões sobre pessoas por seis princípios: legalidade, impessoalidade, transparência, valorização do trabalho humano, ética e integridade, equidade e inclusão. Na prática, isso significa que a vaga é preenchida por quem demonstra, em critérios conhecidos de antemão, estar mais preparado para ela; que as regras valem igualmente para todos, inclusive para quem já trabalha nas unidades; que as decisões são registradas e podem ser conferidas; e que o profissional é tratado como alguém a ser desenvolvido e cuidado, e não apenas como um posto a ser preenchido.

Como os recursos são públicos, o processo seletivo do ISAC é um instrumento de transparência e de impessoalidade, como exige o Termo de Referência. Ele não constitui concurso público, não gera vínculo com a Administração nem estabilidade, e os profissionais selecionados são empregados do Instituto, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou prestadores de serviço contratados na forma descrita adiante.

24.1.3 Quem decide o quê

As decisões sobre pessoas seguem as competências definidas na Política de Gestão de Pessoas e no Regulamento de Contratação de Pessoal. A divisão evita tanto a concentração de decisões na sede, que tornaria lenta a resposta a uma vaga aberta, quanto a decisão isolada do gestor, que abriria espaço para escolhas pessoais:

Quadro 24.4 – Competências nas decisões sobre pessoas

Instância	Decisões sobre pessoas
Presidência e Superintendência do ISAC	Aprovam as políticas e os regulamentos; a Presidência designa a comissão de seleção da mobilização inicial; indica diretores e responsáveis técnicos; decide os casos omissos
Diretor Geral das UPAs	Aprova as requisições de pessoal; homologa os resultados dos processos seletivos da unidade; avalia desligamentos sem justa causa; aprova o plano anual de gestão de pessoas da unidade
Diretor Técnico	Credencia e descredencia os médicos; avalia o corpo clínico; aprova a escala médica
Coordenações de setor	Abrem a requisição de pessoal; participam das entrevistas; elaboram as escalas; avaliam o desempenho da equipe; conduzem as conversas de retorno após ausências
Setor de Gente e Gestão	Confere as requisições; conduz as etapas do processo seletivo; executa a admissão e o desligamento; consolida os indicadores; apoia as lideranças; zela pelo cumprimento das normas
Profissional	Cumpre a escala e as normas; comunica ausências com antecedência; participa da avaliação e do seu plano de desenvolvimento; usa os canais de escuta e de denúncia

Fonte: normas institucionais do ISAC.

24.1.4 Planejamento da força de trabalho

O ponto de partida da gestão de pessoas é o dimensionamento das equipes, apresentado nos capítulos 18 e 22 e construído a partir da demanda real das duas unidades. O dimensionamento, porém, não é um número fixado uma vez. O setor de Gente e Gestão compara todo mês o quadro efetivo com o quadro previsto, por setor, turno e categoria, e acompanha os sinais de que ele precisa de ajuste: horas extras recorrentes em um setor, espera acima do tempo-alvo em determinado horário, absenteísmo concentrado num turno ou afastamentos prolongados que se acumulam. Quando um ajuste se mostra necessário, a proposta é levada à Secretaria Municipal da Saúde, com a memória de cálculo, antes de qualquer alteração do quadro.

O planejamento também considera o calendário das unidades. As UPAs de Palmas têm picos de procura em abril, maio e outubro e vales em fevereiro e julho, com maior volume às segundas-feiras e entre 8h e 10h. Por isso, as férias das equipes assistenciais são programadas preferencialmente nos meses de menor demanda, e nos meses de pico a concessão de férias é limitada a uma parcela reduzida de cada setor. As capacitações presenciais mais longas também evitam os meses e os horários de maior procura.

Cada cargo tem descrição formal, com a formação e o registro exigidos, as atribuições, a quem se reporta e as competências e entregas esperadas. As descrições são as mesmas usadas no organograma do capítulo 23, nos editais de seleção e nos formulários de avaliação de desempenho, o que dá coerência a todo o ciclo: o profissional é selecionado, integrado e avaliado pelas mesmas competências.

24.1.5 Marco legal e normativo

Além das normas internas, a gestão de pessoas das UPAs observa a legislação trabalhista, previdenciária e sanitária e as obrigações específicas do Termo de Colaboração:

Quadro 24.5 – Principais normas observadas na gestão de pessoas

Norma	Como se aplica às UPAs
Consolidação das Leis do Trabalho e convenções coletivas das categorias no Tocantins	Regime de contratação, jornada, escala 12x36, adicionais, pisos salariais e contribuição assistencial patronal e laboral
Lei nº 14.434/2022 (piso salarial nacional da enfermagem)	Remuneração de enfermeiros e técnicos de enfermagem e demonstrativo mensal por profissional (TR, item 9.9)
Normas Regulamentadoras nº 1, 5, 7 e 32	Gerenciamento de riscos ocupacionais, CIPA, controle médico de saúde ocupacional e segurança nos serviços de saúde, inclusive vacinação
Lei nº 8.213/1991, art. 93, e Lei nº 10.097/2000	Cota de pessoas com deficiência e de aprendizes
Lei nº 14.611/2023	Igualdade salarial e critérios remuneratórios entre mulheres e homens, com relatório semestral por estabelecimento
Lei nº 13.709/2018 (LGPD)	Tratamento dos dados de candidatos e empregados, inclusive dados de saúde e resultados de avaliações
Termo de Referência, itens 10.2, 22 e 24	Seleção impessoal com cadastro reserva, cadastros no CNES, saúde ocupacional, transição e integração dos servidores municipais cedidos

24.1.6 Sistemas de informação

A gestão de pessoas se apoia em sistemas integrados, para que a mesma informação não seja digitada duas vezes e para que escala, frequência, folha e cadastro oficial possam ser conferidos entre si. O Portal de Vagas registra inscrições, notas e resultados de cada processo seletivo. O sistema de ponto eletrônico, com registro biométrico ou por reconhecimento facial, alimenta o espelho de frequência e a folha de pagamento, que por sua vez gera os eventos do eSocial. As escalas mensais são elaboradas no mesmo sistema, o que permite comparar a escala planejada com a efetivamente cumprida. O cadastro de cada profissional no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é mantido pelo Departamento Pessoal da unidade e conferido mensalmente com esses registros, como detalhado adiante.

24.1.7 Relação com a Secretaria Municipal da Saúde

A gestão de pessoas é também matéria de prestação de contas. O ISAC mantém controle mensal individualizado da composição das equipes de cada unidade, distinguindo os empregados contratados pelo Instituto, os profissionais sob regime de pessoa jurídica e os servidores municipais eventualmente disponibilizados, com o registro dos afastamentos, das substituições, das vacâncias e das cargas horárias previstas e cumpridas, como determina o item 24.7 do Termo de Referência. Esse controle integra o relatório mensal de execução, junto com os indicadores de gestão de pessoas. O Instituto comunica previamente à Secretaria qualquer proposta de alteração da direção geral, administrativa ou técnica das unidades, publica mensalmente a escala médica e multiprofissional em mural visível ao público, com

nome, especialidade e horário de cada profissional, e encaminha até o quinto dia útil de cada mês o demonstrativo analítico do piso da enfermagem, junto com a comprovação mensal da quitação dos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais exigida pelo item 10.2 do Termo de Referência. No prazo de 45 dias da assinatura do Termo de Colaboração, o ISAC encaminha à Secretaria o manual de gestão de pessoas das unidades, previsto no item 10.4 do Termo de Referência, que consolida as normas descritas nesta parte.

24.2 Recrutamento e seleção

A seleção é a decisão de gestão de pessoas com efeito mais duradouro. Um processo bem feito coloca no plantão profissionais preparados para a pressão de uma porta de urgência e reduz o absenteísmo, a rotatividade e os erros nos meses seguintes. Por isso, o ISAC seleciona por competências técnicas e comportamentais, com critérios objetivos definidos antes da abertura de cada processo, aplicados da mesma forma a todos os candidatos e divulgados no próprio edital, como estabelecem a Política de Gestão de Pessoas e o Regulamento de Contratação de Pessoal.

24.2.1 Critérios objetivos

Cada processo seletivo nasce de uma descrição de cargo, que define a formação exigida, o registro profissional, a experiência desejada, as atribuições e as competências esperadas. A partir dela, a equipe de seleção fixa, antes da publicação do edital, os requisitos eliminatórios, o conteúdo programático da prova e os critérios da entrevista. Nada disso muda depois de aberto o processo. A pontuação é atribuída em formulários padronizados, com escala definida e registro das notas de cada avaliador, o que permite reconstituir a decisão a qualquer tempo, inclusive por solicitação da Secretaria Municipal da Saúde ou dos órgãos de controle.

Os requisitos mínimos de cada categoria refletem as normas dos conselhos profissionais, a legislação sanitária e o perfil das UPAs de Palmas, que atendem uma proporção relevante de crianças, de casos ortopédicos e de usuários vindos de municípios vizinhos. A experiência em urgência e emergência não é eliminatória para as categorias de nível técnico, para não fechar a porta a bons profissionais em início de carreira, mas é valorizada na entrevista por competências.

Quadro 24.6 – Requisitos mínimos por categoria profissional

Categoria	Requisitos eliminatórios	Diferenciais valorizados na entrevista
Médico clínico	Graduação em Medicina; registro ativo no CRM-TO	Experiência em urgência e emergência; ACLS, ATLS ou equivalentes; residência em clínica médica ou medicina de emergência
Médico pediatra	Registro ativo no CRM-TO; Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Pediatria	Experiência em pronto-socorro pediátrico; PALS ou equivalente
Médico ortopedista	Registro ativo no CRM-TO; RQE em Ortopedia e Traumatologia	Experiência em pronto atendimento de trauma

Categoria	Requisitos eliminatórios	Diferenciais valorizados na entrevista
Médico ultrassonografista	Registro ativo no CRM-TO; RQE em Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou título de habilitação em ultrassonografia	Experiência em ultrassonografia de urgência (protocolos FAST e point-of-care)
Enfermeiro	Graduação em Enfermagem; registro ativo no Coren-TO	Experiência em urgência; especialização em urgência, emergência ou terapia intensiva; capacitação no Protocolo de Manchester; BLS ou ACLS
Técnico de enfermagem	Curso técnico em enfermagem; registro ativo no Coren-TO	Experiência em urgência ou internação; cursos de atualização; BLS
Técnico de enfermagem do transporte sanitário	Requisitos do técnico de enfermagem	Experiência em atendimento pré-hospitalar ou transporte inter-hospitalar; BLS ou PHTLS
Condutor de veículo de urgência	Idade mínima de 21 anos; habilitação na categoria exigida para o veículo; sem infração grave ou gravíssima nos últimos 12 meses; curso especializado para condutor de veículo de emergência (Código de Trânsito Brasileiro, art. 145)	Experiência na condução de ambulância; capacitação em suporte básico de vida
Assistente social	Graduação em Serviço Social; registro ativo no CRESS	Experiência em serviço de saúde e na rede de proteção social
Farmacêutico	Graduação em Farmácia; registro ativo no CRF-TO	Experiência em farmácia hospitalar ou de urgência
Técnico ou auxiliar de farmácia	Ensino médio completo e curso da área, conforme o cargo	Experiência em dispensação e controle de estoque
Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal	Registro ativo no CRO-TO, na respectiva categoria	Experiência em urgência odontológica
Técnico em radiologia	Curso técnico em radiologia; registro ativo no conselho da categoria	Experiência em serviço de urgência
Cargos administrativos e de apoio	Escolaridade exigida na descrição do cargo	Experiência na função; para o faturamento, experiência nos sistemas SIA e SIH do SUS

24.2.2 Divulgação das oportunidades

Todo processo seletivo é aberto por edital publicado no Portal de Vagas do ISAC (vagas.isac.org.br), acessível a partir do sítio institucional. O portal já concentra os editais das unidades em funcionamento, como o Edital nº 009/2026 da UPA Anatólio Dias Carneiro, em Araguaína, para enfermeiros e técnicos de enfermagem, publicado em 30 de julho de 2026, e os das UPAs de Maceió e de Salvador. Para Palmas, o portal terá uma página própria das UPAs Norte e Sul, com os editais, as convocações e os resultados.

O edital informa, no mínimo, os cargos e o número de vagas, a formação do cadastro reserva, os requisitos de cada cargo, as atribuições, o salário-base, a jornada e a escala, o regime de contratação, o local de trabalho, as etapas com os seus critérios e pesos, o conteúdo programático da prova, os critérios de desempate, as condições para pessoas com deficiência, o prazo e a forma de recurso e o cronograma completo. O prazo de inscrição é de, no mínimo, três dias úteis contados da publicação.

Para alcançar os profissionais de Palmas e da região, a divulgação no portal é complementada por aviso em veículo de grande circulação e no Diário Oficial do Município, como admite o

Regulamento de Contratação de Pessoal, e por comunicação aos conselhos regionais das categorias e às instituições de ensino da área da saúde da capital, e pelas redes sociais do ISAC. Cada edital é comunicado à Secretaria Municipal da Saúde no dia da publicação. As inscrições são feitas pela internet.

24.2.3 Etapas e critérios de avaliação

O processo segue as etapas previstas no Regulamento de Contratação de Pessoal e já aplicadas nos editais do ISAC. Cada etapa tem critério objetivo, resultado publicado com data no Portal de Vagas e, quando eliminatória, prazo de recurso.

Quadro 24.7 – Etapas do processo seletivo

Etapa	Como é realizada	Critério
1. Inscrição	Pelo Portal de Vagas, no prazo do edital, com dados pessoais, escolaridade, cursos e experiência na função	Eliminatória: atendimento aos requisitos do cargo
2. Avaliação teórica	Prova objetiva sobre conteúdo programático publicado previamente, para cargos técnicos e assistenciais	Eliminatória e classificatória: mínimo de 70% de acertos; recurso em até 24 horas do resultado
3. Avaliação coletiva ou entrevista individual	Entrevista técnica e comportamental conduzida pelo RH com o gestor da área, presencial ou virtual, com roteiro padronizado, com no mínimo cinco candidatos por cargo, na ordem de classificação; ou dinâmica de grupo conduzida pela equipe de seleção, quando prevista no edital	Eliminatória e classificatória: mínimo de 70 pontos, com peso 2
4. Comprovação documental	Conferência dos documentos declarados na inscrição e do registro ativo no conselho de classe no Tocantins	Eliminatória

Fonte: Regulamento de Contratação de Pessoal do ISAC.

Avaliação teórica. A prova objetiva cobre conhecimentos do SUS e da Rede de Urgência e Emergência, a ética profissional e os conteúdos técnicos do cargo, como classificação de risco, suporte básico de vida, administração segura de medicamentos, biossegurança e os protocolos de dor torácica, acidente vascular cerebral, sepse e trauma. O gabarito preliminar é publicado no portal, e o candidato pode recorrer em até 24 horas.

Entrevista por competências. É conduzida por um profissional de Recursos Humanos e pelo gestor da área, com roteiro padronizado que combina perguntas técnicas, casos da rotina de uma UPA e perguntas sobre situações vividas pelo candidato. Cada competência (atendimento humanizado, trabalho em equipe sob pressão, comunicação, adesão a protocolos, responsabilidade e compromisso com a segurança do paciente) recebe nota em escala definida, e a nota final é a média dos avaliadores. A experiência na função e em urgência, declarada na inscrição, é explorada e valorizada nessa etapa. O roteiro e a ficha de avaliação estão no Anexo 2.

Quadro 24.8 – Conteúdo da avaliação teórica

Categoria	Conteúdo programático da avaliação teórica
Enfermeiro	Política Nacional de Atenção às Urgências e papel da UPA na rede; Protocolo de Manchester; sistematização da assistência de enfermagem; suporte básico e avançado de vida; protocolos de dor torácica, AVC, sepse e trauma; segurança do paciente e as seis metas internacionais; gestão da equipe no plantão; ética e legislação de enfermagem
Técnico de enfermagem	Sinais vitais e reconhecimento de sinais de gravidade; administração segura de medicamentos e cálculo de doses; suporte básico de vida; prevenção de quedas e de lesão por pressão; biossegurança e resíduos; ética profissional
Técnico de enfermagem do transporte e condutor	Suporte básico de vida; imobilização e transporte seguro; comunicação com a regulação; checagem de veículo e equipamentos; direção defensiva (condutor)
Farmácia	Dispensação e rastreabilidade; medicamentos de alta vigilância; controle de psicotrópicos (Portaria SVS/MS nº 344/1998); armazenamento e validade
Administrativo e recepção	Organização do SUS; cadastro do usuário e Cartão Nacional de Saúde; atendimento ao público; noções de faturamento; proteção de dados

O roteiro da entrevista traduz cada competência em perguntas sobre situações concretas e em evidências esperadas na resposta. Os exemplos abaixo mostram a lógica aplicada; o roteiro completo, por categoria, está no Anexo 2.

Quadro 24.9 – Exemplos do roteiro da entrevista por competências

Competência	Exemplo de pergunta	O que se espera ouvir
Compromisso com a segurança do paciente	Conte uma situação em que você percebeu um erro, seu ou de um colega, antes que chegasse ao paciente. O que fez?	Interrupção do erro, comunicação ao responsável, registro ou notificação, sem busca de culpados
Trabalho em equipe sob pressão	Descreva um plantão em que a unidade ficou lotada. Como você se organizou com a equipe?	Priorização pelo risco, pedido e oferta de ajuda, comunicação com a coordenação
Atendimento humanizado	Um acompanhante exaltado cobra atendimento imediato para um paciente classificado como verde. Como você conduz?	Escuta, explicação clara do critério de prioridade, reavaliação se houver mudança do quadro, calma
Adesão a protocolos	Um médico pede que você administre uma medicação sem prescrição registrada. O que você faz?	Recusa respeitosa, solicitação do registro, conhecimento das regras de prescrição verbal em emergência
Comunicação	Como você passa o plantão de um paciente grave para o colega que chega?	Informação estruturada: situação, histórico, avaliação e recomendação, com checagem do entendimento

24.2.4 Equipe de seleção e integridade do processo

Cada processo seletivo é conduzido por equipe designada pelo setor de Gente e Gestão, formada por profissionais de Recursos Humanos e pelos gestores das áreas com vagas. O avaliador que tiver parentesco, relação de amizade íntima ou inimizade com algum candidato declara-se impedido e é substituído naquele processo. As provas são elaboradas por profissionais da área que não participam da aplicação, guardadas em sigilo até o momento da prova e corrigidas por gabarito. As entrevistas são conduzidas por pelo menos dois avaliadores, que atribuem notas separadamente antes de discuti-las.

Toda a documentação do processo, como edital, inscrições, notas por etapa, fichas de entrevista, recursos e decisões, fica arquivada em meio digital pelo prazo do cadastro reserva e, depois, pelo prazo de guarda aplicável à prestação de contas. A Secretaria Municipal da Saúde e os órgãos de controle têm acesso a esses registros sempre que solicitarem, e o relatório mensal de execução informa os processos abertos, as vagas preenchidas e o tamanho do cadastro reserva de cada cargo.

24.2.5 Prazos de um processo seletivo

Os processos do ISAC são baseados em critérios objetivos e céleres. Na UPA Trapiche da Barra, em Maceió, o Edital nº 019/2026, para recepcionistas, teve o processo iniciado em 5 de junho e resultado e convocação em 8 de junho de 2026. Fora da mobilização inicial, os processos das UPAs de Palmas seguem os prazos de referência abaixo:

Quadro 24.10 – Prazos de referência de um processo seletivo

Etapa	Prazo de referência
Publicação do edital, a partir da aprovação da requisição	Até 2 dias úteis
Inscrições	Mínimo de 3 dias úteis
Avaliação teórica	Até 3 dias úteis após o fim das inscrições
Avaliação em grupo ou entrevistas individuais	Até 3 dias úteis após o resultado da etapa anterior
Resultado final e convocação	Até 2 dias úteis após as entrevistas, depois do prazo de recurso
Análise da comprovação documental	Até 1 dia útil após a convocação
Total, da requisição à convocação	De 7 a 14 dias úteis sem cadastro reserva; convocação imediata com cadastro reserva

24.2.6 Resultado, recursos e cadastro reserva

O resultado final classifica os candidatos como aprovados para início imediato, aprovados em cadastro reserva ou desclassificados, e é publicado no Portal de Vagas. As notas individuais podem ser informadas a cada candidato, sem exposição pública, em respeito à Lei Geral de Proteção de Dados. O desempate favorece, sucessivamente, o candidato com maior tempo de experiência na área e o de maior idade. Cabe recurso de cada etapa eliminatória no prazo do edital, e a decisão é fundamentada e comunicada ao recorrente.

O cadastro reserva é formado em todos os processos e tem validade pelo período de vigência do Termo de Colaboração, como exige o item 10.2 do Termo de Referência, e essa validade consta expressamente dos editais das UPAs de Palmas. É a primeira fonte de reposição de qualquer vaga, sempre na ordem de classificação. O setor de Gente e Gestão acompanha mensalmente o tamanho do cadastro de cada cargo e, quando ele se esgota ou fica abaixo do necessário para as reposições previstas, abre novo processo antes que a falta de candidatos atrase uma substituição.

24.2.7 Garantias e vedações

- **Pessoas com deficiência.** Participam em igualdade de condições, com as adaptações que solicitarem para as provas e as entrevistas. As vagas destinadas ao cumprimento da cota legal têm prioridade de preenchimento, e o SESMT avalia a compatibilidade entre a deficiência e as atribuições do cargo, com as adaptações razoáveis do posto de trabalho.
- **Aprendizes.** A cota legal é cumprida nas funções administrativas, em parceria com instituições de aprendizagem de Palmas.
- **Diversidade.** Os editais não fazem distinção de gênero, raça, idade, orientação sexual, religião ou origem, e a Política de Gestão de Pessoas prevê vagas afirmativas quando estabelecidas pelo Instituto.
- **Parentesco e conflito de interesses.** Em cumprimento ao Código de Ética, não é contratado candidato com parentesco até o terceiro grau com profissional ao qual fique subordinado, nem com dirigentes do ISAC ou com agentes públicos responsáveis pela gestão e pela fiscalização da parceria.
- **Readmissão.** Ex-empregado só é readmitido por novo processo seletivo, depois de pelo menos 90 dias do desligamento e com aprovação do Gerente da Unidade ou da Diretoria Geral, como prevê o Regulamento de Contratação de Pessoal.
- **Proteção de dados.** Os dados dos candidatos são usados somente para o processo seletivo e guardados pelo prazo do cadastro reserva, com acesso restrito à equipe de seleção.

24.2.8 Enfermeiros da classificação de risco

A classificação de risco é a primeira decisão clínica sobre cada usuário e define quanto tempo ele vai esperar. Por isso, os enfermeiros que a realizam passam por critérios adicionais. Na seleção, a experiência em classificação de risco e a capacitação no Protocolo de Manchester são avaliadas com peso 2 na entrevista, que inclui casos de classificação. Depois da admissão, o enfermeiro só é escalado na classificação depois de concluir a capacitação no protocolo adotado pelas unidades, de cumprir plantões supervisionados por um classificador experiente e de ser liberado pelo coordenador de enfermagem. A qualidade da classificação de cada enfermeiro é acompanhada por auditoria amostral de prontuários, com devolutiva individual, e o resultado integra a avaliação de desempenho. Como a UPA Sul tem quatro salas de classificação e a UPA Norte tem três, o número de enfermeiros habilitados para a função em cada unidade é dimensionado para cobrir todas as salas em todos os plantões, inclusive nas ausências.

24.2.9 Corpo clínico

Os médicos das UPAs são contratados como pessoa jurídica, por meio de contrato de prestação de serviços médicos, e ingressam nas unidades por credenciamento ao corpo clínico, como estabelece a Política de Gestão de Pessoas. O credenciamento é individual:

vale para o médico que efetivamente cumprirá os plantões, e não para a empresa. O chamamento para credenciamento é divulgado no Portal de Vagas e permanece aberto durante toda a parceria, para que a escala conte sempre com médicos credenciados disponíveis. O edital de chamamento publica os requisitos de habilitação, os documentos exigidos e os critérios objetivos de análise, e a relação dos médicos credenciados é publicada no portal e atualizada a cada alteração. A distribuição dos plantões entre os credenciados segue critérios também publicados, como disponibilidade declarada, especialidade e resultado da avaliação semestral.

O pedido de credenciamento é dirigido ao Diretor Técnico com a documentação exigida: diploma, registro ativo no CRM-TO, Registro de Qualificação de Especialista para pediatras, ortopedistas e ultrassonografistas, currículo com a experiência em urgência, certificados de suporte avançado de vida, certidão ética do conselho e dados da pessoa jurídica pela qual prestará o serviço. O Diretor Técnico analisa o currículo, entrevista o candidato e, quando necessário, aplica prova de conhecimentos. O médico credenciado assina termo de adesão ao regimento do corpo clínico (capítulo 8), aos protocolos assistenciais e ao Código de Ética do ISAC, e passa pela mesma integração dos demais profissionais antes do primeiro plantão.

A contratação como pessoa jurídica não afasta nenhuma obrigação da parceria: cada médico é cadastrado no CNES da unidade em que atua, com a carga horária real; as escalas são publicadas com nome e horário; a frequência é registrada em ponto; e a despesa integra o limite de 70% de despesas com pessoal, conforme o item 9.7.1.1 do Termo de Referência. O desempenho de cada médico é avaliado semestralmente, como descrito mais adiante, e o resultado é considerado na manutenção do credenciamento.

24.2.10 Seleção interna e lideranças

Para coordenações e demais funções de liderança, o ISAC prioriza a seleção interna, que valoriza quem já conhece a unidade e dá perspectiva de crescimento às equipes. A oportunidade é divulgada a todos os profissionais e, quando pertinente, também externamente. Os requisitos mínimos são desempenho consistente nas avaliações, aderência aos valores institucionais, as qualificações exigidas para a função e a existência de vaga. A decisão é colegiada, entre o RH, a liderança imediata e a área demandante, com registro das razões. Todos os participantes recebem devolutiva estruturada e, quando cabível, um plano de desenvolvimento individual.

Os cargos de direção e as responsabilidades técnicas, que também constam do organograma do capítulo 23, são designados pela Presidência do ISAC, por indicação da Diretoria Geral das UPAs, com base em currículo e experiência comprovada em gestão de serviços de urgência, e qualquer alteração é comunicada previamente à Secretaria Municipal da Saúde.

24.2.11 Serviços terceirizados

Quando um serviço de apoio for executado por empresa contratada, na forma do capítulo 20, o contrato exige da empresa profissionais qualificados e habilitados para a função, com exames

ocupacionais e vacinação em dia, integração às rotinas de segurança e de biossegurança da unidade antes do início das atividades e substituição imediata de trabalhador ausente. O ISAC exige a relação nominal mensal dos trabalhadores alocados e assegura o cadastramento de todos no CNES da unidade, qualquer que seja o vínculo, como determina o item 10.2 do Termo de Referência.

24.2.12 Mobilização inicial das equipes

A assunção das UPAs exige completar as escalas das duas unidades antes do primeiro dia de gestão. Só a equipe de enfermagem, de transporte sanitário e de apoio assistencial de referência do Termo de Referência soma 153 profissionais na UPA Norte e 165 na UPA Sul, aos quais se juntam as equipes administrativas e de apoio do capítulo 22. A escala médica, por sua vez, exige em cada unidade cerca de 608 plantões de 12 horas por mês, além dos plantões diurnos de ultrassonografia.

Para essa mobilização, o Regulamento de Contratação de Pessoal prevê processo seletivo conduzido por comissão de seleção designada pela Presidência do ISAC, com as vagas do dimensionamento desta proposta, e admite o rito simplificado das contratações iniciais, sem a avaliação teórica, preservadas a entrevista por competências e a comprovação documental. O edital é publicado logo após a assinatura do Termo de Colaboração, e o chamamento para credenciamento médico é aberto no mesmo dia.

Os profissionais que já atuam nas UPAs podem participar nas mesmas condições dos demais candidatos. A experiência em urgência, inclusive a adquirida nas próprias unidades, é valorizada na entrevista por competências, sem reserva de vaga, em respeito à impessoalidade. Na prática, esse critério favorece a continuidade de quem já conhece os fluxos, a população e a rede de Palmas, o que reduz o risco da transição.

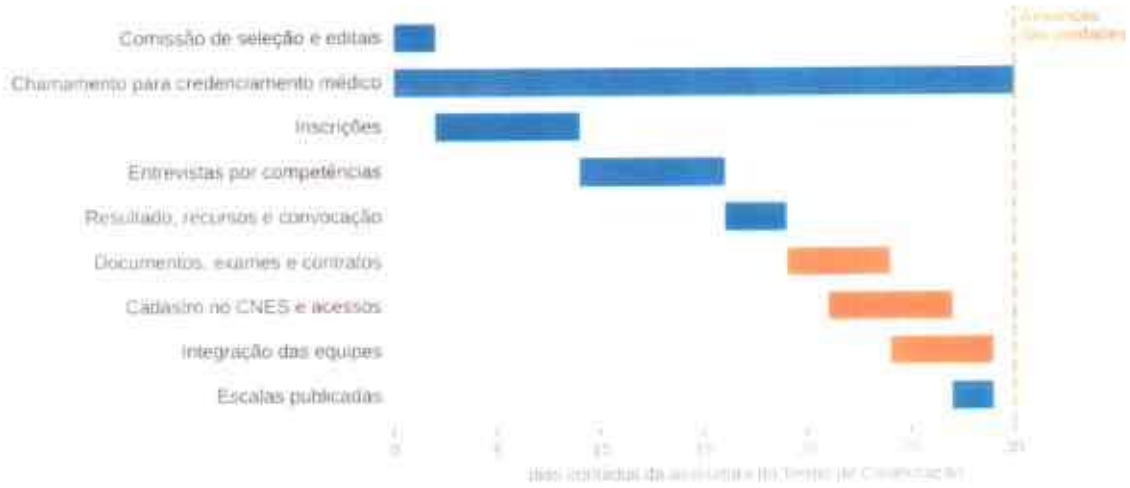


Figura 24.3 – Cronograma da mobilização inicial

A mobilização é conduzida separadamente para cada unidade, porque cada UPA terá o seu quadro, o seu CNPJ de filial e as suas escalas:

Quadro 24.11 – Particularidades da mobilização em cada unidade

Aspecto	UPA Norte	UPA Sul
Equipe de referência do Quadro 7 do TR	153 profissionais, dos quais 40 enfermeiros e 76 técnicos de enfermagem da assistência interna	165 profissionais, dos quais 42 enfermeiros e 86 técnicos de enfermagem da assistência interna
Prioridade na seleção	Três salas de classificação e sala vermelha de seis leitos, um deles pediátrico: prioridade para enfermeiros classificadores e equipe da sala vermelha	Quatro salas de classificação e maior proporção de crianças (16,8% dos atendimentos): prioridade para classificadores e para a equipe da observação pediátrica
Serviço de alimentação	Cozinha de produção de refeições, com equipe própria ou contratada conforme o capítulo 20	Porcionamento e distribuição de refeições
Local de entrevistas e integração	Na própria UPA Norte ou em espaço cedido na região norte da capital	Na própria UPA Sul ou em espaço cedido na região sul da capital

Se, na véspera da assunção, alguma escala ainda não estiver completa, o ISAC mantém o processo seletivo aberto até o preenchimento de todas as vagas e cobre os postos pendentes com plantões extras dos profissionais já admitidos. As providências de pessoal da transição estão articuladas com o plano de 30, 60 e 90 dias do Plano de Trabalho, previsto no item 22 do Termo de Referência.

24.2.13 Comunicação com os trabalhadores na transição

A troca de gestão gera insegurança nos profissionais que já trabalham nas unidades, e a insegurança costuma aparecer como faltas, pedidos de demissão antecipados e perda de informação sobre o funcionamento das UPAs. O plano de transição do Termo de Referência inclui expressamente a comunicação com os trabalhadores, e o ISAC a trata como parte da mobilização:

- **Encontros presenciais em cada UPA**, logo após a assinatura do Termo de Colaboração, nos turnos diurno e noturno, para apresentar o ISAC, o calendário da transição, as regras do processo seletivo e os canais de dúvida.
- **Canal de atendimento exclusivo** para os trabalhadores das unidades durante a transição, com respostas publicadas em perguntas frequentes no Portal de Vagas.
- **Apoio à inscrição**, com o setor de Gente e Gestão presente nas unidades para orientar quem tiver dificuldade com o processo on-line.
- **Levantamento do conhecimento operacional** com as lideranças atuais, com o consentimento delas, sobre rotinas, fornecedores, equipamentos e particularidades de cada unidade, para que a informação não se perca na troca.

24.3 Contratação, admissão e integração

Entre a aprovação no processo seletivo e o primeiro plantão, o novo profissional passa por uma sequência padronizada de etapas que protege a ele, aos usuários e à parceria: a conferência de que está habilitado para a função, a avaliação da sua saúde e da sua imunização, o registro correto nos sistemas oficiais e a preparação para trabalhar com segurança numa unidade que ainda não conhece. Nenhum profissional assume a escala sem ter concluído essas etapas.

24.3.1 Formas de vínculo, jornadas e remuneração

A contratação observa preferencialmente o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, como determina o Regulamento de Contratação de Pessoal. São empregados celetistas do ISAC as equipes de enfermagem, o transporte sanitário, o apoio assistencial, a farmácia, a área administrativa, as coordenações e o setor de Gente e Gestão. Os médicos, como descrito na seção anterior, são contratados como pessoa jurídica e credenciados individualmente ao corpo clínico. Serviços de apoio executados por empresa especializada seguem o regime de execução indicado nas planilhas do Anexo VI.

As equipes assistenciais trabalham em escala de 12 horas de trabalho por 36 de descanso, nos turnos diurno (7h às 19h) e noturno (19h às 7h), que garante a cobertura ininterrupta das duas unidades. As funções administrativas e de coordenação cumprem jornada diária, de segunda a sexta-feira, com escalas de sobreaviso quando necessário. A carga horária de cada categoria, o número de profissionais e a remuneração proposta constam do quadro de pessoal do capítulo 22, que observa os pisos das convenções coletivas aplicáveis no Tocantins, e correspondem às planilhas de custos do Anexo VI; o complemento do piso salarial nacional da enfermagem é tratado à parte, com recursos e conta específicos, fora do valor da proposta.

A contratação de cada empregado começa por contrato de experiência de 45 dias, prorrogável por mais 45, período em que o profissional é acompanhado e avaliado duas vezes, como descrito adiante. O salário é pago até o quinto dia útil do mês seguinte ao trabalhado, e as horas extras, o adicional noturno e os demais adicionais seguem a legislação e a convenção coletiva de cada categoria.

Política de remuneração. Cada cargo tem salário-base definido para a unidade, e não há distinção salarial por gênero, raça, idade ou qualquer outra natureza entre profissionais que exercem a mesma função com trabalho de igual valor, como exigem o art. 461 da CLT e a Lei nº 14.611/2023. A remuneração acompanha os reajustes das convenções coletivas nas respectivas datas-base. Os adicionais de insalubridade, noturno e de horas extras são calculados na forma da legislação, do laudo técnico das condições ambientais de trabalho de cada unidade e das convenções coletivas. Qualquer alteração da política salarial que afete o valor da parceria é submetida previamente à Secretaria Municipal da Saúde.

24.3.2 Requisição de pessoal

Depois da mobilização inicial, toda contratação começa por uma requisição de pessoal, aberta pelo gestor imediato em caso de substituição ou de aumento de quadro previsto no orçamento da parceria. O setor de Gente e Gestão confere se a vaga existe no dimensionamento aprovado e se há cadastro reserva válido, o Gerente da Unidade encaminha e o Diretor Geral das UPAs aprova a requisição. Havendo cadastro reserva, a convocação é imediata; não havendo, abre-se processo seletivo. O formulário de requisição está no Anexo 3.



Figura 24.4 – Da requisição de pessoal ao primeiro plantão

24.3.3 Rotina de admissão

A partir da convocação do candidato aprovado, a admissão segue a sequência abaixo, com responsável e prazo definidos para cada etapa. O checklist de documentos por categoria está no Anexo 4.

Quadro 24.12 – Rotina de admissão

Etapa	O que é feito	Responsável	Prazo
Convocação	Publicação no Portal de Vagas e comunicação por e-mail e telefone, com data, local e documentos exigidos	Gente e Gestão	Até 2 dias úteis após o resultado
Documentação	Entrega e conferência dos documentos pessoais, de escolaridade, de registro profissional ativo e de experiência declarada	Departamento Pessoal	Até 3 dias úteis após a convocação
Exame admissional	Avaliação pelo médico do trabalho, conforme o PCMSO, com verificação e atualização do esquema vacinal exigido pela NR-32	SESMT	Antes da assinatura do contrato
Contrato e registros	Contrato de experiência, registro no eSocial, termo de ciência do Código de Ética e termo de confidencialidade e proteção de dados	Departamento Pessoal	Até o dia anterior ao início das atividades
Cadastro e acessos	Cadastro no CNES, crachá, uniforme, equipamentos de proteção, cadastro no ponto eletrônico e acessos ao prontuário e aos sistemas	Departamento Pessoal e TI	Antes do primeiro plantão
Integração	Integração institucional e no setor, antes do primeiro plantão; acompanhamento por padrinho no primeiro mês; avaliação de aprendizagem e registro de conclusão	NEPES, coordenação do setor e padrinho	Integração antes do 1º plantão; apadrinhamento concluído em 30 dias
Período de experiência	Avaliações pelo gestor imediato aos 45 e aos 90 dias, realizadas com pelo menos 5 dias de antecedência do vencimento de cada período, que definem a prorrogação e a efetivação	Gestor imediato e Gente e Gestão	Dentro dos 90 dias do contrato

Documentos e habilitação. A conferência documental não se limita a receber cópias. O Departamento Pessoal confirma, na página de consulta pública do conselho profissional, que o registro está ativo e sem impedimento no Tocantins, confere os diplomas e os certificados declarados na inscrição e, para os cargos que exigem, verifica a habilitação para dirigir e o curso de condutor de veículo de emergência. A situação do registro profissional é conferida novamente a cada ano para todos os profissionais em atividade.

Saúde ocupacional. O exame admissional segue o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional de cada unidade e considera os riscos do posto, definidos no Programa de Gerenciamento de Riscos. O SESMT verifica o esquema vacinal exigido pela NR-32 (hepatite B, com teste de anticorpos, difteria e tétano, tríplice viral e influenza, entre outras indicadas pelo Programa Nacional de Imunizações) e encaminha o profissional para completar as doses que faltarem. O profissional considerado inapto não é admitido; o que precisa de adaptação tem o posto ajustado antes do início das atividades.

Quadro 24.13 – Documentos exigidos na admissão, por grupo

Grupo	Documentos exigidos na admissão
Todos os profissionais	Documento de identidade e CPF; comprovante de residência; certidão de nascimento ou casamento e documentos dos dependentes; PIS/NIS; título de eleitor; certificado de reservista, quando aplicável; dados bancários; foto; comprovante de escolaridade; cartão de vacinação
Categorias regulamentadas	Diploma ou certificado do curso; carteira e certidão de regularidade no conselho regional do Tocantins; certificados declarados na inscrição
Condutor de veículo de urgência	Carteira Nacional de Habilitação na categoria exigida; certificado do curso especializado para condutor de veículo de emergência; certidão de pontuação da habilitação
Médicos credenciados	Documentos do credenciamento ao corpo clínico; contrato social e cartão CNPJ da pessoa jurídica; certidões de regularidade fiscal da pessoa jurídica; apólice de responsabilidade civil profissional

Nota: checklist completo no Anexo 4.

Termos assinados. Antes do início das atividades, o profissional assina, além do contrato, o termo de ciência do Código de Ética e Conduta e da Política de Consequências, o termo de confidencialidade e de proteção de dados dos usuários, o termo de responsabilidade pelo uso dos sistemas e das senhas pessoais, o termo de recebimento de uniforme, crachá e equipamentos de proteção individual e a ficha de opção de benefícios. Os termos ficam no prontuário funcional digital.

Condições de trabalho. O profissional recebe uniforme, crachá de identificação e os equipamentos de proteção individual adequados ao posto, repostos sempre que necessário. Os benefícios seguem as convenções coletivas das categorias e a política do ISAC, com vale-transporte, alimentação durante o plantão e os demais previstos nas planilhas de custos do Anexo VI.

24.3.4 Registros legais e cadastros oficiais

O profissional é registrado no eSocial antes do início das atividades, e o seu cadastro no CNES é incluído antes do primeiro plantão, com o código da Classificação Brasileira de Ocupações, a carga horária e o tipo de vínculo que correspondem ao que o profissional de fato faz. A mesma regra vale para médicos contratados como pessoa jurídica, para trabalhadores de empresas terceirizadas e para servidores municipais cedidos, como exige o item 10.2 do Termo de Referência. Toda alteração posterior, como mudança de carga horária, de setor, de categoria ou de vínculo, é atualizada no CNES dentro dos prazos operacionais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde.

Uma vez por mês, o Departamento Pessoal de cada UPA confere a base do CNES com as escalas de serviço, os registros de frequência, a folha de pagamento e os contratos de prestação de serviços. As divergências são corrigidas no mesmo mês, e a conferência é registrada no relatório mensal de execução. Para a equipe de enfermagem, essa conferência também sustenta o demonstrativo analítico do piso salarial, que depende de cadastro correto no CNES para a homologação pelo Ministério da Saúde.

O demonstrativo do piso da enfermagem é preparado pelo Departamento Pessoal até o quinto dia útil de cada mês, por unidade e por profissional, com nome, CPF, inscrição no Coren, categoria, código da Classificação Brasileira de Ocupações, carga horária, remuneração praticada, piso correspondente e diferença apurada, como exige o item 9.9 do Termo de Referência. O complemento recebido é pago em rubrica própria da folha, e os recursos são movimentados em conta específica.

24.3.5 Integração

A integração é o primeiro contato formal do profissional com a unidade e com o jeito de trabalhar do ISAC. É conduzida pelo NEPES em três momentos, e o conteúdo programático de cada um consta da matriz de capacitação do capítulo 25:

- **Integração institucional**, com 4 horas, antes do primeiro plantão: o ISAC, a parceria com o Município, o SUS e a Rede de Urgência e Emergência de Palmas, os direitos do usuário, a ética e o código de conduta, a proteção de dados, a segurança do paciente e a biossegurança, a prevenção da violência no trabalho, os direitos e os deveres do empregado e os canais de comunicação e de denúncia.
- **Integração no setor**, de 4 a 6 horas conforme a categoria, também antes do primeiro plantão, conduzida pelo enfermeiro de referência em educação e pela coordenação do setor: fluxos assistenciais e administrativos, rotinas, protocolos, plano de emergência, equipamentos e sistemas de informação, com visita a todas as áreas da unidade.
- **Acompanhamento supervisionado**, no primeiro mês, ao lado de um profissional experiente designado como padrinho, no Programa de Apadrinhamento do ISAC. O enfermeiro só assume a classificação de risco depois de concluir a capacitação no Protocolo de Manchester e de ser liberado pelo coordenador de enfermagem.

A integração institucional e a integração no setor acontecem antes do primeiro plantão, com lista de presença. O acompanhamento pelo padrinho, a avaliação de aprendizagem e o registro de conclusão são finalizados em 30 dias. O padrinho e o gestor imediato acompanham o novo profissional ao longo de todo o período de experiência, esclarecendo dúvidas e antecipando dificuldades, e essas observações alimentam as avaliações dos 45 e dos 90 dias. Na transição da gestão, todos os profissionais das duas unidades passam pela integração, como prevê o cronograma do capítulo 25.

O primeiro mês do profissional nas UPAs segue um roteiro padronizado, que evita que alguém chegue ao plantão sem saber onde estão os equipamentos de emergência, como acionar a regulação ou a quem recorrer:

Quadro 24.14 – Roteiro do primeiro mês

Momento	O que acontece	Com quem
Antes do início	Contrato e termos assinados e registro no eSocial, até o dia anterior ao início das atividades	Departamento Pessoal
Dia 1, manhã	Entrega de uniforme, crachá e equipamentos de proteção; cadastro no ponto e nos sistemas	Departamento Pessoal e TI
Dia 1, tarde	Integração institucional: o ISAC, a parceria, a rede de urgência de Palmas, ética, proteção de dados, segurança do paciente, biossegurança e prevenção da violência	NEPES
Dia 2, antes do primeiro plantão	Integração no setor: visita a todas as áreas, fluxo do usuário, protocolos, carro de emergência, plano de emergência, prontuário eletrônico	Enfermeiro de referência em educação e coordenação do setor
Primeiro mês	Plantões acompanhados pelo padrinho, com lista de verificação das habilidades do posto	Padrinho
Até o 30º dia	Avaliação de aprendizagem da integração e registro da conclusão do apadrinhamento	NEPES e padrinho
45 e 90 dias	Avaliações do período de experiência	Padrinho, gestor imediato e Gente e Gestão

24.3.6 Período de experiência

O contrato de experiência é o período em que o profissional mostra, na prática, o que demonstrou na seleção. O gestor imediato o avalia aos 45 e aos 90 dias, com o formulário do Anexo 5, que considera as mesmas competências da avaliação anual, a adesão aos protocolos e às rotinas, a assiduidade e a pontualidade e a opinião do padrinho. Na avaliação dos 45 dias, o resultado define a prorrogação do contrato e os pontos a desenvolver; na dos 90 dias, a efetivação ou o encerramento do contrato. Nos dois períodos, a avaliação é realizada com pelo menos 5 dias de antecedência do vencimento, para subsidiar a decisão e as providências cabíveis. Em ambos os casos, o profissional recebe devolutiva, e o encerramento é comunicado com as razões.

24.3.7 Movimentações internas

Transferência de setor ou de turno, mudança de função e promoção seguem as mesmas regras de transparência da contratação. O pedido de transferência é registrado pelo profissional ou pelo gestor e atendido conforme a existência de vaga, o desempenho e o tempo na unidade. A mudança de função e a promoção, quando há vaga, são preenchidas por seleção interna, e a mudança que altere os riscos do posto exige exame ocupacional de mudança de risco antes do início na nova função. Toda movimentação é atualizada no mesmo mês no CNES, no ponto e na folha, e o profissional movimentado passa pela integração do novo setor.

24.3.8 Estagiários, residentes e voluntários

Quando indicado pela Secretaria Municipal da Saúde, as UPAs funcionam como campo de prática para estudantes e residentes, no âmbito dos convênios firmados pelo Município com

as instituições de ensino. O NEPES organiza a recepção desses estudantes, confere o termo de compromisso e o seguro, faz a integração às normas de segurança e de biossegurança, define o supervisor de cada grupo entre os profissionais das unidades e controla a frequência. O estudante nunca substitui profissional da escala nem atua sem supervisão, e a quantidade de estudantes por setor é limitada para não prejudicar o atendimento. O ISAC não utiliza trabalho voluntário em atividades assistenciais.

24.3.9 Servidores municipais cedidos

A proposta foi elaborada sobre o dimensionamento integral, como determina o item 24.4.2 do Termo de Referência. Se a Secretaria Municipal da Saúde disponibilizar servidores para atuar nas UPAs, o ISAC os incorpora às equipes na forma do capítulo 24 do Termo de Referência, preservado o vínculo de cada servidor com o Município:

Quadro 24.15 – Integração dos servidores cedidos

Dimensão	Como o ISAC atua
Integração	O servidor passa pela mesma integração institucional e no setor dos demais profissionais e recebe acesso aos sistemas, crachá e uniforme da unidade
Supervisão	O servidor é supervisionado tecnicamente pela coordenação do setor em que atua e observa os protocolos, os fluxos, as normas de segurança do paciente e as rotinas das unidades, respeitadas as atribuições do seu cargo e da sua categoria profissional
Escalonamento	O servidor é incluído na escala mensal da unidade, dentro da carga horária disponibilizada pelo Município, sem alteração de jornada nem designação para função estranha ao cargo
Frequência	A frequência é registrada no mesmo ponto eletrônico da unidade e enviada mensalmente à Secretaria, a quem cabe a gestão funcional e disciplinar do servidor
Controle	O servidor é identificado no controle mensal individualizado das equipes (TR, item 24.7) e na memória de cálculo da dedução do posto equivalente (TR, item 24.5.6)
Redução da força de trabalho	Qualquer redução que comprometa as escalas é comunicada imediatamente à Secretaria (TR, item 24.6.5), e o posto é coberto pelo ISAC pela mesma sequência usada para as demais ausências

24.4 Avaliação de desempenho

A avaliação de desempenho acompanha a evolução de cada profissional, orienta o seu desenvolvimento, alimenta o Plano Anual de Treinamentos (PAT) e dá base objetiva às decisões sobre reconhecimento, seleção interna, efetivação e desligamento, como prevê a Política de Gestão de Pessoas. O ISAC a trata como avaliação das competências comportamentais e técnicas de cada grupo de cargos, acompanhada de feedback estruturado entre o profissional e o seu gestor, apoiada em critérios conhecidos e em evidências do trabalho, e não como um formulário preenchido uma vez por ano. O plano de desenvolvimento individual (PDI) é aberto para os profissionais avaliados abaixo da expectativa do cargo.

24.4.1 Modelo de avaliação

A avaliação combina três dimensões: as competências institucionais, que todo profissional do ISAC deve demonstrar; as competências técnicas do cargo, definidas na descrição de cada

função; e as entregas, medidas por indicadores do setor e por registros objetivos do trabalho individual. Os pesos refletem a natureza assistencial das unidades, em que a técnica e o resultado importam tanto quanto a atitude.

Quadro 24.16 – Dimensões e pesos da avaliação de desempenho

Dimensão	O que se avalia	Peso
Competências institucionais	Ética, respeito e humanização no atendimento, trabalho em equipe, comunicação, compromisso com a segurança do paciente	30%
Competências técnicas do cargo	Domínio das atribuições descritas para o cargo, adesão aos protocolos e às rotinas, qualidade dos registros em prontuário	40%
Entregas e indicadores	Indicadores do setor, conformidade em auditorias (prontuário, higiene das mãos, protocolos), capacitações obrigatórias em dia, assiduidade e pontualidade	30%

24.4.2 Competências por grupo de cargos

As competências técnicas variam conforme o grupo de cargos. O quadro a seguir mostra as que são avaliadas em cada grupo; a lista completa, com a descrição dos comportamentos esperados em cada nível da escala, está no formulário do Anexo 6.

Quadro 24.17 – Competências técnicas por grupo de cargos

Grupo de cargos	Competências técnicas avaliadas
Enfermeiros	Classificação de risco conforme o Protocolo de Manchester; gestão do cuidado na observação e na sala de estabilização; supervisão da equipe técnica; aplicação dos protocolos de dor torácica, AVC, sepse e trauma; registro de enfermagem e passagem de plantão
Técnicos de enfermagem	Administração segura de medicamentos; verificação e registro de sinais vitais; prevenção de quedas e de lesão por pressão; preparo e transporte do paciente; biossegurança e descarte de materiais
Transporte sanitário	Checagem da ambulância e dos equipamentos; condução segura; suporte básico durante o transporte; comunicação com a regulação e com o serviço de destino
Farmácia e apoio assistencial	Dispensação e rastreabilidade; controle de estoque e de validade; orientação ao usuário e à família; articulação com a rede de proteção social
Administrativo e recepção	Cadastro e identificação correta do usuário; faturamento da produção; atendimento ao público; organização e sigilo das informações
Lideranças	Gestão da escala e da cobertura de ausências; alcance das metas da unidade; desenvolvimento da equipe; comunicação com a direção e com a rede; condução de conflitos

24.4.3 Instrumento aplicado

O instrumento é um formulário estruturado, com escala de 1 a 5 para cada competência. Cada nível tem descrição de comportamento observável, para que avaliadores diferentes cheguem ao mesmo resultado diante das mesmas evidências: 1 indica que o profissional não demonstra a competência; 2, que a demonstra de forma eventual e precisa de orientação frequente; 3, que a demonstra na maior parte das situações; 4, que a demonstra de forma consistente; e 5, que é referência para os colegas. A dimensão de entregas usa dados objetivos: o resultado

das auditorias de prontuário e de higiene das mãos, o cumprimento das capacitações obrigatórias registradas pelo NEPES e a assiduidade apurada no ponto eletrônico.

Quadro 24.18 – Exemplo de escala de competência

Nível	Compromisso com a segurança do paciente: comportamento observado
1	Deixa de identificar o paciente antes de procedimentos ou medicações; não notifica incidentes que presencia
2	Segue as barreiras de segurança quando lembrado; notifica incidentes apenas quando solicitado
3	Segue as barreiras de segurança na rotina (identificação, higiene das mãos, dupla checagem); notifica os incidentes que presencia
4	Segue as barreiras de forma constante, inclusive em plantões de alta demanda; interrompe e corrige práticas inseguras de colegas com respeito
5	É referência para a equipe, propõe melhorias a partir dos incidentes; participa das análises do Núcleo de Segurança do Paciente

A nota de cada dimensão é a média das competências convertida para a escala de 0 a 100 pela fórmula (média − 1) ÷ 4 × 100, e a nota final é a média ponderada das três dimensões. Um enfermeiro com média 4,2 nas competências institucionais, 3,8 nas técnicas e 4,0 nas entregas, por exemplo, obtém 80, 70 e 75 pontos nas dimensões e nota final 74,5, na faixa "atende". O formulário completo, com o plano de desenvolvimento individual, está no Anexo 6.

24.4.4 Periodicidade e ciclo

No período de experiência, a avaliação ocorre aos 45 e aos 90 dias. Depois da efetivação, o ciclo é anual, com feedback de acompanhamento no sexto mês para rever os resultados, acompanhar os PDIs abertos e corrigir o rumo antes do fim do ciclo. O primeiro ciclo anual das equipes das UPAs de Palmas se encerra no décimo segundo mês da parceria, e os feedbacks de acompanhamento começam no sexto. Cada ciclo percorre cinco passos:

1. **Autoavaliação.** O profissional preenche o formulário e reúne as evidências que considera relevantes.
2. **Avaliação pelo gestor imediato**, com base nas evidências do período, nos indicadores do setor e, para os técnicos, na opinião do enfermeiro supervisor dos plantões.
3. **Calibração.** O coordenador de cada área, com o setor de Gente e Gestão, revê o conjunto das notas para corrigir distorções entre avaliadores, antes de comunicá-las.
4. **Devolutiva.** Profissional e gestor conversam sobre o resultado, as forças e os pontos a desenvolver, em reunião individual registrada.
5. **Plano de desenvolvimento individual (PDI)**, para os profissionais avaliados abaixo do esperado, com ações, prazos e responsáveis, acompanhado no feedback do sexto mês. As necessidades identificadas no conjunto das avaliações orientam as capacitações do ano seguinte.

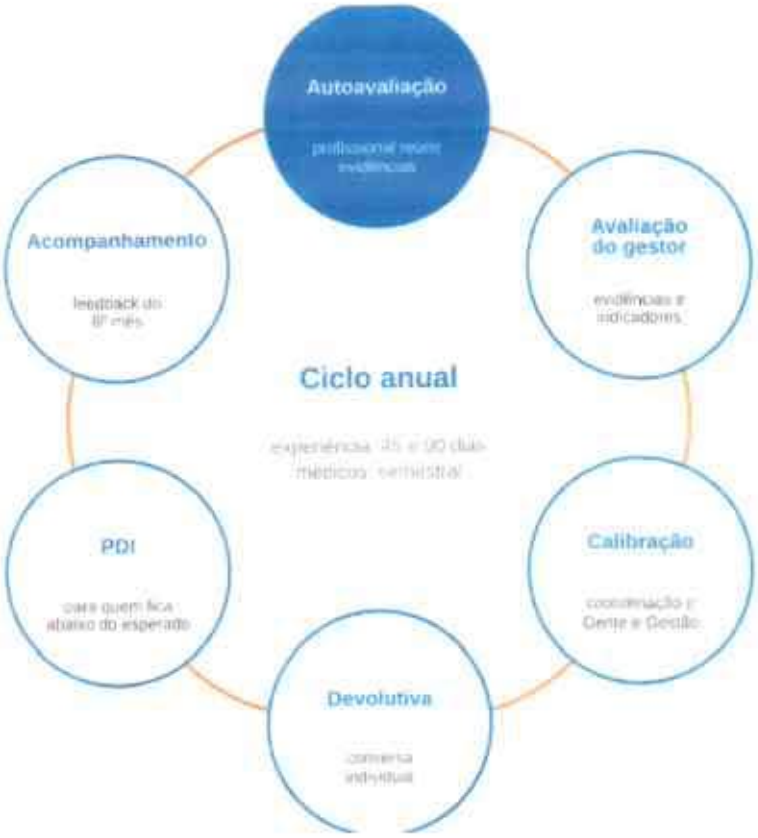


Figura 24.5 – Ciclo anual da avaliação de desempenho

Quadro 24.19 – Calendário da avaliação de desempenho

Mês da parceria	Evento do ciclo de avaliação
1º e 2º	Apresentação do modelo às equipes na integração; capacitação dos avaliadores; avaliações dos 45 dias dos admitidos na mobilização
3º	Avaliações dos 90 dias e decisões de efetivação dos admitidos na mobilização
6º	Feedbacks de acompanhamento com todos os profissionais efetivados; revisão dos PDIs abertos
11º	Autoavaliação e avaliação pelo gestor
12º	Calibração, devolutivas e PDIs para os resultados abaixo do esperado; consolidação dos resultados para o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT)
Todo mês	Avaliações de experiência dos profissionais admitidos ao longo do ano; acompanhamento dos planos de ação dos resultados abaixo de 70

Preparação dos avaliadores. Antes do primeiro ciclo, todos os coordenadores e supervisores participam de capacitação sobre o modelo, o uso da escala e a condução da devolutiva. A capacitação trata dos erros mais comuns de avaliação: a tendência de dar notas medianas a todos, a influência de um único episódio recente sobre o período inteiro, a generalização de uma qualidade ou de um defeito para todas as competências e a

comparação entre pessoas em vez da comparação com o esperado. A calibração existe justamente para corrigir essas distorções antes que cheguem ao profissional.

24.4.5 Consequências do resultado

Todo profissional avaliado recebe devolutiva, e o PDI é obrigatório para quem fica abaixo do esperado. O resultado orienta as ações seguintes, sempre de forma proporcional e registrada:

Quadro 24.20 – Consequências do resultado da avaliação de desempenho

Resultado	Faixa	Consequência
Supera o esperado	85 a 100	Reconhecimento formal; prioridade em seleções internas e na escolha de padrinhos e instrutores
Atende	70 a 84	Devolutiva com as oportunidades de desenvolvimento identificadas
Atende parcialmente	50 a 69	PDI com metas e prazo, capacitação dirigida pelo NEPES e nova avaliação em 90 dias
Não atende	abaixo de 50	PDI com plano de melhoria acompanhado pelo gestor e por Gente e Gestão, com reavaliação em até 90 dias; persistindo o resultado, remanejamento de função ou desligamento
Experiência não aprovada	—	Encerramento do contrato de experiência, com devolutiva ao profissional

O profissional que discordar do resultado pode pedir revisão ao setor de Gente e Gestão em até dez dias da devolutiva. O pedido é analisado pela coordenação da área com um representante de Gente e Gestão que não participou da avaliação, e a decisão é comunicada por escrito. A avaliação de desempenho não se confunde com a apuração de condutas: faltas disciplinares seguem a Política de Consequências, com procedimento próprio, e não são tratadas no ciclo de avaliação.

Os resultados consolidados também orientam decisões coletivas. As competências com mais notas baixas em cada setor entram no Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) conduzido pelo NEPES e no Plano Anual de Treinamentos (PAT) do capítulo 25, e a distribuição das notas por setor é analisada pela direção junto com os indicadores assistenciais.

Plano de melhoria. Para resultados abaixo de 70, o gestor e o profissional combinam por escrito as competências a desenvolver, as ações (capacitação dirigida, acompanhamento por padrinho, mudança temporária de setor), os resultados esperados e o prazo de 90 dias. O setor de Gente e Gestão acompanha o plano e participa da reavaliação. O desligamento por desempenho só ocorre depois de oferecida essa oportunidade e de registrada a falta de evolução.

Reconhecimento. Os resultados acima do esperado são reconhecidos publicamente nos encontros do ISAC Day e do ISAC Night, registrados no prontuário funcional e considerados nas seleções internas e na escolha de padrinhos e instrutores. O ISAC pode instituir, em cada unidade, reconhecimento periódico dos profissionais e das equipes de melhor desempenho, com critérios publicados.

24.4.6 Avaliação do corpo clínico

O Diretor Técnico de cada UPA avalia semestralmente cada médico credenciado, na forma do regimento do corpo clínico do capítulo 8, com o apoio dos coordenadores médicos de plantão e dos médicos de referência, nas competências de segurança do paciente, com a adesão aos protocolos de dor torácica, AVC, sepse e trauma, registros assistenciais, gestão da assistência, trabalho multiprofissional e produção. A avaliação usa indicadores objetivos de cada profissional: tempo entre a classificação e o primeiro atendimento nas cores sob sua responsabilidade, qualidade dos registros apontada pela Comissão de Revisão de Prontuários, taxa de retorno em 48 horas dos usuários atendidos, pontualidade e cumprimento integral dos plantões, e manifestações dos usuários registradas pela Ouvidoria. O resultado é apresentado ao médico em conversa individual e considerado na manutenção do credenciamento. O médico com resultado insatisfatório recebe plano de melhoria com prazo; persistindo o resultado, o credenciamento é encerrado, na forma do regimento do corpo clínico. O formulário está no Anexo 7.

Quadro 24.21 – Indicadores da avaliação semestral do corpo clínico

Indicador do médico	Fonte	Referência
Tempo entre a classificação e o primeiro atendimento, por cor	Prontuário eletrônico	Tempos-alvo do Anexo II do Termo de Referência
Adesão aos protocolos de dor torácica, AVC, sepse e trauma	Auditoria do Núcleo de Segurança do Paciente	Conformidade com o manual do capítulo 10
Qualidade do registro em prontuário	Comissão de Revisão de Prontuários	Itens obrigatórios do registro médico
Retorno em 48 horas dos usuários atendidos	Prontuário eletrônico	Limite do Anexo II do Termo de Referência
Pontualidade e cumprimento integral dos plantões	Ponto e escala médica	Todos os plantões cumpridos, sem abandono
Manifestações dos usuários	Ouvidoria	Análise qualitativa das reclamações e dos elogios

Servidores municipais cedidos. Os servidores disponibilizados pelo Município seguem as regras de avaliação do seu regime funcional. O ISAC fornece à Secretaria Municipal da Saúde, quando solicitado, as informações de frequência, de cumprimento de escala e de participação nas capacitações de cada servidor, para subsidiar a avaliação funcional feita pelo Município, e os inclui nas devolutivas coletivas do setor em que atuam.

24.4.7 Avaliação das lideranças

Gerentes, coordenadores e supervisores são avaliados pelas mesmas dimensões dos demais profissionais e também pelos resultados da equipe que lideram: cumprimento das metas do setor, cobertura das escalas, absenteísmo e rotatividade da equipe, avaliações de desempenho realizadas no prazo e resultados da pesquisa de clima. As lideranças participam da Jornada da Liderança do ISAC, que combina capacitação em gestão de pessoas, acompanhamento pela sede e plano de desenvolvimento individual, com metodologia ativa (modelo 70-20-10), gamificação e entrega de planos de trabalho.

24.4.8 Registro e sigilo

Os formulários de avaliação, os planos de desenvolvimento e os registros das devolutivas integram o prontuário funcional de cada profissional, com acesso restrito ao próprio profissional, ao gestor imediato, ao setor de Gente e Gestão e à direção. O setor de Gente e Gestão acompanha mensalmente o cumprimento do calendário, e a proporção de avaliações realizadas no prazo é um dos indicadores de gestão de pessoas apresentados ao final desta parte.

24.4.9 Desenvolvimento profissional e lideranças

A avaliação de desempenho só faz sentido se abrir caminhos. Nas unidades do ISAC, o profissional que se destaca tem oportunidades concretas de crescer sem sair da assistência, e a liderança é formada dentro de casa sempre que possível:

Quadro 24.22 – Trajetórias de desenvolvimento nas UPAs

Trajetória	Oportunidades de desenvolvimento
Técnico de enfermagem	Padrinho de novos técnicos; referência do setor em temas como prevenção de quedas ou medicação segura; instrutor em capacitações do NEPES; apoio para a graduação em Enfermagem, com seleção interna para vagas de enfermeiro quando houver
Enfermeiro	Enfermeiro classificador; padrinho de novos enfermeiros; enfermeiro de referência em educação, em segurança do paciente ou em controle de infecção; supervisor de plantão; coordenação de enfermagem
Profissionais de apoio e administrativos	Referência de processo (faturamento, cadastro, almoxarifado); instrutor interno; seleção interna para funções de supervisão e para outras unidades do ISAC
Médicos	Coordenação médica de plantão; participação nas comissões (revisão de prontuários, óbitos, ética médica); preceptoria de residentes e internos quando a unidade for campo de prática

A Jornada da Liderança do ISAC prepara gerentes, coordenadores e supervisores para a parte mais difícil da função: conduzir pessoas. A jornada combina encontros de formação em gestão de equipes, comunicação, feedback, condução de conflitos, gestão de escalas e análise de indicadores, acompanhamento individual pela área de Gente e Gestão da sede e plano de desenvolvimento individual, com metodologia ativa (modelo 70-20-10), gamificação e entrega de planos de trabalho. Os novos líderes das UPAs de Palmas iniciam a jornada nos primeiros meses da parceria, e os profissionais identificados como potenciais sucessores nas avaliações são convidados a participar dos módulos introdutórios, o que permite substituir uma coordenação sem improviso quando ela fica vaga.

24.5 Organização das escalas de trabalho

A organização das escalas parte do dimensionamento da força de trabalho e da demanda assistencial, considerando o fluxo e o número de pacientes, a classificação de risco, o grau de complexidade e de dependência dos cuidados, a taxa de ocupação, a criticidade assistencial e a necessidade de cobertura dos diferentes postos de atendimento. A escala traduz esses parâmetros na cobertura efetiva dos plantões, assegurando continuidade assistencial,

segurança do paciente e equilíbrio da carga de trabalho. O ISAC adota critérios padronizados para a elaboração, a publicação, as trocas e o controle das escalas, o que dá previsibilidade ao profissional e contribui para o controle de horas extras, do absenteísmo e da rotatividade.

24.5.1 Elaboração e publicação

As escalas de enfermagem, de transporte sanitário, de apoio assistencial e administrativo são elaboradas pelas coordenações de cada setor, conferidas pelo setor de Gente e Gestão e aprovadas pela direção da unidade. A escala médica é elaborada e publicada pelo Diretor Técnico. Todas partem do número de postos por turno do dimensionamento e observam regras comuns:

- cada posto crítico tem profissional nominalmente designado em todos os plantões do mês, antes da publicação;
- o intervalo mínimo entre jornadas e o descanso semanal previstos na legislação e na convenção coletiva são respeitados, inclusive nas trocas e nos plantões extras;
- os fins de semana, os feriados e os plantões noturnos são distribuídos de forma equilibrada entre os profissionais do mesmo setor e da mesma categoria;
- as férias e as capacitações programadas já constam da escala no momento da publicação;
- o enfermeiro supervisor e o coordenador médico de cada plantão são identificados na escala, como responsáveis pela continuidade do atendimento e pela cobertura das ausências.

A escala do mês seguinte é publicada até o dia 20 no sistema de gestão de pessoas, enviada aos profissionais e afixada em mural de ampla visibilidade na recepção de cada unidade, com o nome, a categoria, a especialidade e o horário de entrada e de saída de cada profissional, como exige o item 10.1 do Termo de Referência. Qualquer alteração posterior é republicada no mesmo dia, e a escala efetivamente cumprida é registrada ao final do mês para conferência com o ponto, a folha e o CNES.

24.5.2 Trocas de plantão

A troca de plantão é um direito que dá flexibilidade ao profissional, mas pode desorganizar a escala e mascarar sobrecarga. Por isso as regras são escritas por categoria: a troca é feita entre profissionais da mesma categoria e com a mesma habilitação para o posto, como um enfermeiro classificador por outro enfermeiro classificador; na enfermagem, é solicitada no sistema com antecedência mínima de 72 horas — 24 horas por motivo de saúde do profissional ou de dependente —, limitada a duas trocas por mês, como preveem a convenção coletiva e o regimento de enfermagem do capítulo 7; entre médicos credenciados, com antecedência mínima de 48 horas e até três trocas por mês, na forma do regimento do corpo clínico do capítulo 8; nas demais categorias, valem as 72 horas e o limite de duas trocas. Toda troca depende de aprovação da coordenação, que verifica o intervalo entre jornadas e a carga

total do profissional no mês. A troca aprovada é registrada na escala publicada, para que o mural e o CNES reflitam quem de fato está no plantão.

24.5.3 Escala médica

A escala médica de cada unidade precisa cobrir, todo mês, cerca de 608 plantões de 12 horas, entre clínicos, pediatras e ortopedistas, além dos plantões diurnos de ultrassonografia. Para que ela não dependa de poucos nomes, o ISAC mantém em cada UPA um número de médicos credenciados superior ao necessário para cobrir a escala, com folga de pelo menos 20% para as coberturas, e acompanha mensalmente a concentração de plantões por médico, para evitar jornadas excessivas. A escala é fechada com os médicos credenciados até o dia 20 de cada mês, e cada pessoa jurídica médica responde contratualmente pelo comparecimento do médico escalado e pela indicação de substituto credenciado em caso de impedimento.

A pediatria e a ortopedia merecem atenção especial, porque são especialidades com menor oferta de profissionais em Palmas e porque a UPA Sul atende proporção maior de crianças e as duas unidades somam volume expressivo de casos ortopédicos. O chamamento para credenciamento dessas especialidades permanece aberto durante toda a parceria, com divulgação ativa junto aos programas de residência e às sociedades de especialidade do Tocantins.

24.5.4 Controle de frequência

Todos os profissionais que atuam nas unidades, qualquer que seja o vínculo, registram entrada e saída no ponto eletrônico. O coordenador médico ou o enfermeiro supervisor do plantão acompanha em tempo real quem registrou presença e aciona a cobertura quando um profissional escalado não chega no horário. As correções de registro, como esquecimento de marcação, são justificadas pelo profissional e validadas pela coordenação no mesmo mês. O espelho de ponto é disponibilizado ao profissional para conferência antes do fechamento da folha, e as divergências são resolvidas antes do pagamento.

24.6 Enfrentamento do absenteísmo

Em uma UPA, a ausência de um profissional não pode significar um posto descoberto. Numa enfermaria, a falta de um técnico aumenta a carga dos colegas; numa porta de urgência, a falta de um enfermeiro classificador na manhã de segunda-feira, quando as UPAs de Palmas recebem o maior volume do dia e da semana, alonga a espera de todos os que chegam, inclusive dos que ainda não sabem que estão graves. O absenteísmo é, por isso, tratado como risco assistencial, e não apenas como questão de disciplina ou de custo.

O enfrentamento se organiza em três frentes, que se reforçam: medir com precisão, para saber onde, quando e por que as ausências acontecem; agir sobre as causas, para que aconteçam menos; e cobrir cada ausência sem prejuízo da assistência, para que, quando acontecerem, o usuário não perceba. Essa é a prática das unidades do ISAC, que

acompanham o indicador mensalmente e o analisam em parecer técnico trimestral do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho. Na UPA Anatólio Dias Carneiro, em Araguaína, com cerca de 200 colaboradores, a taxa média de absenteísmo de janeiro a julho de 2026 foi de 1,60%, abaixo da referência máxima de 2%.

24.6.1 O que conta como ausência

A primeira condição para enfrentar o absenteísmo é medi-lo sempre da mesma forma. O ISAC separa as ausências programadas, que já estão previstas na escala e são cobertas pelo dimensionamento, das não programadas, que surpreendem a escala e são o objeto do indicador:

Quadro 24.23 – Classificação das ausências

Tipo de ausência	Exemplos	Tratamento
Programada	Férias, folgas da escala, licenças comunicadas com antecedência, capacitações externas autorizadas	Prevista na escala mensal e coberta pelo índice de segurança técnica do dimensionamento; não entra no indicador
Não programada justificada	Atestado médico de até 15 dias, acompanhamento de familiar, falecimento de familiar, convocação judicial	Entra no indicador; atestados analisados pelo SESMT
Não programada injustificada	Falta sem justificativa aceita pela legislação ou pela convenção coletiva	Entra no indicador; tratamento disciplinar gradual
Atrasos e saídas antecipadas	Chegada após o início do plantão ou saída antes do fim, sem autorização	Entra no indicador, em horas
Afastamento prolongado	Afastamento previdenciário acima de 15 dias, licença-maternidade, acidente de trabalho com afastamento	Acompanhado em indicador próprio; posto coberto por reposição temporária

24.6.2 Indicador de aferição e meta interna

O indicador principal é a taxa de absenteísmo, calculada mensalmente por unidade, por setor, por turno e por categoria profissional. A desagregação é o que permite agir: uma taxa aceitável na unidade pode esconder um setor ou um turno em situação crítica.

Quadro 24.24 – Ficha técnica do indicador de absenteísmo

Atributo	Definição
Nome	Taxa de absenteísmo
Fórmula	horas de ausência não programada no mês ÷ horas de trabalho previstas nas escalas do mês × 100
Numerador	Horas de faltas justificadas e injustificadas, de atestados médicos de até 15 dias e de atrasos e saídas antecipadas
Denominador	Horas de trabalho previstas nas escalas publicadas, excluídas férias, folgas e afastamentos superiores a 15 dias
Desagregação	Unidade, setor, turno (diurno e noturno) e categoria profissional; empregados e servidores cedidos em separado
Fonte	Ponto eletrônico, escalas mensais e registros de atestados do SESMT
Periodicidade	Mensal, com análise de tendência trimestral
Meta interna	Até 2% ao mês por unidade, com as faixas de alerta por setor do quadro seguinte
Responsável	Setor de Gente e Gestão de cada UPA, com as coordenações de setor e o SESMT
Divulgação	Painel mensal da unidade, relatório mensal de execução à Secretaria Municipal da Saúde e relatório anual de indicadores de Gente e Gestão

A meta da unidade é acompanhada de faixas de alerta por setor, porque cada faixa dispara uma resposta diferente:

Quadro 24.25 – Faixas de alerta do absenteísmo por setor

Faixa do setor no mês	Situação	Resposta
Até 2%	Dentro da meta	Acompanhamento de rotina e conversa de retorno após cada ausência
Acima de 2% e até 4%	Atenção	Análise das causas pela coordenação com Gente e Gestão; revisão das escalas e das trocas de plantão do setor
Acima de 4%	Alerta	Plano de ação com prazo, apresentado à direção; análise dos atestados pelo SESMT; escuta da equipe; acompanhamento semanal até o retorno à meta

Três indicadores complementam a taxa de absenteísmo. A **cobertura das escalas críticas** mede o que realmente importa ao usuário: a proporção de plantões em que todos os postos críticos estiveram ocupados, com meta de 100%. As **horas extras e plantões extras**, em proporção das horas previstas, mostram o custo da cobertura e, quando sobem, sinalizam sobrecarga das equipes. E o **índice de afastamentos prolongados** acompanha os afastamentos acima de 15 dias, que não entram na taxa mas exigem reposição temporária e costumam indicar problemas de saúde ocupacional.

24.6.3 Monitoramento

O monitoramento acontece em três ritmos. **No plantão**, toda ausência é registrada pelo enfermeiro supervisor do plantão ou pelo coordenador médico do plantão no momento em que é comunicada, com o horário e a providência de cobertura. O profissional que não puder comparecer avisa o coordenador com pelo menos quatro horas de antecedência do início do plantão, salvo impossibilidade justificada, e o atestado médico é entregue ao setor de Gente e Gestão em até 48 horas.

No mês, o espelho de frequência do ponto eletrônico é conferido com as escalas de serviço, a folha de pagamento e o cadastro no CNES, como exige o item 10.2 do Termo de Referência. O setor de Gente e Gestão consolida a taxa por setor, turno e categoria, identifica os profissionais com ausências repetidas e apresenta o painel na reunião mensal de análise com a direção e as coordenações, em que se decidem as ações do mês seguinte. O resultado integra o relatório mensal de execução.

No trimestre, o SESMT emite parecer técnico sobre o absenteísmo, com a análise dos atestados por grupo de causas, a tendência de cada setor, os afastamentos prolongados e a recomendação de ações de saúde ocupacional, como já é feito nas unidades do ISAC. Os dados de saúde são tratados de forma agregada e sigilosa, sem identificação de diagnósticos individuais fora do serviço de saúde ocupacional.

O painel mensal de cada UPA mostra a taxa de absenteísmo da unidade e de cada setor nos últimos doze meses, a comparação entre os turnos diurno e noturno e entre as categorias, os dias da semana com mais ausências, a proporção de faltas injustificadas, atestados e atrasos, as horas extras e os plantões extras usados para cobertura e o número de plantões com algum posto crítico descoberto. Na reunião mensal de análise, cada coordenação apresenta a situação do seu setor, as causas identificadas nas conversas de retorno e as ações do mês anterior, e sai com as ações do mês seguinte registradas em ata, com responsável e prazo.

24.6.4 Atestados e justificativas

O atestado médico é entregue ao setor de Gente e Gestão no prazo estabelecido, em meio físico ou digital, e registrado no sistema de frequência. Atestados com código de doença são tratados como dados de saúde: ficam restritos ao SESMT e só aparecem nos relatórios de forma agregada. O médico do trabalho analisa os atestados repetidos, os de longa duração e os que indicam possível relação com o trabalho, homologa os atestados com afastamento acima de 3 dias e pode convocar o profissional para avaliação. Os afastamentos acima de 15 dias são encaminhados à Previdência Social, e o SESMT acompanha o profissional durante o afastamento e no retorno.

As ausências previstas em lei ou na convenção coletiva, como falecimento de familiar, casamento, doação de sangue, alistamento eleitoral e comparecimento em juízo, são abonadas mediante comprovação e entram no indicador como ausências justificadas. As profissionais gestantes são afastadas das atividades e dos locais insalubres na forma da legislação trabalhista, com remanejamento para postos salubres compatíveis com a função; na impossibilidade de remanejamento, a profissional é afastada pela Previdência Social, e o posto é coberto pela sequência de cobertura enquanto durar o remanejamento ou o afastamento.

24.6.5 Ação sobre as causas

A maior parte das ausências tem causa identificável e evitável. As ações abaixo compõem o programa de prevenção do absenteísmo das duas unidades e são priorizadas a partir do parecer trimestral do SESMT:

Quadro 24.26 – Programa de prevenção do absenteísmo

Causa frequente	Ação do ISAC
Doenças respiratórias e infecciosas	Vacinação anual contra a influenza e atualização do esquema vacinal na unidade, em horário de trabalho; orientação sobre biossegurança e uso de equipamentos de proteção
Lesões osteomusculares	Análise ergonômica dos postos de maior esforço (observação, sala de estabilização, transporte sanitário); treinamento em movimentação segura de pacientes; equipamentos de apoio à transferência de pacientes
Sofrimento psíquico e esgotamento	Programa de Saúde Mental do ISAC; Programa Sinta-se Bem, de qualidade de vida no trabalho; escuta das equipes após eventos críticos, como óbitos e agressões; atenção à sobrecarga nos meses de maior demanda
Violência no trabalho	Aplicação do Programa de Prevenção e Enfrentamento à Agressão Física, Moral ou Psicológica; acolhimento imediato e apoio ao profissional agredido; articulação com a segurança patrimonial e com a Guarda Metropolitana
Acidentes com material biológico	Fluxo de atendimento imediato, profilaxia pós-exposição e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho; investigação da causa pela CIPA e pelo SESMT
Organização das escalas	Escala publicada até o dia 20 do mês anterior; regras de troca de plantão por categoria (72 horas na enfermagem; 48 horas entre médicos), com aprovação da coordenação; respeito ao intervalo mínimo entre jornadas; distribuição equilibrada de fins de semana e feriados
Condições de trabalho	Área de descanso para as equipes noturnas, copa e vestiários adequados; manutenção dos equipamentos que geram retrabalho; clima avaliado em pesquisa anual

O retorno ao trabalho depois de afastamento prolongado é acompanhado pelo SESMT, com exame de retorno na forma da NR-7 e, quando indicado, readaptação temporária de função ou de setor. O profissional que retorna conversa com o gestor e, se necessário, refaz a integração no setor, sobretudo quando houve mudança de protocolo ou de rotina durante o afastamento.

24.6.6 Condutas individuais

Depois de cada ausência não programada, o gestor imediato conversa com o profissional para entender a causa e oferecer apoio, com registro no formulário do Anexo 9. A conversa não é uma punição: é o momento em que aparecem problemas de saúde, de transporte, de conflito com colegas ou de dificuldade familiar que o ISAC pode ajudar a resolver, com o SESMT, com o Plantão Psicológico ou com a reorganização da escala. Três ou mais ausências não programadas em 90 dias levam a acompanhamento pelo setor de Gente e Gestão, com plano combinado com o profissional.

As faltas injustificadas seguem a gradação da Política de Consequências e da legislação trabalhista: orientação registrada, advertência escrita, suspensão e, nos casos de reiteração ou de gravidade, dispensa por justa causa, sempre com registro, direito de manifestação do

profissional e proporcionalidade. O abandono de plantão sem substituto, pela gravidade que tem numa porta de urgência, é tratado como falta grave desde a primeira ocorrência.

24.6.7 Cobertura das ausências

A cobertura começa no dimensionamento. As equipes de enfermagem incluem o índice de segurança técnica de 15% do Parecer Normativo nº 1/2024 do COFEN, que absorve férias, folgas e ausências previsíveis sem desfalcar os postos. Para as ausências imprevistas, a cobertura segue uma sequência definida, acionada pelo coordenador médico ou pelo enfermeiro supervisor do plantão assim que a ausência é comunicada, e registrada no livro de ocorrências do plantão:

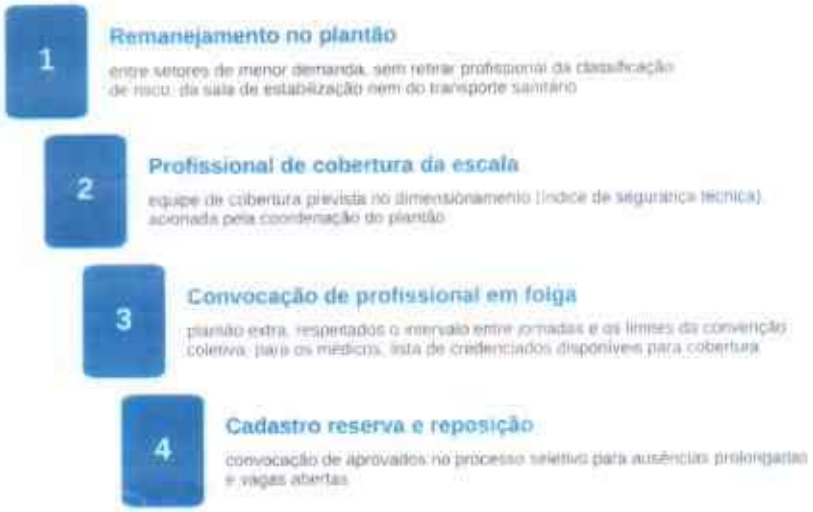


Figura 24.6 – Sequência de cobertura das ausências nas escalas

O remanejamento dentro do plantão nunca retira profissional dos postos críticos para cobrir outro setor. O plantão extra respeita o intervalo mínimo entre jornadas e os limites da convenção coletiva, e não é oferecido ao mesmo profissional mais de quatro vezes no mês, para não trocar uma ausência por uma equipe exausta. As ausências prolongadas, como licenças maternidade e afastamentos previdenciários, são cobertas por convocação do cadastro reserva com contrato por prazo determinado, para que o posto não dependa de plantões extras por semanas seguidas. As despesas de cobertura estão previstas na conta de plantões extras, substituições e cobertura de ausências das planilhas do Anexo VI.

Cada UPA cobre as suas próprias ausências, com as suas próprias equipes. Como cada unidade funcionará como estabelecimento próprio, com CNPJ de filial, CNES e escalas independentes, os profissionais não são deslocados de uma unidade para a outra, o que também preserva a correspondência entre o CNES, o ponto e a folha de cada UPA.

Postos médicos. A cobertura médica mínima do Quadro 6 do Termo de Referência é obrigatória em todos os plantões. O contrato com cada pessoa jurídica médica obriga o comparecimento aos plantões assumidos, a indicação de substituto credenciado com pelo menos 24 horas de antecedência, salvo impedimento súbito comunicado de imediato, a adesão ao regimento do corpo clínico do capítulo 8 e o aviso prévio de 30 dias, e prevê penalidade contratual pela ausência não coberta; a escala mantém uma lista de médicos credenciados disponíveis para cobertura em cada unidade. O médico que termina o plantão não deixa a unidade antes da chegada do substituto, como determina o Código de Ética Médica, e o coordenador médico do plantão responde pela continuidade do atendimento, redistribuindo a demanda entre os médicos presentes até a recomposição da escala.

Postos críticos. São considerados críticos os postos cuja ausência compromete de imediato a segurança do usuário: a classificação de risco, a sala de estabilização, o médico do primeiro atendimento e o transporte sanitário. Nesses postos, a meta é a cobertura em até duas horas, e o indicador de cobertura das escalas críticas acompanha o cumprimento em cada plantão. Como a estrutura das unidades é diferente, o número de postos críticos também é:

Quadro 24.27 – Postos críticos por unidade e turno

Unidade	Turno	Enfermeiros na classificação de risco	Equipe de enfermagem da sala de estabilização	Médicos no primeiro atendimento	Transporte sanitário
UPA Norte	Diurno	3	4	5	2
	Noturno	2	4	3	2
UPA Sul	Diurno	4	3	5	2
	Noturno	2	3	3	2

Na UPA Norte, a sala de estabilização tem seis leitos, um deles reservado à pediatria, e concentra a maior equipe crítica; a cobertura de uma ausência nessa sala tem prioridade sobre qualquer outro setor. Na UPA Sul, são quatro salas de classificação, e a manhã de segunda-feira exige as quatro abertas; a ausência de um enfermeiro classificador no turno diurno é coberta primeiro pelo enfermeiro supervisor do plantão, enquanto se aciona o profissional de cobertura. A observação pediátrica da UPA Sul, com oito leitos, também tem prioridade de cobertura nos meses de maior procura, entre abril e maio.

O exemplo a seguir mostra como a sequência funciona numa situação comum nas duas unidades:

Quadro 24.28 – Exemplo de cobertura em posto crítico

Horário	O que acontece
Segunda-feira, 2h30	Um enfermeiro escalado para a classificação de risco do plantão diurno da UPA Sul avisa o enfermeiro supervisor do plantão noturno que não poderá comparecer, por doença
2h40	O supervisor registra a ausência e confere a escala: há um enfermeiro de cobertura previsto para o dia, que é acionado para assumir a classificação
7h	O enfermeiro de cobertura assume a classificação na troca de plantão; as quatro salas abrem no horário de maior procura
7h30	O setor de Gente e Gestão é informado; o atestado será entregue no prazo e registrado no sistema
Retorno do profissional	Conversa de retorno com a coordenação de enfermagem, com registro no formulário do Anexo 9; sem outras ausências no trimestre, nenhuma outra providência
Fim do mês	A ausência entra na taxa de absenteísmo do setor; o plantão conta como coberto no indicador de cobertura das escalas críticas

Se não houvesse profissional de cobertura escalado, o coordenador convocaria um enfermeiro em folga para plantão extra e, até a chegada dele, o enfermeiro supervisor do plantão assumiria a quarta sala de classificação. Em nenhum momento um enfermeiro da sala de estabilização seria deslocado para a classificação.

Servidores municipais cedidos. As faltas e os descumprimentos de jornada dos servidores eventualmente disponibilizados são registrados no ponto da unidade e comunicados formalmente à Secretaria Municipal da Saúde, a quem cabe a providência funcional e disciplinar. O posto é coberto pelo ISAC pela mesma sequência usada para os demais profissionais.

24.7 Desligamento e reposição do posto de trabalho

O desligamento também tem rotina. Bem conduzido, protege o profissional que sai, que recebe o que lhe é devido no prazo e é tratado com respeito; protege os usuários, porque os acessos aos dados são bloqueados e o posto não fica descoberto; e protege a parceria, porque os cadastros oficiais continuam corretos e a vaga é reposta rapidamente.

24.7.1 Rotina de desligamento

A rotina é a mesma para todas as formas de desligamento, com as particularidades de cada uma:

Quadro 24.29 – Formas de desligamento

Forma de desligamento	Particularidades
Pedido de demissão	Comunicação por escrito ao gestor; aviso prévio cumprido ou dispensado conforme a legislação e a necessidade da escala; entrevista de desligamento
Dispensa sem justa causa	Decisão fundamentada do gestor, validada por Gente e Gestão e pela direção, com base em avaliação de desempenho ou em reorganização do serviço
Dispensa por justa causa	Somente após o procedimento da Política de Consequências, com apuração, direito de manifestação e decisão registrada
Término do contrato de experiência	Com base nas avaliações dos 45 e dos 90 dias, com devolutiva ao profissional
Encerramento de credenciamento médico	Por iniciativa do médico ou do Diretor Técnico, na forma do regimento do corpo clínico, com aviso prévio contratual de 30 dias, salvo falta grave

Qualquer que seja a forma, o desligamento percorre as mesmas etapas, controladas pelo checklist do Anexo 10:

1. **Comunicação** ao profissional pelo gestor imediato, com Gente e Gestão, em conversa reservada.
2. **Exame demissional**, na forma da NR-7, e devolução de crachá, uniforme, equipamentos e materiais sob responsabilidade do profissional.
3. **Bloqueio dos acessos** ao prontuário eletrônico, aos sistemas e às áreas restritas no último dia de trabalho, em proteção aos dados dos usuários.
4. **Baixa no CNES** e nos demais cadastros oficiais, dentro dos prazos operacionais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde, e atualização do controle mensal das equipes.
5. **Acerto rescisório** no prazo legal de dez dias contados do término do contrato, com registro no eSocial e baixa na Carteira de Trabalho Digital.
6. **Entrevista de desligamento**, conduzida por Gente e Gestão e não pelo gestor imediato, para que o profissional se sinta livre para falar das razões da saída.

Aviso prévio e passagem de responsabilidades. Quando o aviso prévio é cumprido, o profissional permanece na escala e a reposição corre em paralelo, de modo que o substituto possa, sempre que possível, ser integrado antes da saída. Coordenadores, responsáveis técnicos e profissionais com atribuições exclusivas, como o farmacêutico responsável pelo controle de medicamentos sujeitos a controle especial, fazem passagem formal das suas responsabilidades, com registro das pendências, dos acessos e dos documentos sob sua guarda. A substituição de responsável técnico é comunicada ao conselho profissional e à vigilância sanitária nos prazos das normas próprias.

Guarda da documentação. O prontuário funcional do profissional desligado, com os documentos admissionais, as avaliações, os registros de frequência e os documentos da rescisão, é mantido pelo prazo exigido pela legislação trabalhista e previdenciária e pelas regras de prestação de contas da parceria, com acesso restrito.

24.7.2 Entrevista de desligamento e análise da rotatividade

A entrevista segue roteiro padronizado (Anexo 10) e aborda as razões da saída, a relação com a liderança e com a equipe, as condições de trabalho, a remuneração e as oportunidades de desenvolvimento. As respostas são consolidadas por trimestre, por setor e por categoria, e analisadas com a taxa de rotatividade. Quando um motivo se repete, como uma escala considerada injusta, um conflito com uma liderança ou uma proposta salarial mais atraente no mercado de Palmas, a direção define ação específica. A Política de Gestão de Pessoas trata a rotatividade como pauta estratégica, porque cada saída custa seleção, integração e meses até que o novo profissional atinja o desempenho de quem saiu.

24.7.3 Reposição do posto de trabalho

A requisição de reposição é aberta no mesmo dia em que o desligamento é comunicado, sem esperar a data de saída. Enquanto a vaga não é preenchida, o posto é coberto pela sequência de cobertura de ausências, e a escala do mês seguinte já o registra como posto em reposição. O substituto é convocado do cadastro reserva, na ordem de classificação; não havendo cadastro válido, abre-se novo processo seletivo imediatamente. Para as coordenações, o ISAC designa substituto interino no mesmo dia e abre a seleção interna.

Os prazos abaixo são contados em dias corridos, da data em que o posto fica vago até a data em que o substituto assume a escala, depois de admitido e integrado. São prazos máximos: com cadastro reserva formado, a reposição costuma ser mais rápida, e, como a requisição é aberta na comunicação do desligamento, o processo seletivo muitas vezes começa antes da própria vacância, durante o aviso prévio.

Quadro 24.30 – Prazos de reposição do posto

Situação	Cobertura enquanto a vaga não é preenchida	Prazo máximo para o substituto assumir
Posto assistencial, com cadastro reserva válido	Imediata, pela sequência de cobertura de ausências	7 dias
Posto assistencial, sem cadastro reserva	Imediata, pela sequência de cobertura de ausências	30 dias
Posto médico	Imediata, por médico credenciado disponível para cobertura	Escala recomposta em até 15 dias
Função administrativa ou de apoio	Redistribuição das atividades no setor	15 dias
Função de coordenação	Designação de substituto interino no mesmo dia	15 dias

O cumprimento dos prazos é acompanhado pelo indicador de tempo médio de reposição, e toda reposição que ultrapassa o prazo máximo é justificada no relatório mensal de execução, com a providência adotada.

24.7.4 Retenção dos profissionais

A melhor reposição é a que não precisa acontecer. As ações de retenção do ISAC partem do que as entrevistas de desligamento e as pesquisas de clima mostram nas unidades que o

Instituto administra: integração bem feita, liderança próxima, escalas justas e previsíveis, reconhecimento do bom desempenho, oportunidade de crescimento e cuidado com a saúde do trabalhador. Por isso, a seleção interna tem prioridade para as lideranças, os profissionais com melhor desempenho são convidados para o apadrinhamento de novos profissionais e para a instrutoria, o NEPES oferece trilhas de desenvolvimento, e o Plantão Psicológico está disponível a todos, com outras ações do Programa de Saúde Mental, como rondas de bem-estar e grupos terapêuticos. As UPAs Trapiche da Barra e Benedito Bentes, reconhecidas pelo Great Place to Work em 2024, e a UPA Santa Lúcia, eleita em 2025 o melhor lugar para trabalhar na saúde do Brasil em sua categoria, mostram que é possível fixar equipes em serviços de alta pressão.

24.7.5 Encerramento da parceria

Ao fim da parceria, qualquer que seja o motivo, o ISAC mantém as escalas completas até a efetiva assunção dos serviços pelo novo gestor ou pelo Município, como exige o item 22.2 do Termo de Referência. A desmobilização é planejada com antecedência: os profissionais são informados com clareza sobre o calendário, as rescisões são pagas nos prazos legais com recursos já provisionados, a documentação funcional necessária à continuidade é transferida na forma da legislação e da proteção de dados, os cadastros no CNES são atualizados em conjunto com o novo gestor, e o ISAC colabora com a transição pelo prazo mínimo de 30 dias previsto no Termo de Referência.

24.8 Relações de trabalho, saúde do trabalhador e integridade

As regras de seleção, avaliação e desligamento funcionam melhor num ambiente em que o profissional se sente seguro, respeitado e ouvido. Esta seção reúne as políticas que sustentam esse ambiente nas duas unidades.

24.8.1 Saúde e segurança no trabalho

Cada UPA tem Programa de Gerenciamento de Riscos, com o inventário dos riscos de cada posto e o plano de ação para controlá-los, e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, com os exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de risco e demissionais. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio é constituída em cada unidade na forma da NR-5, com representantes eleitos pelos empregados, e se reúne mensalmente. O SESMT cumpre a NR-32 nas suas exigências para serviços de saúde: vacinação, equipamentos de proteção, perfurocortantes com dispositivo de segurança, fluxo de atendimento a acidentes com material biológico e capacitação periódica em biossegurança, integrada ao programa de educação permanente do capítulo 25.

O inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos de cada unidade parte dos riscos típicos de uma UPA, resumidos a seguir com as principais medidas de controle:

Quadro 24.31 – Riscos ocupacionais e medidas de controle

Risco ocupacional	Onde ocorre	Principais medidas de controle
Biológico	Todos os setores assistenciais, com maior exposição na sala de estabilização, no isolamento e na coleta de exames	Vacinação; precauções padrão e específicas; equipamentos de proteção; perfurocortantes com dispositivo de segurança; fluxo de acidente com material biológico
Ergonômico	Observação, sala de estabilização, transporte sanitário, recepção	Técnicas e equipamentos de movimentação de pacientes; mobiliário ajustável; pausas; análise ergonômica do trabalho
Psicossocial	Setores assistenciais e administrativos, especialmente em atividades com alta demanda emocional e cognitiva, pressão de tempo, sobrecarga de trabalho, atendimento a situações críticas e conflitos interpessoais	Avaliação e gerenciamento dos fatores de risco psicossociais; dimensionamento adequado; organização das jornadas e pausas; capacitação das lideranças; prevenção do assédio e da violência; promoção da segurança psicológica; ações de qualidade de vida e saúde mental; acolhimento e encaminhamento dos casos identificados
Violência de terceiros	Recepção, classificação de risco, consultórios	Vigilância patrimonial; comunicação com acompanhantes; botão ou canal de alerta; programa de prevenção e enfrentamento à agressão
Químico	Farmácia, higienização, processamento de materiais	Fichas de segurança dos produtos, ventilação; equipamentos de proteção; capacitação
Físico (radiação ionizante)	Sala de radiologia	Blindagem; dosimetria individual; equipamentos de proteção radiológica; controle de exposição conforme a norma da ANVISA
Acidentes de trânsito	Transporte sanitário	Condutor habilitado e capacitado; manutenção preventiva da ambulância; direção defensiva

Quadro 24.32 – Exames do PCMSO

Exame ocupacional	Quando é realizado
Admissional	Antes do início das atividades
Periódico	Anualmente para os profissionais expostos a riscos biológicos e demais riscos do posto, ou na periodicidade definida no programa de controle médico
Retorno ao trabalho	No retorno de afastamento por doença ou acidente, na forma da NR-7
Mudança de risco ocupacional	Antes da mudança de função ou de setor que altere a exposição a riscos
Demissional	No desligamento, na forma da NR-7

O acidente com material biológico é o acidente de trabalho mais frequente numa UPA e exige resposta em horas. O fluxo é afixado em todos os setores e ensinado na integração:

Quadro 24.33 – Acidente com material biológico

Passo	O que fazer	Prazo
1. Cuidados locais	Lavar a área exposta com água e sabão ou, em mucosas, com soro fisiológico; não espremer nem usar substâncias cáusticas	Imediato
2. Comunicação	Avisar o coordenador médico do plantão, que aciona o médico do plantão e registra a ocorrência	Imediato
3. Avaliação do risco	Avaliação do acidente e do paciente-fonte, com testes rápidos quando indicados e consentidos	Nas primeiras horas
4. Profilaxia	Profilaxia pós-exposição ao HIV e à hepatite B, quando indicadas, conforme os protocolos do Ministério da Saúde	Idealmente em até 2 horas
5. Registro	Comunicação de Acidente de Trabalho e notificação no sistema de agravos de notificação	Até o primeiro dia útil seguinte
6. Acompanhamento	Seguimento sorológico e clínico pelo SESMT; investigação da causa pela CIPA e plano de ação	Conforme o protocolo

24.8.2 Cuidado com a saúde mental

O trabalho em uma porta de urgência expõe as equipes a óbitos, a situações de violência, a conflitos com usuários e a longos períodos de alta demanda. O ISAC oferece a todos os profissionais o Plantão Psicológico, canal de escuta e de apoio para situações de estresse, sobrecarga, luto e outras demandas de saúde mental, com atendimento remoto ou presencial por psicólogos vinculados ao Instituto, agendado pelo próprio profissional com sigilo. O Programa Sinta-se Bem reúne as ações de qualidade de vida no trabalho, como campanhas de saúde, atividades de integração das equipes e orientação sobre sono e alimentação para quem trabalha à noite. Depois de eventos críticos, como o óbito de uma criança ou uma agressão grave, a coordenação reúne a equipe envolvida para uma conversa de apoio, com o psicólogo quando necessário.

24.8.3 Ética, integridade e canal de denúncias

O ambiente de trabalho das UPAs segue o Código de Ética e Conduta do ISAC, com tolerância zero a assédio moral e sexual e a qualquer forma de discriminação. Denúncias podem ser feitas ao Canal de Denúncias do ISAC, pelo sítio institucional ou por e-mail, com sigilo e proteção contra retaliação, e são apuradas pela Comissão de Ética, formada por integrantes que não pertencem à unidade envolvida, ou pelo Comitê de Ética, conforme a Política de Consequências. As medidas disciplinares são graduadas pela gravidade (advertência, suspensão de até 30 dias e dispensa por justa causa), e os profissionais regulamentados respondem também aos seus códigos de ética profissional.

24.8.4 Prevenção da violência contra os trabalhadores

A violência contra os trabalhadores é frequente nas portas de urgência e é uma das causas de afastamento e de desistência da profissão. O ISAC a enfrenta conforme o Programa de Prevenção e Enfrentamento à Agressão Física, Moral ou Psicológica: agressões físicas, morais, psicológicas ou pela exposição indevida da imagem do profissional em redes sociais são comunicadas à liderança, ao setor de Gente e Gestão ou à direção, e o Instituto oferece

acolhimento imediato, registro da ocorrência, orientação para o boletim de ocorrência, apoio jurídico e acompanhamento psicológico quando necessário. A prevenção começa pelo acolhimento com classificação de risco bem feito, que reduz a tensão na espera, e passa pela comunicação clara com os acompanhantes, pela vigilância patrimonial e pela articulação com a Guarda Metropolitana nos casos que a exigirem.

24.8.5 Proteção dos dados dos profissionais

A gestão de pessoas trata dados pessoais de candidatos e de profissionais, alguns deles sensíveis, como os de saúde. O ISAC os trata na forma da Lei Geral de Proteção de Dados: coleta apenas o necessário para cada finalidade, informa ao titular como os dados são usados, restringe o acesso por perfil, guarda os dados pelo prazo exigido pela legislação trabalhista, previdenciária e de prestação de contas, e responde aos pedidos dos titulares pelo encarregado de dados do Instituto. Os dados de saúde ocupacional ficam restritos ao SESMT; as avaliações de desempenho, ao profissional, à liderança e a Gente e Gestão; e os dados dos candidatos não aprovados são descartados ao fim da validade do cadastro reserva.

24.8.6 Clima, comunicação e igualdade

A pesquisa de clima organizacional é aplicada anualmente em cada unidade, e os resultados são devolvidos às equipes com o plano de ação correspondente. A comunicação diária é feita pelo ISAC Day e pelo ISAC Night, encontros curtos de alinhamento no início dos turnos diurno e noturno, em que as equipes tratam da situação da unidade, dos avisos do dia e dos reconhecimentos. O Instituto publica semestralmente, por estabelecimento, o Relatório de Transparência e Igualdade Salarial de Mulheres e Homens previsto na Lei nº 14.611/2023, e observa as convenções coletivas de cada categoria, mantendo diálogo com as entidades sindicais do Tocantins.

Quadro 24.34 – Canais de escuta dos profissionais

Canal	Para quê	Frequência
ISAC Day e ISAC Night	Alinhamento das equipes no início de cada turno: situação da unidade, avisos, reconhecimentos	Diária
Passagem de plantão	Continuidade do cuidado de cada paciente entre as equipes	A cada troca de plantão
Reunião de setor	Resultados do setor, escalas, mudanças de rotina, sugestões da equipe	Mensal
Mural e grupos oficiais de mensagens	Escalas, comunicados, campanhas e oportunidades de seleção interna	Contínua
Setor de Gente e Gestão	Atendimento individual sobre frequência, folha, benefícios, saúde e desenvolvimento	Diária, em horário publicado
Canal de Denúncias	Relatos de assédio, discriminação, fraude ou violação do Código de Ética, com sigilo	Permanente
Pesquisa de clima	Percepção das equipes sobre liderança, condições de trabalho e reconhecimento	Anual

24.9 Particularidades da UPA Norte e da UPA Sul

As normas de gestão de pessoas são as mesmas nas duas unidades, mas a aplicação muda com a estrutura, a demanda e o perfil de cada uma. As diferenças que afetam a gestão das equipes estão reunidas a seguir, para evitar a repetição do conteúdo comum.

24.9.1 UPA Norte – José de Souza Dourado

A UPA Norte recebe em média 392 atendimentos por dia, com picos acima de 497 em 5% dos dias, e atende também a demanda espontânea de Porto Nacional, especialmente da região de Luzimangues. Tem 35 leitos — 27 de observação (9 masculinos, 9 femininos e 9 pediátricos), 6 na sala de estabilização, um deles reservado à pediatria, e 2 de isolamento —, 3 salas de classificação e 4 consultórios. A equipe de referência de enfermagem, transporte e apoio assistencial é de 153 profissionais. Para a gestão de pessoas, isso significa:

- maior equipe crítica na sala de estabilização, com prioridade absoluta na cobertura de ausências e na seleção de profissionais com experiência em atendimento de pacientes graves;
- cozinha de produção de refeições, com equipe de nutrição e de produção de alimentos, própria ou contratada conforme o capítulo 20, e riscos ocupacionais próprios (calor, cortes, queimaduras) no programa de gerenciamento de riscos;
- maior mês de procura em maio, que orienta a programação de férias e o reforço de escalas.

24.9.2 UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar

A UPA Sul recebe em média 455 atendimentos por dia, com picos acima de 566 em 5% dos dias, e é referência regional para Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia. Tem 38 leitos — 32 de observação (12 masculinos, 12 femininos e 8 pediátricos), 4 na sala de estabilização e 2 de isolamento —, 4 salas de classificação e 5 consultórios. Crianças menores de 12 anos são 16,8% dos atendimentos. A equipe de referência de enfermagem, transporte e apoio assistencial é de 165 profissionais. Para a gestão de pessoas, isso significa:

- maior número de enfermeiros habilitados na classificação de risco, para manter as quatro salas abertas nos horários de pico;
- seleção e capacitação reforçadas em atendimento pediátrico para a equipe da observação pediátrica, e prioridade no credenciamento de pediatras;
- maior exposição a risco biológico nos leitos de isolamento, com atenção especial à vacinação e às precauções específicas;
- maior mês de procura em abril, com reforço de escalas e restrição de férias nesse período.

24.10 Riscos da gestão de pessoas e contingências

A gestão de pessoas de duas UPAs de grande porte está sujeita a riscos conhecidos. O ISAC os identifica de antemão, com as medidas para preveni-los e a resposta prevista caso se concretizem. O quadro abaixo integra a matriz de riscos das unidades e é revisto semestralmente pela direção, com a área de Gente e Gestão.

Quadro 24.35 – Riscos da gestão de pessoas

Risco	Prevenção	Contingência
Vagas não preenchidas na mobilização inicial	Edital publicado logo após a assinatura; divulgação ampla em Palmas e na região; valorização da experiência nas próprias unidades	Prorrogação das inscrições; convocação do cadastro reserva de outras categorias habilitadas; plantões extras até o preenchimento
Escassez de pediatras e ortopedistas	Chamamento permanente; divulgação junto às residências e sociedades de especialidade; condições contratuais competitivas	Lista de credenciados para cobertura; redistribuição dos atendimentos entre os médicos presentes; comunicação imediata à Secretaria
Absenteísmo em massa por surto de doença na equipe (influenza, dengue)	Vacinação; biossegurança; monitoramento semanal dos atestados nos meses de maior risco	Plano de contingência do plantão; plantões extras; priorização dos postos críticos; comunicação à Secretaria
Paralisação ou movimento coletivo de categoria	Cumprimento integral das convenções coletivas; pagamento pontual; diálogo permanente com as entidades sindicais	Manutenção das equipes mínimas exigidas em lei para serviços essenciais; comunicação imediata à Secretaria
Rotatividade alta em uma categoria	Análise trimestral da rotatividade e das entrevistas de desligamento; ações de retenção; pesquisa de clima	Cadastro reserva sempre formado; processo seletivo contínuo para a categoria
Adoecimento mental das equipes	Plantão Psicológico; Programa Sinta-se Bem; atenção à sobrecarga; apoio após eventos críticos	Afastamento com acompanhamento do SESMT; readaptação; reforço temporário da escala do setor
Inconsistência entre CNES, ponto, folha e escalas	Conferência mensal obrigatória; atualização do CNES no mesmo mês de cada movimentação	Correção imediata e registro no relatório mensal; revisão do processo que gerou a falha
Ação trabalhista por descumprimento de norma	Aplicação das convenções; controle de jornada; auditoria interna dos processos de pessoal	Acompanhamento jurídico pela sede; correção do procedimento em todas as unidades

24.11 Indicadores de gestão de pessoas

Os indicadores abaixo são apurados mensalmente para cada unidade e compõem os relatórios periódicos de execução da parceria e o relatório anual de indicadores de Gente e Gestão previsto na Política de Gestão de Pessoas. As metas internas são compromissos do ISAC para a gestão das equipes e não se confundem com as metas pactuadas no Anexo II do Termo de Referência.

Quadro 24.36 – Indicadores de gestão de pessoas

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta interna
Taxa de absenteísmo	horas de ausência não programada ÷ horas previstas nas escalas × 100	≤ 2% ao mês
Cobertura das escalas críticas	plantões com todos os postos críticos cobertos ÷ plantões do mês × 100	100%
Horas extras e plantões extras	horas extras e de plantões extras ÷ horas previstas nas escalas × 100	≤ 5% ao mês
Rotatividade (turnover)	(admissões + desligamentos) ÷ 2 ÷ profissionais ativos × 100	≤ 2% ao mês
Tempo médio de reposição	soma dos dias entre a vacância e a assunção do substituto ÷ vagas repostas	≤ 7 dias nos postos assistenciais; ≤ 15 dias nas funções administrativas e de coordenação
Integração no prazo	admitidos com integração institucional e setorial concluída antes do primeiro plantão ÷ admitidos × 100	100%
Avaliações de desempenho no prazo	avaliações realizadas no prazo ÷ avaliações previstas × 100	≥ 95%
Conformidade do CNES	profissionais em atividade corretamente cadastrados ÷ profissionais em atividade × 100	100%
Exames ocupacionais em dia	profissionais com exame periódico em dia ÷ profissionais ativos × 100	100%

Nota: fichas técnicas completas no Anexo 8.

Os indicadores são analisados na reunião mensal de gestão de cada unidade, com a direção e as coordenações, e não apenas registrados. Para cada indicador fora da meta, a análise identifica a causa, o setor e o turno envolvidos e define ação corretiva com responsável e prazo, que é acompanhada nas reuniões seguintes. O relatório mensal de execução enviado à Secretaria Municipal da Saúde traz, para cada unidade, o controle individualizado das equipes, os indicadores do mês com a série histórica, a análise dos que estiverem fora da meta, as reposições realizadas e os processos seletivos em andamento.

24.11.1 Auditoria e melhoria contínua

Os processos de gestão de pessoas são auditados periodicamente pela área de Gente e Gestão da sede, com amostras de processos seletivos, prontuários funcionais, admissões, avaliações de desempenho, registros de frequência e desligamentos. A auditoria verifica se as etapas foram cumpridas, se os prazos foram respeitados e se os registros permitem reconstituir cada decisão. As não conformidades geram plano de ação com responsável e prazo, acompanhado pela direção da unidade.

Os requisitos de gestão de pessoas dos modelos de acreditação que o ISAC já alcançou em outras UPAs, como a Organização Nacional de Acreditação e a Qmentum International, orientam essas auditorias: qualificação comprovada dos profissionais, integração registrada, capacitação alinhada às necessidades, avaliação de desempenho periódica, saúde ocupacional e dimensionamento adequado. A cada ano, os resultados dos indicadores, das auditorias, da pesquisa de clima e das entrevistas de desligamento são consolidados no

relatório anual de Gente e Gestão, que orienta a revisão das normas e das metas desta parte para o ano seguinte, sempre em diálogo com a Secretaria Municipal da Saúde.

24.12 Cronograma de implantação

As normas de gestão de pessoas descritas nesta parte são implantadas desde a assinatura do Termo de Colaboração, em articulação com o plano de transição e com as providências dos primeiros 30, 60 e 90 dias do Plano de Trabalho:

Quadro 24.37 – Implantação das normas de gestão de pessoas

Período	Ação
Da assinatura à assunção	Designação da comissão de seleção; publicação dos editais de mobilização e do chamamento para credenciamento médico; seleção, admissão e integração das equipes; cadastro de todos no CNES; publicação das primeiras escalas
Primeiro mês	Início do registro de frequência e do painel de absenteísmo; primeira conferência entre escala, ponto, folha e CNES; constituição da CIPA; programas de gerenciamento de riscos e de controle médico em vigor
Segundo e terceiro meses	Envio à Secretaria do manual de gestão de pessoas das unidades, até o 45º dia da assinatura; avaliações dos 45 e dos 90 dias dos profissionais admitidos na mobilização; primeiro parecer trimestral do SESMT; formação do cadastro reserva de todos os cargos
Quarto ao sexto mês	Primeira pesquisa de clima; conversas de acompanhamento do ciclo de avaliação; primeira análise trimestral da rotatividade e das entrevistas de desligamento
Décimo segundo mês	Encerramento do primeiro ciclo anual de avaliação de desempenho, com planos de desenvolvimento individual; relatório anual de indicadores de Gente e Gestão

24.13 Anexos da gestão de pessoas

Modelos, formulários e fichas citados no texto do capítulo 24. Os formulários são reproduzidos no sistema de gestão de pessoas do ISAC e podem ser preenchidos em meio digital.

24.13.1 Anexo 1 – Modelo de edital de processo seletivo

Modelo adotado pelo ISAC para os processos seletivos das UPAs Norte e Sul de Palmas. Os campos entre colchetes são preenchidos em cada processo; a estrutura e as regras são fixas.

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA – ISAC. EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº [número]/[ano] – UPA 24h [Norte/Sul] – PALMAS/TO

1. Disposições preliminares

1.1. O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC torna pública a abertura de processo seletivo para contratação de profissionais e formação de cadastro reserva para a UPA 24h [nome da unidade], gerida pelo ISAC em parceria com o Município de Palmas, por meio do Termo de Colaboração nº [número].

1.2. O processo seletivo é um procedimento privado do ISAC. Como a parceria usa recursos públicos, ele segue regras de transparência e de impessoalidade, mas não é concurso público: não cria vínculo de nenhuma espécie com a Administração Pública nem dá estabilidade, e quem for contratado será empregado do ISAC, sob a Consolidação das Leis do Trabalho.

1.3. O processo é regido por este edital, pelo Regulamento de Contratação de Pessoal e pela Política de Gestão de Pessoas do ISAC, e todas as suas etapas são publicadas no Portal de Vagas (vagas.isac.org.br).

2. Cargos, vagas e condições

2.1. Quadro de cargos: cargo; número de vagas imediatas; cadastro reserva; requisitos; salário-base; jornada e escala; local de trabalho; regime de contratação (CLT, contrato de experiência de 45 dias prorrogável por mais 45).

2.2. As atribuições de cada cargo constam do Apêndice I deste edital.

3. Inscrições

3.1. As inscrições são gratuitas e feitas exclusivamente pelo Portal de Vagas, de [data] a [data], com prazo mínimo de três dias úteis.

3.2. O candidato declara, na inscrição, a formação, os cursos e a experiência, que serão comprovados na etapa documental. A declaração não confirmada elimina o candidato.

4. Etapas

4.1. Avaliação teórica objetiva (eliminatória e classificatória), para os cargos indicados no quadro de cargos, com mínimo de 70% de acertos, sobre o conteúdo programático do Apêndice II.

4.2. Avaliação coletiva ou entrevista individual por competências (eliminatória e classificatória, peso 2, mínimo de 70 pontos), conduzida por no mínimo dois avaliadores, com convocação de no mínimo cinco candidatos por cargo, na ordem de classificação. A experiência na função e em urgência declarada na inscrição é explorada e valorizada nesta etapa.

4.3. Comprovação documental e registro ativo no conselho de classe no Tocantins (eliminatória).

5. Nota final e desempate

5.1. A nota final é a soma ponderada da avaliação teórica (peso 1) e da avaliação coletiva ou entrevista (peso 2).

5.2. Desempate: maior tempo de experiência na área; persistindo, maior idade.

6. Resultados e recursos

6.1. O resultado de cada etapa é publicado no Portal de Vagas, com data. As notas individuais são informadas ao próprio candidato, em respeito à Lei nº 13.709/2018.

6.2. Cabe recurso do resultado de cada etapa eliminatória, pelo e-mail indicado no cronograma, em até 24 horas da publicação, com resposta fundamentada.

7. Cadastro reserva

7.1. Os aprovados não convocados para as vagas imediatas integram o cadastro reserva, **válido pelo período de vigência do Termo de Colaboração**, e são convocados na ordem de classificação, para reposição ou aumento de quadro.

8. Pessoas com deficiência

8.1. As pessoas com deficiência participam em igualdade de condições, com as adaptações que solicitarem na inscrição. As vagas destinadas ao cumprimento da cota legal têm prioridade de preenchimento.

9. Admissão

9.1. A admissão depende da apresentação dos documentos do Apêndice III, da aptidão no exame admissional realizado por médico do trabalho, da atualização do esquema vacinal exigido pela NR-32 e da conclusão da integração antes do primeiro plantão.

10. Vedações e disposições finais

10.1. É vedada a contratação de candidato com parentesco até o terceiro grau com profissional ao qual fique subordinado, com dirigentes do ISAC ou com agentes públicos responsáveis pela gestão ou pela fiscalização da parceria.

10.2. A readmissão de ex-empregado exige intervalo mínimo de 90 dias do desligamento e aprovação do Gerente da Unidade ou da Diretoria Geral.

10.3. Os dados pessoais são tratados exclusivamente para este processo e guardados pelo prazo do cadastro reserva.

10.4. Os casos omissos são resolvidos pela equipe de seleção, com registro da decisão.

Quadro 24.38 – Cronograma do processo seletivo

Evento	Data
Publicação do edital	[data]
Inscrições	[período]
Avaliação teórica	[data, horário e local]
Resultado da avaliação teórica	[data]
Avaliação coletiva ou entrevistas	[período]
Resultado final	[data]
Convocação para admissão	[data]

24.13.2 Anexo 2 – Roteiro e ficha da entrevista por competências

Identificação			
Processo seletivo nº		**Unidade**	
Cargo		**Candidato**	
Data		**Modalidade (presencial ou virtual)**	

Orientações aos avaliadores. A entrevista é conduzida por no mínimo dois avaliadores (RH e gestor da área), que atribuem notas separadamente antes de discuti-las. Cada competência é explorada por uma pergunta técnica ou situacional e por uma pergunta sobre situação vivida pelo candidato. O avaliador registra as evidências ouvidas, não impressões gerais. Avaliador com impedimento em relação ao candidato declara-se impedido antes do início.

Quadro 24.39 – Ficha de avaliação da entrevista

Competência	Pontos	Nota do avaliador 1	Nota do avaliador 2	Evidências registradas
Compromisso com a segurança do paciente	0 a 20			
Adesão a protocolos e conhecimento técnico do cargo	0 a 20			
Trabalho em equipe sob pressão	0 a 15			
Atendimento humanizado	0 a 15			
Comunicação	0 a 15			
Responsabilidade e compromisso	0 a 15			
Total	**0 a 100**			Nota final = média dos avaliadores; mínimo de 70 pontos; peso 2 na nota final

Banco de perguntas (exemplos por competência)

Competência	Perguntas
Segurança do paciente	Conte uma situação em que você percebeu um erro antes que chegasse ao paciente. O que fez? Quais barreiras você usa antes de administrar uma medicação?
Adesão a protocolos	Um médico pede uma medicação sem prescrição registrada. O que você faz? Paciente com dor torácica chega à classificação. Quais são os seus primeiros passos? (enfermeiro)
Trabalho em equipe	Descreva um plantão em que a unidade ficou lotada. Como se organizou com a equipe? Como você age quando discorda de um colega sobre a conduta com um paciente?
Atendimento humanizado	Um acompanhante exaltado cobra atendimento imediato para um paciente verde. Como conduz? Conte uma situação em que você precisou dar uma notícia difícil a uma família.
Comunicação	Como você passa o plantão de um paciente grave para o colega que chega? Como você comunica ao coordenador uma situação de risco na unidade?
Responsabilidade	O que você faz se perceber que não conseguirá chegar ao plantão? Conte uma situação em que assumiu um erro seu.

Assinatura	Nome	Data
Avaliador 1 (RH):		__/__/____
Avaliador 2 (gestor da área):		__/__/____

24.13.3 Anexo 3 – Formulário de requisição de pessoal

Identificação			
Unidade		**Setor**	
Cargo		**Número de vagas**	
Turno e escala		**Data da requisição**	

Motivo da requisição	Marque
Substituição por desligamento – nome do profissional substituído e data da vacância: _____	☐
Substituição por afastamento prolongado (prazo determinado) – motivo e previsão de retorno: _____	☐
Aumento de quadro previsto no dimensionamento aprovado – referência: _____	☐

Conferência pelo setor de Gente e Gestão	Sim	Não
A vaga existe no dimensionamento aprovado (V.2.9 / Plano de Trabalho)?	☐	☐
Há cadastro reserva válido para o cargo? Candidato a convocar: _____	☐	☐
É necessário abrir processo seletivo? Previsão de publicação: _/_/_____	☐	☐
O posto está coberto pela sequência de cobertura de ausências até a reposição?	☐	☐

Justificativa do gestor:

_____

_____

_____

_____

Assinatura	Nome	Data
Gestor requisitante:		_/_/_____
Setor de Gente e Gestão:		_/_/_____
Diretor Geral das UPAs (aprovação):		_/_/_____

24.13.4 Anexo 4 – Checklist de admissão e documentação

Identificação			
Nome		**Cargo**	
Unidade e setor		**Data prevista de início**	

Documentos de todos os profissionais	OK	Obs.
Documento de identidade e CPF	☐	
Comprovante de residência	☐	
Certidão de nascimento ou casamento	☐	
Documentos dos dependentes	☐	
PIS/NIS	☐	
Título de eleitor	☐	
Certificado de reservista (quando aplicável)	☐	
Dados bancários	☐	
Foto	☐	
Comprovante de escolaridade	☐	
Cartão de vacinação	☐	

Habilitação profissional	OK	Obs.
Diploma ou certificado do curso	☐	
Registro ativo no conselho do Tocantins (consulta pública impressa)	☐	
Certificados declarados na inscrição conferidos	☐	
Condutor: habilitação na categoria exigida, curso de condutor de veículo de emergência e certidão de pontuação	☐	

Saúde ocupacional	OK	Obs.
Atestado de saúde ocupacional admissional (apto)	☐	
Esquema vacinal NR-32 conferido; doses pendentes encaminhadas	☐	
Teste de anticorpos contra a hepatite B solicitado	☐	

Contrato e registros (até o dia anterior ao início)	OK	Obs.
Contrato de experiência assinado	☐	
Registro no eSocial	☐	
Termo de ciência do Código de Ética e da Política de Consequências	☐	
Termo de confidencialidade e proteção de dados	☐	
Termo de uso de sistemas e senhas	☐	
Ficha de opção de benefícios	☐	

Cadastros e acessos (antes do primeiro plantão)	OK	Obs.
Cadastro no CNES da unidade (CBO, carga horária e vínculo)	☐	
Cadastro no ponto eletrônico	☐	
Acessos ao prontuário eletrônico e aos sistemas	☐	
Crachá, uniforme e equipamentos de proteção entregues	☐	

Integração	OK	Obs.
Integração institucional (4 horas) antes do primeiro plantão	☐	
Integração no setor (4 a 6 horas) antes do primeiro plantão	☐	
Padrinho designado: _____	☐	
Apadrinhamento e avaliação de aprendizagem concluídos em 30 dias	☐	

Assinatura	Nome	Data
Departamento Pessoal:		__/__/____
NEPES:		__/__/____
Coordenação do setor:		__/__/____

24.13.5 Anexo 5 – Avaliação do período de experiência (45 e 90 dias)

Identificação			
Nome		**Cargo**	
Setor		**Data de admissão**	
Avaliação		**Padrinho**	

Cada avaliação é realizada com pelo menos 5 dias de antecedência do vencimento do respectivo período de experiência.

Escala: 1 – não demonstra; 2 – demonstra eventualmente, precisa de orientação frequente; 3 – demonstra na maior parte das situações; 4 – demonstra de forma consistente; 5 – é referência para os colegas.

Critério	45 dias	90 dias	Comentário
Ética, respeito e humanização no atendimento			
Trabalho em equipe e comunicação			
Compromisso com a segurança do paciente			
Domínio das atribuições do cargo			
Adesão aos protocolos e às rotinas			
Qualidade dos registros			
Assiduidade e pontualidade (dados do ponto)			
Opinião do padrinho			
Média			

Decisão	45 dias	90 dias
Prorrogação do contrato, com os pontos a desenvolver: _____	☐	—
Efetivação	—	☐
Encerramento do contrato, com as razões registradas	☐	☐

Pontos fortes e pontos a desenvolver:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura	Nome	Data
Profissional (ciente da devolutiva):		__/__/____
Gestor imediato:		__/__/____
Setor de Gente e Gestão:		__/__/____

24.13.6 Anexo 6 – Formulário de avaliação anual de desempenho e PDI

Identificação			
Nome		**Cargo**	
Setor		**Ciclo**	
Avaliador		**Data da devolutiva**	

Escala de 1 a 5 com descrição dos comportamentos esperados. Nota da dimensão = (média − 1) ÷ 4 × 100. Nota final = 30% competências institucionais + 40% competências técnicas + 30% entregas.

Competências institucionais (30%)	Auto	Gestor	Evidências
Ética e integridade			
Respeito e humanização no atendimento			
Trabalho em equipe			
Comunicação			
Compromisso com a segurança do paciente			
Média / nota da dimensão			

Competências técnicas do cargo (40%) – exemplo: enfermeiro	Auto	Gestor	Evidências
Classificação de risco conforme o Protocolo de Manchester			
Gestão do cuidado na observação e na sala de estabilização			
Supervisão da equipe técnica			
Aplicação dos protocolos de dor torácica, AVC, sepse e trauma			
Registro de enfermagem e passagem de plantão			
Média / nota da dimensão			

Entregas e indicadores (30%)	Resultado	Nível (1 a 5)	Fonte
Auditoria de prontuário			Comissão de Revisão de Prontuários
Adesão à higiene das mãos			Núcleo de Segurança do Paciente / CCIH
Capacitações obrigatórias em dia			NEPES
Assiduidade e pontualidade			Ponto eletrônico
Indicadores do setor			Painel da unidade
Média / nota da dimensão			

Resultado	Valor
Nota final (0 a 100)	
Faixa (supera, atende, atende parcialmente, não atende)	

PDI (obrigatório para resultado abaixo de 70) – competência a desenvolver	Ação	Prazo	Responsável

Pedido de revisão: o profissional pode pedir revisão ao setor de Gente e Gestão em até dez dias da devolutiva. ☐ Não pedirá revisão ☐ Pedirá revisão

Assinatura	Nome	Data
Profissional:		_/_/_____
Gestor imediato:		_/_/_____
Calibração (coordenação e Gente e Gestão):		_/_/_____

24.13.7 Anexo 7 – Formulário de avaliação semestral do corpo clínico

Identificação			
Médico		**CRM-TO**	
Especialidade		**Pessoa jurídica**	
Semestre		**Diretor Técnico (avaliador)**	

Indicador	Resultado do médico	Referência	Avaliação (1 a 5)
Tempo entre classificação e primeiro atendimento, por cor		Tempos-alvo do Anexo II do TR	
Adesão aos protocolos de dor torácica, AVC, sepse e trauma		Manual do capítulo 10	
Qualidade do registro em prontuário		Comissão de Revisão de Prontuários	
Retorno em 48 horas dos usuários atendidos		Limite do Anexo II do TR	
Pontualidade e cumprimento integral dos plantões		Todos os plantões, sem abandono	
Manifestações dos usuários		Ouvidoria	
Gestão da assistência e produção		Coordenação médica	
Trabalho multiprofissional		Coordenação médica e de enfermagem	

Conclusão do Diretor Técnico	Marque
Manutenção do credenciamento	☐
Manutenção com plano de melhoria e prazo: _____	☐
Encerramento do credenciamento, na forma do regimento do corpo clínico	☐

Assinatura	Nome	Data
Médico (ciente):		__/__/____
Coordenador médico do plantão (apoio, quando houver):		__/__/____
Diretor Técnico:		__/__/____

24.13.8 Anexo 8 – Fichas técnicas dos indicadores de gestão de pessoas

Taxa de absenteísmo	
Objetivo	Medir as ausências não programadas que afetam as escalas
Fórmula	horas de ausência não programada no mês ÷ horas previstas nas escalas × 100
Observações	Faltas justificadas e injustificadas, atestados de até 15 dias, atrasos e saídas antecipadas; excluídos férias, folgas e afastamentos acima de 15 dias
Fonte	Ponto eletrônico, escalas e registros do SESMT
Periodicidade	Mensal; tendência trimestral
Meta interna	≤ 2% ao mês por unidade; alerta por setor acima de 4%
Responsável	Gente e Gestão da UPA

Cobertura das escalas críticas	
Objetivo	Verificar se os postos que comprometem a segurança estiveram sempre ocupados
Fórmula	plantões com todos os postos críticos cobertos ÷ plantões do mês × 100
Observações	Postos críticos: classificação de risco, sala de estabilização, médico do primeiro atendimento, transporte sanitário
Fonte	Escala, ponto e livro de ocorrências do plantão
Periodicidade	Mensal
Meta interna	100%
Responsável	Coordenações de enfermagem e médica

Horas extras e plantões extras	
Objetivo	Acompanhar o custo da cobertura e a sobrecarga das equipes
Fórmula	horas extras e de plantões extras ÷ horas previstas nas escalas × 100
Observações	Por setor e categoria
Fonte	Folha de pagamento e escalas
Periodicidade	Mensal
Meta interna	≤ 5% ao mês
Responsável	Gente e Gestão da UPA

Rotatividade (turnover)	
Objetivo	Medir a renovação do quadro
Fórmula	(admissões + desligamentos) ÷ 2 ÷ profissionais ativos × 100
Observações	Empregados do ISAC; médicos acompanhados à parte
Fonte	Folha de pagamento
Periodicidade	Mensal; análise trimestral com as entrevistas de desligamento
Meta interna	≤ 2% ao mês
Responsável	Gente e Gestão da sede

Tempo médio de reposição	
Objetivo	Verificar o cumprimento dos prazos máximos de reposição
Fórmula	soma dos dias corridos entre a vacância e a assunção do substituto ÷ vagas repostas
Observações	Por tipo de posto
Fonte	Requisições de pessoal e registros de admissão
Periodicidade	Mensal
Meta interna	≤ 15 dias nos postos assistenciais
Responsável	Gente e Gestão da UPA

Integração no prazo	
Objetivo	Garantir que ninguém trabalhe sem integração
Fórmula	admitidos com integração institucional e setorial concluída antes do primeiro plantão ÷ admitidos × 100
Observações	Apadrinhamento concluído em 30 dias acompanhado à parte
Fonte	Registros do NEPES
Periodicidade	Mensal
Meta interna	100%
Responsável	NEPES

Avaliações de desempenho no prazo	
Objetivo	Verificar o cumprimento do calendário de avaliação
Fórmula	avaliações realizadas no prazo ÷ avaliações previstas × 100
Observações	Experiência (45 e 90 dias), anual e médicos (semestral)
Fonte	Registros de Gente e Gestão
Periodicidade	Mensal
Meta interna	≥ 95%
Responsável	Gente e Gestão da UPA

Conformidade do CNES	
Objetivo	Assegurar que o CNES reflita a força de trabalho real
Fórmula	profissionais em atividade corretamente cadastrados ÷ profissionais em atividade × 100
Observações	Todos os vínculos, inclusive médicos, terceirizados e servidores cedidos
Fonte	Conferência mensal CNES × escala × ponto × folha
Periodicidade	Mensal
Meta interna	100%
Responsável	Departamento Pessoal da UPA

Exames ocupacionais em dia	
Objetivo	Acompanhar a saúde ocupacional
Fórmula	profissionais com exame periódico em dia ÷ profissionais ativos × 100
Observações	Empregados do ISAC
Fonte	Registros do SESMT
Periodicidade	Mensal
Meta interna	100%
Responsável	SESMT

24.13.9 Anexo 9 – Registro de ausência e roteiro da conversa de retorno

Parte 1 – Registro da ausência (coordenador médico ou enfermeiro supervisor do plantão)

Identificação			
Profissional		**Cargo e setor**	
Plantão (data e turno)		**Horário da comunicação**	

Item	Registro
Forma de comunicação	☐ telefone ☐ mensagem ☐ não comunicou
Antecedência em relação ao início do plantão	
Motivo informado	☐ doença ☐ familiar ☐ transporte ☐ outro: _____
Providência de cobertura	☐ remanejamento ☐ profissional de cobertura ☐ plantão extra ☐ cadastro reserva
Horário em que o posto foi coberto	

Parte 2 – Conversa de retorno (gestor imediato)

Pergunta	Resposta
O que aconteceu?	
Há algo no trabalho que contribuiu para a ausência (escala, sobrecarga, conflito, saúde)?	
Você precisa de algum apoio (SESMT, Plantão Psicológico, ajuste de escala)?	
Atestado entregue no prazo?	☐ sim ☐ não ☐ não se aplica
Ausências não programadas nos últimos 90 dias	(3 ou mais: acompanhamento por Gente e Gestão)
Encaminhamentos combinados	

Assinatura	Nome	Data
Profissional:		__/__/____
Gestor imediato:		__/__/____

24.13.10 Anexo 10 – Checklist de desligamento e roteiro da entrevista de desligamento

Identificação			
Nome		**Cargo e setor**	
Forma de desligamento		**Último dia de trabalho**	

Etapa	OK	Responsável
Comunicação ao profissional em conversa reservada	☐	Gestor e Gente e Gestão
Requisição de reposição aberta no dia da comunicação	☐	Gestor
Posto incluído na sequência de cobertura até a reposição	☐	Coordenação
Passagem de responsabilidades registrada (coordenadores e responsáveis técnicos)	☐	Gestor
Exame demissional (NR-7)	☐	SESMT
Devolução de crachá, uniforme, equipamentos e materiais	☐	Departamento Pessoal
Bloqueio dos acessos ao prontuário, aos sistemas e às áreas restritas no último dia	☐	TI
Baixa no CNES e atualização do controle mensal das equipes	☐	Departamento Pessoal
Acerto rescisório em até 10 dias do término, eSocial e Carteira de Trabalho Digital	☐	Departamento Pessoal da UPA
Comunicação ao conselho e à vigilância sanitária (substituição de responsável técnico)	☐	Direção
Entrevista de desligamento	☐	Gente e Gestão

Roteiro da entrevista de desligamento (conduzida por Gente e Gestão, não pelo gestor imediato)

Tema	Pergunta	Resposta
Motivo	Qual foi o principal motivo da sua saída?	
Liderança	Como você avalia a relação com a sua liderança imediata?	
Equipe	Como era o relacionamento com a equipe?	
Condições de trabalho	O que dificultava o seu trabalho no dia a dia (escala, estrutura, demanda)?	
Remuneração	Como você avalia a remuneração e os benefícios em relação ao mercado?	
Desenvolvimento	Você teve oportunidades de aprender e crescer?	
Retorno	Você voltaria a trabalhar no ISAC? Recomendaria a um colega?	
Sugestão	O que o ISAC poderia ter feito para que você ficasse?	

Assinatura	Nome	Data
Profissional:		__/__/____
Setor de Gente e Gestão:		__/__/____

24.13.11 Anexo 11 – Normas institucionais do ISAC

Seguem, nas próximas folhas, as cópias integrais das normas institucionais citadas no Quadro 24.1 do capítulo 24, nesta ordem:

1. Política de Consequências (POL-CON, versão 02), vigente desde 16/06/2021.
2. Regulamento de Contratação de Pessoal, aprovado pelo Conselho de Administração em 14/01/2020.
3. Política de Gestão de Pessoas (POL.DGP.SED.001, versão 02), publicada em 12/11/2025.
4. Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses, versão 2, de 16/06/2021.
5. Programa de Prevenção e Enfrentamento à Agressão Física, Moral ou Psicológica (PRO.DGP.SED.005, versão 02), publicado em 21/07/2026.

ISAC

POLÍTICA	
POLÍTICA DE CONSEQUENCIAS	
Código POL-CON	**Versão:** 02 **Vigência:** 16/06/2021

1. INTRODUÇÃO

O Instituto Saúde e Cidadania - ISAC, com o fulcro de assegurar a integridade e a ética, define sua Politica de Consequências de forma a estabelecer diretrizes e criterios gerais para aplicação de ações corretivas referentes à não observância de leis, normativos, processos e procedimentos e padrões éticos estabelecidos pelo ISAC.

As dúvidas surgidas na aplicação desta Politica serão dirimidas pelo seu gestor imediato e/ou Presidência desta Organização Social. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho de Administração do ISAC.

2. OBJETIVOS

Estabelecer principios e diretrizes norteadores para divulgação e aplicação de medidas de consequências aos associados, conselheiros, administradores, colaboradores e fornecedores, bem como aos parceiros que estiverem prestando serviços em nome do Instituto ou para o Instituto, em virtude de condutas, ações ou omissões vinculadas ao descumprimento do Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, de normas internas, de normas externas ou legislação.

Resguardar a imagem institucional do ISAC, bem como assegurar sua perenidade e fortalecer a sua governança.

Contribuir com a efetividade da gestão e melhoria dos controles e *Compliance* do ISAC, visando o alcance dos objetivos estratégicos, táticos e operacionais, bem como definir a possibilidade de dar oportunidade de reposicionamento ao(s) responsável(is) por acometimento de irregularidade(s).

3. APLICABILIDADE

Submetem-se a esta Política:

I. Conselheiros;

II. Administradores;

III. Colaboradores;

Aplica-se também, no que couber aos/a:

IV. Prestadores de serviços terceirizados;

V. Estagiários;

VI. Parceiros;

VII. Fornecedores;

VIII. Associados;

IX. Agentes públicos cedidos, e

X. Todos aqueles que, por força de lei, contrato ou qualquer outro vínculo jurídico com o ISAC, prestem serviços de natureza permanente, temporária ou excepcional, direta ou indiretamente.

4. DEFINIÇÕES E SIGLÁRIO

4.1. CONFLITO DE INTERESSES: Configura-se quando, por conta de interesse próprio ou de terceiro, o administrador ou o colaborador pode ser influenciado a agir contra os princípios ou interesses do Instituto, tomando decisão inapropriada ou deixando de cumprir alguma de suas responsabilidades profissionais.

4.2. DENÚNCIA: Comunicação de prática ou suspeita de prática de infração aos princípios e compromissos do Código de Ética, aos mecanismos de integridade, às leis e às políticas e procedimentos internos e às obrigações legais às quais está submetido o ISAC.

4.3. **INFRAÇÃO/IRREGULARIDADE:** Toda ação ou omissão que esteja em desacordo com princípios e compromissos constantes do Código de Ética, com os mecanismos de integridade, com as políticas e procedimentos internos e com as obrigações legais às quais está submetido o ISAC.

4.4. **SANÇÃO DISCIPLINAR:** Aplica-se em virtude de infração aos princípios do Código de Ética, aos mecanismos de integridade, às leis e decretos, às políticas e procedimentos internos do ISAC e às obrigações legais às quais ele está submetido.

5. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

5.1. O Conselho de Administração, o Comitê de Ética e a Comissão de Ética são as instâncias competentes para apurar irregularidades, bem como recomendar quais as sanções disciplinares cabíveis para a alçada competente de aplicá-la, nos casos de violação aos preceitos e diretrizes estabelecidos no Estatuto Social, no Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses, nos Programas, nas Políticas do ISAC, nas normas internas e externas e na legislação aplicável.

5.2. O Conselho de Administração poderá acompanhar quaisquer investigações internas e a aplicação das sanções disciplinares relacionadas a desvios de conduta que violem o Estatuto Social do ISAC, o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses e demais normas, bem como avocar os trabalhos de averiguação das demais instâncias, apurar, analisar e julgar.

5.3. Ao Conselho de Administração competirá deliberar sobre as orientações e recomendações oferecidas pelo Comitê de Ética e pela Comissão de Ética, para aprimoramento do Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses e da Política de Consequências.

5.4. Os integrantes do Comitê de Ética serão definidos pelo Conselho de Administração do ISAC, o qual poderá avocar as investigações realizadas pela Comissão de Ética, apurar ocorrências que estejam em desacordo com o Estatuto Social, com o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do Instituto, com normas e legislação, bem como analisar e julgar os desvios averiguados pela Comissão de Ética.

5.5. A Comissão de Ética será formada por integrantes não pertencentes à Unidade onde ocorreu o fato, cabendo investigar situações que não estejam aderentes ao Estatuto Social, ao Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do Instituto, às normas e legislação, exceto quando houver envolvimento de integrante da diretoria da Unidade sob averiguação cuja alçada passa a ser do Comitê de Ética.

5.6. É de responsabilidade de todos os integrantes do ISAC:

a) Promover a gestão otimizada na área da saúde com resultados positivos para usuários, parceiros e organizações públicas e privadas;

b) Focar suas ações na prestação de serviços para que a administração dos hospitais e dos prontos atendimentos, sob responsabilidade do ISAC, atinjam os objetivos de otimizar a gestão dessas Unidades, visando melhorar e humanizar a assistência a seus usuários;

c) Pautar as decisões e as ações pessoais e organizacionais pela ética, integridade, transparência, lealdade, profissionalismo e eficiência, considerando os seus públicos de relacionamento;

d) Repudiar toda forma ou tentativa de corrupção, suborno, propina, vantagem pessoal e tráfico de influência, atuando sem concessões à ingerência de interesses e favorecimentos particulares, partidários ou pessoais, e estimular que seus colaboradores denunciem sua eventual

ocorrência aos canais adequados;

e) Guardar sigilo das informações privilegiadas, estratégicas e confidenciais e atuar de modo a evitar os conflitos de interesses;

f) Não se associar a outras empresas que tenham a intenção de manipular preços ou atuar nas atividades do ISAC utilizando práticas desleais;

g) Selecionar e contratar fornecedores de bens ou prestadoras de serviços, baseando-se em critérios de natureza técnica, evitando o favorecimento de qualquer empresa interessada ou a manipulação de propostas e de preços, em observância às premissas constantes em Leis e à Política de Compras, Contratações e Alienações do Instituto;

h) Não solicitar brindes, presentes, hospitalidades, patrocínios e/ou doações, que não estejam aderentes às normas do Instituto, e

i) Manter efetivo comprometimento com a adoção de condutas compatíveis com o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do ISAC, normas e legislação.

6. PRINCÍPIOS

A aplicação de medidas disciplinares deve necessariamente observar os seguintes princípios:

a) **Transparência**: Os procedimentos, direta ou indiretamente relacionados à aplicação da Política de Consequências, deverão ser pautados pela clareza, tendo as circunstâncias de tratamento e informações registradas;

b) **Honestidade e Integridade**: Ao participar direta ou indiretamente da aplicação da Política de Consequências, espera-se que os envolvidos mantenham postura íntegra e atuem sempre no melhor interesse do Instituto, evitando condutas contraditórias, duvidosas ou que possam denegrir a reputação, a credibilidade ou a imagem dos participantes, e

c) **Conformidade:** O ISAC é estritamente contrário às práticas de condutas que infringem os princípios e diretrizes que pautam o Estatuto Social, o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses, as normas internas e externas e a legislação vigente.

7. DIRETRIZES

A aplicação de medidas de consequências de caráter restritivo/sancionatório para associados, conselheiros, dirigentes, empregados, empresas e profissionais contratados, inicia-se na identificação da irregularidade cometida, mediante a evidenciação do descumprimento de norma e autoria.

A designação da instância responsável por conduzir a aplicação da consequência e orientação sobre como fazê-lo, se dará após a apreciação e averiguação pelas respectivas instâncias apuradoras e definição de consequências a serem imputadas.

O ISAC fará a gestão e tratamento de denúncias e infrações a fim de assegurar que as ações e condutas em desacordo com o seu Estatuto Social, com o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses, com as normas e com a legislação, sejam regularmente apuradas, que os colaboradores ou terceiros envolvidos sejam responsabilizados, que os danos ao Instituto sejam ressarcidos e que sejam tomadas ações de remediação para mitigar o risco e evitar novas ocorrências.

O Instituto assegurará total sigilo, confidencialidade e proteção institucional contra eventuais tentativas de retaliação aos denunciantes. Eventual retaliação a denunciantes deverá ser tratada como nova infração.

O ISAC assegurará total sigilo, confidencialidade e proteção institucional aos envolvidos em denúncias, sem prejuízo da publicidade da decisão final de mérito exarada em procedimento de responsabilização regular.

O Instituto assegurará proteção institucional aos que trabalharem em todas as etapas de gestão e tratamento das denúncias e infrações, a fim de preservar sua independência institucional e a neutralidade das decisões.

O ISAC aplicará medidas administrativas definitivas, ao final de procedimento de responsabilização regular, considerando aferição ou não de culpa do envolvido.

O Instituto graduará a penalidade em procedimento próprio de responsabilização regular.

O ISAC também adotará medidas de natureza administrativa em relação às pessoas jurídicas com as quais se relaciona devidamente responsabilizadas em processo regular.

O Instituto adotará ações de remediação para mitigar riscos e evitar a ocorrência de novas infrações.

O ISAC efetuará trabalho de apuração para identificar as circunstâncias e as consequências da irregularidade ocorrida, para delimitar a participação de envolvidos e poder imputar as responsabilidades.

O responsável pela aplicação da consequência deverá comunicar à Sede das ações tomadas e seus desdobramentos.

8. RESPONSABILIZAÇÃO

Os integrantes do ISAC, sejam eles, associados, conselheiros, administradores, colaboradores, parceiros, fornecedores ou prestadores de serviços, que vierem a descumprir o Estatuto Social, o Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses do Instituto ou as normas ou ainda quaisquer dispositivos legais estarão sujeitos as penalidades previstas nesta Política de Consequências.

O Instituto adotará medidas administrativas e/ou judiciais para ressarcimento dos danos causados ao patrimônio material ou imaterial do Instituto.

Os parceiros, fornecedores e prestadores de serviços estarão sujeitos, ainda, às sanções administrativo-contratuais, sem o prejuízo das medidas judiciais cabíveis.

Os associados responderão por eventuais irregularidades na forma prevista no Estatuto Social do ISAC.

9. SIGILO E NÃO RETALIAÇÃO

O ISAC assegura total sigilo, confidencialidade e proteção contra eventuais tentativas de retaliação aos denunciantes, conforme previsto em seus princípios constantes do Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses.

Retaliação a denunciantes, testemunhas ou a qualquer pessoa da empresa deve ser tratada como infração grave.

O ISAC assegura:

a) aos administradores e colaboradores apuradores respeito aos seus direitos funcionais durante todo o período de averiguação, e

b) proteção institucional aos administradores e colaboradores que trabalhem em todas as etapas de gestão e tratamento das denúncias e infrações, a fim de preservar sua independência institucional e a neutralidade das decisões.

10. SANÇÕES DISCIPLINARES

As sanções, penalidades ou medidas administrativas previstas para os administradores e colaboradores são as seguintes:

a) **Advertência** – Reprimenda escrita com a determinação que não incorra em nova irregularidade de mesma natureza;

b) **Suspensão** - Suspensão de comparecimento ao trabalho por até 30 (trinta) dias, sem remuneração, porém com cobrança das contribuições pessoais e patronais;

c) **Demissão por Justa Causa** – Rescisão do contrato de trabalho com as consequências daí resultantes.

A aplicação de qualquer das sanções disciplinares descritas acima será definida pela Comitê de Ética ou pelo Conselho de Administração, de acordo com a gravidade da infração e competência para decisão.

Os profissionais regulamentados por leis específicas, a exemplo de Médicos, Odontólogos e Enfermeiros, devem ter atenção especial, pois além de estarem obrigados a cumprir os requisitos constantes do Código de Ética, Conduta, Integridade e Conflito de Interesses, também estão sujeitos às obrigações exigidas nos respectivos Códigos de Éticas profissional, previstos em lei e também nos contratos de trabalhos firmado com o ISAC.

11. CANAL DE DENÚNCIAS

As infrações no âmbito desta Política devem ser reportadas, preferencialmente, no seguinte endereço: https://isac.org.br/canal-de-denuncias/.

As comunicações referentes a denúncias devem ser pormenorizadas, acompanhadas de detalhamentos da ocorrência e, se possível, com evidências.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Dúvidas relativas à ética, conduta, integridade e conflito de interesses devem ser apresentadas ao superior hierárquico ou encaminhadas ao Comitê de Ética para o seguinte endereço eletrônico: canaldedenuncia@isac.org.br.

A revisão deste documento é realizada a cada dois anos, ou extraordinariamente, a qualquer tempo. Essa Política, quando revisada, será novamente disponibilizada para ciência e conhecimento.

ISAC
instituto Saúde e Cidadania

A presente Política entra em vigor na data de sua aprovação e validação pelo Conselho de Administração, revogando-se disposições anteriores ou em contrário.

Brasília (DF), 16 de junho de 2021.

EVANE DE LOURDES FERREIRA SIMONASSI CORBACHO
PRESIDENTE DO ISAC
CPF/MF 510.743.706-00

Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília - DF

ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC NO USO DE SUAS FUNÇÕES ESTATUTÁRIAS E REGIMENTAIS, APROVA O PRESENTE REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL A UTILIZADO NO ISAC.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.º - Este regulamento estabelece as regras de recrutamento, seleção e contratação para o preenchimento de vagas de funções administrativas e operacionais, com exceção de profissionais médicos, coordenação, gerência e diretoria, com recursos financeiros provenientes dos Contratos de Gestão, Convênios e congêneres, firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde nas unidades de saúde geridas pelo ISAC.

Art. 2.º O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para o cargo e função a ser preenchida.

CAPITULO II – DO PROCESSO DE SELEÇÃO

Título I – Das Competências

Art. 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - Aos Diretores Gerais ou Diretores Administrativos das unidades aprovar a Requisição de Pessoal;

II - Aos Superiores imediatos da vaga Aos Diretores Gerais ou Diretores Administrativos das unidades:

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;
b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica;
c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - À área Recursos Humanos das unidades:

a) Conferir e assinar a Requisição de Pessoal
b) Conduzir todas as etapas do Processo seletivo referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal;
b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV - Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão;

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

V - Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médico Admissionais e de Mudança de Função.

1º Ofício de Brasília - DF
Nº de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

Título II - Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4.º - O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante solicitação dos superiores imediatos, interessados na contratação dos serviços efetivamente necessários que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

§ 1°. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade e coletará a aprovação da Gerência de Gestão de Pessoas.

§ 2°. A Gerência de Gestão de Pessoas encaminhará a Requisição de Pessoal ao Diretor Geral da unidade requisitante, seguindo os fluxos estabelecidos entre a unidade hospitalar e o ISAC, que devolverá a área de Gestão de Pessoas da unidade para os procedimentos de recrutamento e seleção.

§ 3°. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:
I - Substituição de um colaborador;
II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento e/ou aprovado pelas Gerências Administrativas da Área ou Superintendente Administrativo do ISAC.

§ 4°. Quando se tratar de primeiras contrações para início da execução do serviço, dispensa-se o ato de solicitação de requisição de pessoal, quando os mesmos já estiverem contemplados no Projeto Técnico, bem como o processo será conduzido por Comissão de Seleção escolhida especialmente para o processo, pela Presidência do ISAC.

Seção II – Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5.º - O Edital de Recrutamento será divulgado por meio do site da ISAC (www.isac.org.br), podendo ainda, de forma subsidiária ser divulgado em jornais de grande circulação da localidade do projeto e no diário oficial do ente público parceiro, e conterá os cargos a serem preenchidos, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local da prestação do serviço, salário base, regime de contratação e carga horária.

Art. 6.º – O Processo de Recrutamento, Seleção e Contratação compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: Inscrição
As inscrições serão realizadas de acordo com as datas previstas no edital e respeitando todas as clausulas preconizadas no mesmo, como formato do envio do currículo e os dados contidos nele.

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

1° Ofício do Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793

Pessoas Jurídicas

As inscrições realizadas fora do prazo e/ou em discordância com o edital não serão homologadas.

II – Segunda Etapa: Análise Curricular conforme preconiza o edital para somatória de pontos.

III – Terceira Etapa: Avaliação Especifica Teórica
Os candidatos classificados na análise curricular realizarão Avaliação Especifica Teórica visando apurar o nível de conhecimento técnico científico específico para o cargo

IV – Quarta Etapa: Entrevista Comportamental e Técnica
Técnica de entrevista comportamental, com foco em competências comportamentais e técnicas, baseada em estudos mensurados por autores na área. Será realizada pela equipe de Gestão de Pessoas, em conjunto com o gestor da área solicitante ou responsável designado pelo ISAC;

Os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pelo ISAC e passar por exame médico admissional.

§ 1°. Quando se tratar de seleção prevista no § 4° do Art. 4° do presente regulamento, o processo descrito neste artigo poderá ser substituto por um Processo de Seleção Simplificado, no qual fica suprimida a avaliação técnica da segunda etapa prevista no inciso III.

§ 2°. Somente serão considerados aptos para o exercício dos cargos aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7.° - Os cargos serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada cargo, que obedecerá, quando o caso, as Convenções Coletivas de cada categoria profissional, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento, banco de horas ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas ou cooperativas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos, em regime não celetista.

CAPÍTULO III – DA READMISSÃO DE ANTIGOS COLABORADORES

Art. 8º - A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após do decurso do prazo de 03 (três) meses entre o desligamento e a readmissão.

§ 1°. Os colaboradores readmitidos deverão se submeter ao Processo Seletivo normalmente.

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF

§ 2°. Toda readmissão deverá ser aprovada pela Gerência Administrativa da área ou Superintendente Administrativo.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Presidência do ISAC, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 10 - O presente Regulamento entrará em vigor imediatamente e servirá para todas contratações a serem realizadas pelo ISAC.

Brasília (DF), 14 de janeiro de 2020.

1° Ofício de Brasília - DF
N° de Protocolo e Registro
156793
Registro de Pessoas Jurídicas

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Evane Corbacho
Presidente
CPF: 11.702.287/0001-08

Dr. Thiago Sobreira
OAB/GO 35.952
Instituto Saúde e Cidadania - ISAC

Arcangela

POLÍTICA				
GESTÃO DE PESSOAS				
Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
POL.DGP.SED.001	02	12/11/2025	12/11/2027	Página 1 de 11

1. Objetivo

Promover as diretrizes institucionais de Gente e Gestão para padronizar processos, atrair, desenvolver, engajar e reter pessoas com base em competências, mérito e valores do Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, fortalecendo a cultura de desenvolvimento de pessoas, valorização profissional, diversidade, inclusão e qualidade de vida no trabalho, contribuindo para o alcance dos objetivos estratégicos do Instituto.

2. Aplicabilidade

Esta Política aplica-se a todas as unidades gerenciadas pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC.

3. Diretrizes

3.1 Princípios Norteadores

- **Legalidade: observância integral à legislação trabalhista, previdenciária e regulatória aplicável.**
- **Impessoalidade: tratamento equânime a todos os colaboradores, candidatos e gestores.**
- **Transparência: divulgação clara dos processos seletivos, critérios de avaliação e resultados.**
- **Valorização do trabalho humano: reconhecimento do papel essencial dos profissionais de saúde e administrativos.**
- **Ética e integridade: promoção de relações de trabalho baseadas em respeito, responsabilidade e ética.**
- **Equidade e inclusão: incentivo à diversidade, acessibilidade e igualdade de oportunidades.**

4. Planejamento

Para o desdobramento das ações desta Política, o planejamento da área de Gente e Gestão estabelece diretrizes para prover, organizar e desenvolver a força de trabalho do ISAC, em alinhamento aos objetivos estratégicos e aos contratos de gestão.

Essas ações são subsidiadas por dados obtidos a partir do perfil epidemiológico dos colaboradores e de indicadores da área de Gente e Gestão, tais como:

- indicadores de saúde e segurança (absenteísmo, vacinação ocupacional, exames periódicos, condições ergonômicas e ambientais do trabalho);

- indicadores de recursos humanos (turnover, entrevistas de desligamento, pesquisas de clima e satisfação no trabalho, avaliações de performance).

Para assegurar coerência entre perfis, competências e entregas, a descrição de cargos tem como objetivo definir os papéis e responsabilidades de cada função, incluindo as competências essenciais que subsidiam os processos de admissão de pessoal, os programas de desenvolvimento dos colaboradores e os processos seletivos internos para critérios de progressão de carreira.

5. Atração e Seleção de Talentos

5.1 Recrutamento e Seleção – Regime CLT

A seleção de profissionais sob regime CLT é baseada em competências técnicas e comportamentais, com critérios objetivos, previamente definidos, transparentes e imparciais, assegurando isonomia e não discriminação, com acessibilidade e adequações razoáveis, quando necessário.

São priorizadas as vagas direcionadas a Pessoas com Deficiência (PCD), em conformidade com a legislação aplicável, fomentando o papel social do Instituto. Para promoção da

diversidade, poderão ser adotadas vagas afirmativas, quando previstas em edital e na legislação aplicável.

5.2 Recrutamento e Seleção de Pessoal – Pessoa Jurídica e Corpo Clínico

O profissional médico que pretender ser credenciado ao Corpo Clínico do ISAC deverá apresentar pedido de credenciamento ao Diretor Técnico da unidade, anexando os documentos obrigatórios para análise. O Diretor Técnico avaliará o profissional, que poderá ser submetido à prova para confirmação de conhecimentos.

6. Retenção de Talentos

Para retenção de talentos, são utilizados programas de integração e valorização profissional, de modo a promover o sentimento de pertencimento dos colaboradores e, a partir disso, o desenvolvimento institucional com alcance de resultados.

O acompanhamento do turnover constitui pauta estratégica, sendo avaliadas as causas de desligamento e buscadas melhorias voltadas à retenção.

É diretriz institucional que os profissionais sejam ouvidos e participem ativamente como agentes de mudança, contribuindo para a oferta de serviços com qualidade e segurança.

Nesse contexto, a meritocracia é adotada como prática de gestão, reconhecendo e recompensando o desempenho individual e coletivo, por meio de processos seletivos internos, alinhando as competências e a avaliação de desempenho do colaborador aos objetivos institucionais, estimulando o engajamento e a permanência.

Os processos de mobilidade interna e promoções por mérito são conduzidos com transparência e, quando couber, ampla concorrência interna, observando isonomia e não discriminação, com critérios objetivos previamente definidos.

Nos processos seletivos internos, são considerados como requisitos mínimos:

- desempenho consistente (evidenciado por avaliações, indicadores e entregas);

- aderência aos valores do ISAC e atendimento às competências requeridas para o cargo (identificados na entrevista técnica e comportamental);

- qualificações/certificações exigidas (quando aplicáveis);

- existência de vaga.

As oportunidades são divulgadas internamente (e, quando pertinente, também externamente) e envolvem inscrições, avaliação por competências, entrevistas técnicas e comportamentais e validação colegiada (RH, liderança e área demandante), com documentação de todas as decisões.

Todos os participantes recebem feedback estruturado e, quando aplicável, Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para endereçar lacunas identificadas.

7. Processo de Desenvolver Pessoas

O Processo de Desenvolver Pessoas tem como objetivo capacitar os colaboradores com foco nas competências dos cargos, fomentando o desenvolvimento dos times.

As avaliações de desempenho são realizadas periodicamente, com a finalidade de acompanhar a evolução dos profissionais, e os dados coletados subsidiam o plano de treinamentos.

7.1 Desenvolvimento de Líderes

O Programa de Desenvolvimento de Líderes tem foco no desenvolvimento técnico e comportamental, contemplando competências essenciais para a atuação na função, bem como temáticas atuais e inovadoras.

O Programa abrange também o Plano de Desenvolvimento Individual – PDI, promovendo reflexões e direcionamento quanto às entregas requeridas pela função. Nesse contexto, são considerados dados técnicos da entrevista de seleção, em que são mapeadas as competências a

serem desenvolvidas, bem como informações provenientes da avaliação de desempenho, que subsidiam plano de ação com foco em objetivos de curto, médio e longo prazos.

7.2 Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde – NEPES

O Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde – NEPES desenvolve treinamentos e capacitações visando à atualização dos profissionais.

São elaborados treinamentos conforme a necessidade local, com base em dados provenientes do levantamento das necessidades de treinamento, das avaliações de desempenho, das entrevistas de desligamento e do mapeamento in loco realizado pelo gestor.

8. Respeito, Diversidade e Inclusão

Conforme disposto no Código de Ética e Conduta do ISAC, os valores institucionais estão pautados no respeito e na valorização da dignidade humana.

As pessoas são valorizadas por suas competências e avaliadas com base em seus resultados, em consonância com os princípios constitucionais da igualdade, impessoalidade e não discriminação (art. 5º da CF/88).

O ISAC atua na promoção de ações que impulsionam a criação de um ambiente de trabalho diverso, inclusivo e seguro, em conformidade com as legislações vigentes, buscando cumprir as cotas para pessoas com deficiência e aprendizes, com proibição de práticas discriminatórias em relação a sexo, origem, raça, estado civil, situação familiar ou idade.

É adotada tolerância zero a assédio e discriminação, assegurando igualdade de oportunidades e vedando práticas discriminatórias em recrutamento, remuneração e promoção.

A instituição incentiva a comunicação inclusiva e a acessibilidade nos processos seletivos, na integração e no ambiente de trabalho.